

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANA CRISTINA NICOLUSSI

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM CÂNCER DE CÓLON E RETO:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Ribeirão Preto

2008

ADRIANA CRISTINA NICOLUSSI

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM CÂNCER DE CÓLON E RETO:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa:

Processo do cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Documentação
da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

Nicolussi, Adriana Cristina

Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto:
revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2008.

209 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem
Fundamental.

Orientadora: Sawada, Namie Okino.

1. Qualidade de vida. 2. Câncer colorretal. 3. Enfermagem
oncológica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Cristina Nicolussi

Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa da literatura.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS,

pela presença constante em minha vida,
pela oportunidade de crescimento e por
Seu amor eterno.

A meus pais, Célia e Oswaldo,

por me trazerem à vida, pelo seu amor,
carinho e apoio em todos os momentos.

A meus irmãos,

pelos momentos de alegrias e tristezas que
passamos juntos e que nos fazem crescer.

A meu amado Danilo,

por ter aparecido em minha vida, pelo seu
amor, carinho, admiração e compreensão.
Obrigada por acreditar em mim e sempre
me incentivar.

AGRADECIMENTOS

Profa. Dra. Namie Okino Sawada,

minha orientadora e companheira, pela brilhante paciência, confiança e condução nesta jornada.

Profa. Dra. Cristina Maria Galvão,

pela honra, disponibilidade e contribuições em várias etapas deste estudo.

Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago,

pelo admirável incentivo e sugestões no momento da Qualificação.

Profa. Dra. Rosana Ap. Spadoti Dantas

Profa. Dra. Maria Helena Caliri,

pela inestimável colaboração à conclusão do Instrumento de coleta de dados.

E a todos aqueles que,

direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

RESUMO

NICOLUSSI, A.C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto**: revisão integrativa da literatura. 2008, 209f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O câncer de cólon e reto atinge pessoas no mundo todo e está entre os cinco tipos de câncer mais incidentes no Brasil. O impacto da doença e seu tratamento na vida do paciente pode causar alterações física, psicológica, social e conseqüentemente na qualidade de vida. O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico produzido relacionado à qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto. Para a seleção dos artigos, utilizamos as bases de dados LILACS, CINAHL e MEDLINE e a amostra constituiu-se de 24 artigos, das quais apenas uma publicação foi escrita em português e as demais em inglês. Os autores principais, em sua maioria, foram médicos (62,5%), os enfermeiros contribuíram com 8,3% das publicações. De todos os artigos, 79,1% estiveram vinculados a universidades; a maioria foi sediada em países desenvolvidos; e entre 20 periódicos levantados, apenas 15% foram revistas de enfermagem. Em relação ao design dos artigos analisados, 23 são estudos quantitativos e um é qualitativo; a maioria (70,8%) é de delineamento não-experimental, estudos descritivos que juntamente com o qualitativo possuem um fraco nível de evidência, 16,7% são estudos coortes e apenas 12,5% tem nível forte de evidências, são ensaios clínicos randomizados controlados. Na análise de conteúdo, estabelecemos seis categorias temáticas relacionadas à qualidade de vida: sobrevivência a curto-prazo, sobrevivência a longo-prazo, influência da atividade física, do seguimento por exames, avaliação psicossocial e aspectos inerentes ao paciente. O resultado da análise apontou que o diagnóstico e o tratamento do câncer afeta as funções física, emocional, mental e social, desempenho de papel e estado de saúde global e causa vários sintomas em diferentes graus; que a qualidade de vida também é influenciada por fatores como presença de co-morbidades, estilo de vida, sedentarismo, idade, sexo, estado nutricional, estágio do tumor ao diagnóstico, tipo de tratamento, remissão e recorrência da doença. Encontramos que a prática de exercícios, o aumento da aptidão física, o estado de boa nutrição e a presença de suporte psicossocial favorecem uma qualidade de vida melhor. Essa Revisão Integrativa demonstrou o nível do conhecimento produzido nesta temática e apontou que são evidências fracas e com pouca produção por parte do profissional enfermeiro. Portanto, sugerimos o preparo dos enfermeiros, desde a graduação com a educação permanente depois de formado, na área da pesquisa e o desenvolvimento de pesquisas de intervenção para que as evidências extraídas dos estudos clínicos possam auxiliar o enfermeiro no planejamento de ações que possibilitem a reabilitação e melhoria na qualidade de vida do paciente com câncer de cólon e reto.

Palavras-chave: qualidade de vida, câncer colorretal, enfermagem oncológica.

ABSTRACT

NICOLUSSI, A.C. **Quality of life of patients with colon and rectal cancer**: integrative literature review. 2008, 209p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2008.

Colon and rectal cancer affects people throughout the world and is among the five most common types of cancer in Brazil. The impact of the disease and its treatment in the patient's life may cause physical, psychological, and social changes, thus affecting his quality of life. This study is an integrative literature review with the purpose to identify and assess the evidence available in the literature about the produced scientific knowledge regarding the quality of life of adult patients with colon and rectal cancer. The articles were selected using the databases LILACS, CINAHL, and MEDLINE, and the sample comprised 24 articles. Only one of the selected articles was written in Portuguese; the others were published in English. The authors were mostly physicians (62.5%), and nurses contributed with 8.3% of the publications. Of all articles, 79.1% are related to universities; most took place in developed countries; and among 20 surveyed serials, only 15% were nursing journals. As to their design, 23 of the analyzed articles are quantitative studies and one is qualitative; most (70.8%) are of a non-experimental outline, descriptive studies that along with the qualitative offer weak evidence level, 16.7% are cohort studies, and only 12.5% have strong evidence level, they are controlled randomized clinical trials. Content analysis established six thematic categories related quality of life: short term survival, long term survival, influence from physical activity, influence from follow-up exams, psychosocial evaluation, and aspects inherent to the patient. Result analysis revealed that cancer diagnosis and treatment affects physical, emotional, mental, social and role functioning, and global health. Furthermore, it causes several symptoms at different levels. In addition, it showed that quality of life is also affected by factors such as the presence of co-morbidities, lifestyle, leading a sedentary life, age, gender, nutritional condition, stage of the tumor at diagnosis, type of treatment, disease remission and recurrence. It was found that the practice of exercises, the increase of physical fitness, nutritional condition, and the presence of psychosocial support benefit a better quality of life. This integrative review showed the level of knowledge produced about this subject and pointed out that the evidence is weak, with a low production by nurses. Hence, we suggest that nurses be better prepared, as of the undergraduate course, with permanent education after graduating, in the pertinent field of research and the development of intervention research so that the evidence extracted from clinical studies can help nurses to plan actions that make it possible to rehabilitate and improve the quality of life of patients with colon and rectal cancer.

Key words: quality of life, colorectal neoplasms, oncologic nursing.

RESUMEN

NICOLUSSI, A.C. **Calidad de vida de pacientes con cáncer de colon y recto: revisión integrativa de la literatura.** 2008, 209f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

El cáncer de colon y recto ataca a personas en el mundo entero y se encuentra entre los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia en el Brasil. El impacto de la enfermedad y el tratamiento en la vida del paciente puede causar alteraciones físicas, psicológicas, sociales y en consecuencia en su calidad de vida. Este estudio es una revisión integrativa de la literatura, cuyo objetivo fue buscar y evaluar las evidencias disponibles en la literatura acerca del conocimiento científico producido sobre la calidad de vida del paciente adulto con cáncer de colon y recto. Para seleccionar los artículos fueron utilizadas las bases de datos LILACS, CINAHL y MEDLINE, y la muestra fue conformada por 24 artículos, de las cuales apenas una publicación estaba en portugués, el resto de artículos fueron en idioma inglés. Los autores en su mayoría fueron médicos (62,5%); los enfermeros contribuyeron con 8,3% publicaciones. El 79,1% de los artículos estuvieron vinculados a universidades siendo en su mayoría de países desarrollados. Entre los 20 periódicos levantados, solo 15% fueron revistas de enfermería. Con respecto al diseño de los artículos, 23 fueron cuantitativos y uno cualitativo, siendo la mayoría (70,8%) de tipo no-experimental, caracterizados por ser estudios descriptivos y cualitativo con bajo nivel de evidencia, el 16,7% fueron estudios de cohorte, y apenas fueron encontrados 12,5% con fuerte nivel de evidencias, ellos son ensayos clínicos randomizados controlados. Para el análisis del contenido, se establecieron seis categorías temáticas relacionadas con la calidad de vida: supervivencia a corto-plazo, supervivencia a largo-plazo, influencia de la actividad física, del seguimiento a través de exámenes, evaluación psicossocial y aspectos inherentes al paciente. Los resultados del análisis mostraron que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer afectan las funciones física, emocional, mental, social, el desempeño de rol y el estado de salud en general, y causa varios síntomas de diversos grados. De la misma forma mostraron que la calidad de vida también es influenciada por factores como presencia de comorbosidades, estilo de vida, sedentarismo, edad, sexo, estado nutricional, estadio del tumor al diagnóstico, tipo de tratamiento, remisión y reaparición de la enfermedad. Encontramos que la práctica de ejercicios, el aumento de la aptitud física, la buena nutrición y la presencia de apoyo psicossocial promueve una mejor calidad de vida. Esta revisión integrativa demostró el nivel de conocimiento sobre la temática, siendo las características encontradas: escasa evidencia y producción por parte del profesional de enfermería. En consecuencia, se sugiere la preparación de los enfermeros, desde el pregrado a través de la educación permanente, así como posterior a su formación para que puedan desarrollar investigaciones de tipo intervención y estas evidencias extraídas puedan apoyar al enfermero durante la planificación de acciones favoreciendo la rehabilitación y la mejora en la calidad de vida del paciente con cáncer de colon y recto.

Palabras claves: calidad de vida, neoplasias colorrectales, enfermería oncológica.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	16
2.1 O Câncer	17
2.1.1 Epidemiologia	17
2.1.2 Fisiopatologia	18
2.2 O Câncer de cólon e reto	21
2.3 Qualidade de vida	32
2.3.1 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	35
2.3.2 A importância da avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer	37
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	40
3.1 A Prática Baseada em Evidências	41
4 OBJETIVO	48
5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	50
5.1 Metodologia	51
5.2 Procedimento para a seleção dos artigos	56
5.3 Análise dos artigos incluídos na revisão	62
5.3.1 O Instrumento	62
5.3.2 A análise dos dados	63
5.4 Apresentação da Revisão Integrativa	70
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
6.1 Identificação e caracterização dos estudos analisados	72
6.2 Categorias temáticas dos estudos analisados	84
6.2.1 Qualidade de vida e sobrevivência a curto-prazo	87
6.2.2 Qualidade de vida e sobrevivência a longo-prazo	101
6.2.3 Qualidade de vida e atividade física	109
6.2.4 Qualidade de vida e seguimento por exames	119

6.2.5 Qualidade de vida e avaliação psicossocial	126
6.2.6 Qualidade de vida e aspectos inerentes ao paciente	149
7 CONCLUSÕES	159
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
9 REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	179
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados	180
Apêndice B – Referências bibliográficas dos estudos incluídos na presente revisão integrativa	183
Apêndice C – Síntese dos estudos incluídos na presente revisão integrativa	186

1 APRESENTAÇÃO

Em fevereiro de 2001, ingressei no mercado de trabalho, iniciando minhas atividades como enfermeira na Santa Casa de Misericórdia de Pitangueiras, onde atuei por dois meses; em seguida fui admitida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), primeiramente trabalhando pela FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência) também por dois meses, e a partir de então pelo HC, onde atuo até os dias atuais na Clínica Cirúrgica.

Inicialmente lotada no 10º. andar e após dois anos, no 9º. andar, onde pude vivenciar a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico nas diversas especialidades: cabeça e pescoço, proctologia (duas especialidades que mais me identifiquei desde os estágios nas disciplinas de Enfermagem em Clínica Cirúrgica e Administração Hospitalar durante a graduação, e também pela clientela atendida e trabalho e amizade com a equipe médica e de enfermagem), gastroenterologia, cirurgia geral, torácica, vascular, plástica, urologia e cirurgia pediátrica.

Ao atuar em unidade de internação, ou seja, em enfermaria, conhecemos os pacientes na admissão hospitalar e estes, muitas vezes nos revelam seus medos e preocupações quanto ao diagnóstico e à cirurgia, pois os atendemos tanto no período pré quanto no pós-operatório imediato e tardio, até a alta hospitalar.

Concomitantemente ao trabalho hospitalar, desde fevereiro de 2001, ministrei aulas para cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem no Colégio Técnico Comercial Nossa Senhora Aparecida (SEMAR), na cidade de Sertãozinho, durante quatro anos, pois desejava transmitir meus conhecimentos e minha paixão pela enfermagem.

No decorrer destes anos, fui conhecendo e vivenciando experiências no âmbito hospitalar e de ensino e deparei muitas vezes nos estágios com meus alunos, e no meu ambiente de trabalho, com pacientes com câncer, percebendo seus sofrimentos, angústias,

medos e algumas vezes até o abandono por parte de seus familiares, durante o tratamento cirúrgico e quimioterápico.

Em 2005, ministrando aulas para curso técnico de enfermagem no Colégio Tecnosert Ltda, preferi me afastar um pouco do estágio, ministrando apenas as aulas teóricas; mas percebi que não estava contribuindo para a melhoria da assistência aos pacientes aumentando a minha ansiedade de vê-los naquelas condições, foi quando descobri que precisava agir, estava diante de um novo desafio: encontrar uma maneira de colaborar com estes pacientes, conhecendo melhor suas vivências e investigando a qualidade de suas vidas, foi quando decidi iniciar este estudo.

O diagnóstico do câncer altera muitos aspectos na vida do indivíduo, seja física, emocional e/ ou socialmente. O câncer é considerado um problema de saúde pública e afeta o indivíduo desde o conhecimento do diagnóstico, a escolha do melhor tratamento (cirurgia, quimioterapia e/ ou radioterapia) até a recuperação e reabilitação.

A Qualidade de Vida (QV) é um termo emergente, atualmente muitos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida de pacientes, principalmente da população oncológica e neste contexto, escolhi os pacientes com câncer de cólon e reto para desenvolver este estudo.

Segundo Paiva (2006), o enfermeiro oncológico deve atuar ativamente em todo o processo, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Estando sempre atualizado e em constante aperfeiçoamento, o enfermeiro irá acompanhar o desenvolvimento de sua área, orientar e treinar sua equipe, uma vez que o paciente permanece sob os cuidados destes profissionais durante toda a internação. Um profissional de bom nível técnico-científico, equilíbrio emocional e eficiente é fundamental para o paciente, principalmente aos terminais; ele deve aprender a enxergar o paciente como ser humano, respeitando sua individualidade e identidade.

A assistência de enfermagem e o conhecimento da prática são essenciais para a prestação do cuidado ao paciente, mas isto é insuficiente para proporcionar qualidade de vida a eles, mesmo que durante o período de tratamento enquanto estamos mais próximos a eles, é necessário que a assistência esteja fundamentada em evidências científicas.

Portanto, selecionamos como referencial teórico, a Prática Baseada em Evidências, que enfatiza o uso de pesquisas na tomada de decisões clínicas combinando as preferências e necessidades do paciente com a experiência clínica (SIMON, 1999).

Diante do exposto, proponho esta pesquisa com a finalidade de buscar evidências, embasada na revisão integrativa da literatura, a respeito da Qualidade de Vida dos pacientes adultos com câncer de cólon e reto, analisando os resultados de pesquisas para obter informações relevantes que contribuirão para a prática da enfermagem.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O CÂNCER

2.1.1 EPIDEMIOLOGIA

O câncer está entre as doenças mais temidas da história e atinge pessoas no mundo todo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (INCA, 2007), desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), em dezembro de 2005, todo o empenho foi dado na promoção de ações integradas do Governo com a sociedade para implementar uma nova política que reconheça o câncer como problema de saúde pública e estruture a realização das ações para o seu controle no Brasil por meio da Rede de Atenção Oncológica, com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral.

Dentro desta Política, destaca-se a Promoção e a Vigilância em Saúde, em que os sistemas de informação são o alicerce para a implementação das ações nacionais, e as do câncer são oriundas dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). O INCA realiza e publica as estimativas de câncer para o Brasil desde 1995 e a partir de 2005, adquiriu periodicidade bienal (INCA, 2007).

Segundo o INCA (2007), os registros de câncer (de base populacional e hospitalares) são parte de um sistema de vigilância, que estruturado, fornece informações sobre a magnitude, o impacto do câncer, o efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos.

As Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, publicado pelo INCA (2007), é de 466.730 novos casos; sendo que os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de

pele não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo de útero, no feminino.

Com relação ao câncer de cólon e reto, a estimativa para 2008 é de 27 mil novos casos, sendo 12.490 casos a estimativa para o sexo masculino e de 14.500 para o feminino; é o quinto mais incidente entre os homens e o quarto entre as mulheres. As incidências do câncer de cólon e reto é a terceira mais comum no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos (INCA, 2007).

De acordo com o INCA (2007), sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o terceiro mais freqüente na região Sudeste, o quarto nas regiões Sul e Centro-Oeste, o quinto no Nordeste e o sexto no Norte. Para as mulheres, este câncer é o segundo mais freqüente na região Sudeste, o terceiro nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste e o quinto no Norte do país.

A doença possui grandes possibilidades de cura quando detectada em seu estágio inicial e a sobrevida para esta neoplasia é considerada boa. A sobrevida média global em cinco anos varia entre 40 e 50%, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento; este relativo bom prognóstico faz com que seja o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com cerca de 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia (INCA, 2007).

2.1.2 FISIOPATOLOGIA

O câncer é uma doença que tem início quando uma célula se torna anormal devido a uma transformação por mutação genética do DNA celular (SMELTZER, BARE, 2005). Porém, o câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo

lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais (OTTO, 2002).

Padrões de Crescimento Celular

Existem vários padrões de crescimento celular, pelos quais vários tecidos do corpo passam normalmente durante o ciclo de vida de uma pessoa (SMELTZER, BARE, 2005) e há vários padrões não-neoplásicos, sendo os quatro mais comuns, segundo Otto (2002) e Smeltzer e Bare (2005):

- *Hipertrofia*: aumento no tamanho da célula, ocorrendo devido à consequência de aumento de carga de trabalho, estimulação hormonal ou compensação diretamente relacionada com a perda funcional de outros tecidos;

- *Hiperplasia*: aumento reversível da quantidade de células de determinado tipo de tecido, resultando em aumento de massa tecidual. É um processo proliferativo normal comum em períodos de rápido crescimento e desenvolvimento (por exemplo: crescimento e desenvolvimento fetal, adolescência e gestação), e durante a regeneração da pele e da medula óssea. É anormal quando o volume de células produzido ultrapassa a demanda fisiológica (por ex.: irritação crônica);

- *Metaplasia*: substituição de um tipo de célula adulta por outro, em geral não encontrado no tecido envolvido. Pode ser reversível ou evoluir para a displasia. A metaplasia pode ser induzida por inflamação, irritação crônica, deficiência vitamínica e exposição química;

- *Displasia*: alteração nas células adultas normais, que sofrem variações em seu tamanho, formato ou organização normal ou substituição de um tipo de célula maduro por outro menos maduro. Pode ocorrer em decorrência de vários fatores externos como agentes

químicos, radiação, inflamação, irritação crônica. Pode ser revertida se o estímulo for removido ou preceder uma alteração neoplásica irreversível.

Ainda segundo estes autores, existem dois padrões de crescimentos neoplásicos:

- *Anaplasia*: significa “sem forma” e é uma alteração reversível; é o grau mais baixo de diferenciação de células displásicas. As células são pouco diferenciadas, com formatos irregulares ou desorganizadas no que se refere a crescimento e disposição;

- *Neoplasia*: significa “crescimento novo” e descreve uma massa tecidual anormal que se expande além dos limites do tecido e não consegue cumprir a função normal das células daquele tecido.

Segundo Fenton e Longo (2002), o câncer tem duas características típicas que o definem; a primeira é o crescimento celular não regulado por sinais externos (por exemplo: autônomo), que é uma propriedade de todas as neoplasias ou novas proliferações e estas (neoplasias) podem ser benignas ou malignas e a segunda é a capacidade de invadir tecidos e enviar metástases para colonizar locais distantes, características fundamental do câncer, que é a neoplasia maligna.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a invasão consiste no crescimento do tumor primário nos tecidos circunvizinhos do hospedeiro e este processo pode ocorrer de várias maneiras; enquanto que a metástase consiste na disseminação ou alastramento das células malignas do tumor primário para locais distantes, seja diretamente para as cavidades do corpo ou através das circulações sanguínea e linfática.

Os tumores são agrupados segundo seu tecido de origem, os cânceres de origem epitelial como pele e mucosas são denominados *carcinomas* e os cânceres de tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem, são chamados de *sarcomas* (OTTO, 2002; FENTON, LONGO, 2002).

2.2 O CÂNCER DE CÓLON E RETO

O câncer de cólon (intestino grosso) e reto afeta tanto homens quanto mulheres, é uma doença tratável e freqüentemente curável quando localizada no intestino e detectado em seu estágio inicial (INCA, 2008).

Os cânceres de cólon e reto são predominantemente (95%) adenocarcinomas (surgem do epitélio interno do intestino) (SMELTZER, BARE, 2005). Outras formas incluem epiteliomas, carcinomas de células escamosas, sarcomas, linfomas, leiomiossarcomas e melanomas (OTTO, 2002).

O adenocarcinoma pode iniciar-se como um pólipó benigno, mas pode tornar-se maligno e invadir e destruir os tecidos normais e estender-se pelas estruturas ao seu redor (SMELTZER, BARE, 2005).

Segundo Mayer (2002), um pólipó é uma protusão macroscópica visível da superfície da mucosa, que pode ser classificado patologicamente em hamartoma não-neoplásico (pólipó juvenil), proliferação hiperplásica de mucosa (pólipó hiperplásico) ou pólipó adenomatoso. Apenas os adenomas são claramente pré-malignos e só uma minoria dessas lesões transforma-se em câncer.

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 (SPENCE, JOHNSTON, 2003).

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 é diagnosticada após os 60 anos de idade e com baixo consumo de dietas a base de frutas, verduras, cereais e legumes e rica em gordura animal. A prática de atividade física

regular está associada a um baixo risco de desenvolver a doença, enquanto que o consumo excessivo de álcool, o tabagismo e a obesidade aumentam o risco (INCA, 2003a; INCA, 2007).

Fatores de Risco e Prevenção

Os principais fatores de risco são: idade acima de 40 anos; dieta com alto teor de gordura, proteína, carne e baixo teor de cálcio e fibras; obesidade; sedentarismo; consumo excessivo de álcool; tabagismo; presença de sangue nas fezes; presença de pólipos adenomatosos ou adenomas vilosos; doença inflamatória intestinal como retocolite ulcerativa crônica e Doença de Crohn; história de pólipos retais ou de cólon; história familiar de câncer de cólon e reto; história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama; síndromes hereditárias (herança autossômica dominante) como: polipose de cólon, síndrome não-polipose (síndrome de Lynch); bacteremia por *Streptococcus bovis*. (MAYER, 2002; OTTO, 2002; SMELTZER, BARE, 2005; INCA, 2007; INCA, 2008).

Como medida preventiva, é indicada uma dieta saudável rica em frutas, vegetais, fibras, cálcio, folato e pobre em gorduras animais; a prática de exercícios físicos e evitar a ingestão excessiva e prolongada de bebidas alcoólicas (INCA, 2008).

Manifestações Clínicas

Os sintomas são determinados pela localização anatômica do câncer, estágio da doença e função do seguimento intestinal no qual ele está localizado. Os sintomas mais comuns são mudança nos hábitos intestinais e presença de sangue nas fezes. Também podem ocorrer: anemia, anorexia, perda de peso, fadiga, dor abdominal, flatulência, indigestão e queda do estado geral (OTTO, 2002; SMELTZER, BARE, 2005).

As neoplasias que surgem no ceco e no cólon ascendente podem tornar-se grandes, sem causar obstrução ou alteração dos hábitos intestinais; estas lesões costumam sofrer ulceração, resultando em perda insidiosa e crônica de sangue, sem alteração no aspecto das fezes; os pacientes costumam apresentar fadiga, palpitações e até angina no peito e anemia por deficiência de ferro (MAYER, 2002).

Segundo este mesmo autor, os tumores de cólon transverso e descendente tendem a impedir a passagem do bolo fecal, causando cólicas abdominais, obstrução ocasional e até perfuração; enquanto que os cânceres no retossigmóide causam hematoquezia, tenesmo e estreitamento do calibre das fezes e às vezes, anemia.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), o crescimento do tumor pode causar obstrução intestinal completa ou parcial. Crescimento e ulceração também podem ocorrer e invadir os vasos sanguíneos ao redor do cólon e causar hemorragias. Pode ocorrer perfuração e resultar em formação de abscessos. Se ocorrer peritonite e/ ou sépsis podem até levar ao choque.

Diagnóstico e Estadiamento

Na suspeita de câncer de cólon e reto, o paciente passa por uma avaliação inicial, incluindo história clínica e exame físico. Uma vez detectado um pólipó adenomatoso, todo o intestino grosso deve ser visualizado à endoscopia ou em radiografias (MAYER, 2002). Outras avaliações diagnósticas são: exames retal e abdominal, teste para sangue oculto nas fezes, enema de bário, proctossigmoidoscopia e colonoscopia (SMELTZER, BARE, 2005).

O rastreamento de câncer de intestino com pesquisa de sangue oculto nas fezes inicia-se a partir dos 50 anos de idade, deve ser realizada anualmente, e se notada alguma alteração, realiza-se a colonoscopia. Em indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer de cólon e reto, portadores de doença inflamatória do cólon (retocolite ulcerativa e Doença de Crohn) e condições hereditárias como Polipose Adenomatosa Familiar e Câncer Colorretal Hereditário

sem Polipose devem procurar orientação médica, pois os exames e a frequência das investigações podem variar (INCA, 2008).

O diagnóstico da doença é confirmado através da biópsia endoscópica com estudo histopatológico (INCA, 2008). Quando possível de se detectar precocemente, o diagnóstico tem importância significativa na escolha da melhor terapêutica, garantindo o sucesso seguro de um bom prognóstico (PAIVA, 2006).

Otto (2002) sugere testes adicionais para pessoas com alto risco para a doença, sintomáticas ou com teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo, como: raio-X de tórax, cintilografia hepática e óssea, hemograma completo, TGP (Transaminase glutâmico-pirúvica), LDH (Lactato desidrogenase), CEA (antígeno carcinoembriogênico) e fosfatase alcalina, para pesquisa de metástase.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), nem todas as lesões secretam o CEA, mas que seus níveis são confiáveis para o prognóstico. Com a excisão completa do tumor, os níveis elevados de CEA devem retornar ao normal dentro de 24 horas e se ocorrer elevação tardiamente, pode significar recorrência.

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 (SILVA, 2005).

O prognóstico para indivíduos com câncer de cólon e reto está relacionado com a profundidade de penetração do tumor na parede intestinal e a presença de comprometimento de linfonodos regionais e metástases distantes. Tais variáveis estão incorporadas no sistema de estadiamento, e aplicado a um método de classificação TNM, onde T representa a profundidade de penetração do tumor, N, a presença de comprometimento de linfonodos, e M, a presença ou ausência de metástase à distância (MAYER, 2002).

A classificação TNM, publicada pelo INCA (2004), segue os mesmos critérios, notações e agrupamento por estádios da classificação da UICC (International Union Against Cancer), publicada pelo American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Para a classificação clínica – TNM para tumores de cólon e reto, segundo o INCA (2004), tem-se:

T - Tumor Primário

- TX O tumor primário não pode ser avaliado
- T0 Não há evidência de tumor primário
- Tis Carcinoma *in situ*: intra-epitelial ou invasão da lâmina própria¹
- 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 peri-cólicos ou peri-retais, não peritonizados
- T4 Tumor que invade diretamente outros órgãos ou estruturas^{2,3} e/ ou que perfura o peritônio visceral.

N - Linfonodos Regionais⁴

- 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

¹ Tis inclui as células neoplásicas confinadas à membrana basal glandular (intra-epitelial) ou à lâmina própria (intramucosa), sem extensão pela muscularis mucosae e sem alcançar a submucosa.

² No T4, a invasão direta inclui a invasão de outros segmentos do cólon e reto através da serosa, p. ex.: invasão do cólon sigmóide por um carcinoma do ceco.

³ O tumor que é aderente a outros órgãos ou estruturas, macroscopicamente, é classificado como T4. Entretanto, não existe tumor na aderência, microscopicamente, a classificação deve ser pT3.

⁴ Um nódulo tumoral localizado no tecido adiposo peri-retal ou peri-cólico, sem evidência histológica de linfonodo residual no nódulo, é classificado na categoria pN como metástase em linfonodo regional se o nódulo tem a forma e o contorno liso de um linfonodo. Se o nódulo tem um contorno irregular, ele deve ser classificado na categoria T e também codificado como V1 (invasão venosa microscópica) ou V2, se ele era macroscopicamente evidente, pois existe uma forte probabilidade que represente uma invasão venosa.

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

pTNM - Classificação Patológica

As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.

pN0 O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 12 ou mais linfonodos. Se os linfonodos são negativos, mesmo que o número usualmente examinado seja não encontrado, classifica-se como pN0.

Gradação Histopatológica

As seguintes definições das categorias G aplicam-se a todos os tumores do aparelho digestivo, exceto ao fígado:

GX Grau de diferenciação não pode ser avaliado

G1 Bem diferenciado

G2 Moderadamente diferenciado

G3 Pouco diferenciado

G4 Indiferenciado

Grupamento por Estádios

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

Resumo Esquemático

Cólon e Reto

T1	Submucosa
T2	Muscular própria
T3	Subserosa, tecidos peri-cólicos/ peri-retais, não peritonizados
T4	Peritônio víscera / outros órgãos ou estruturas
N1	< 3 linfonodos regionais
N2	> 3 linfonodos regionais

De acordo com Otto (2002), a disseminação para órgãos distantes tem um impacto direto sobre o prognóstico e a sobrevida final da pessoa. O tempo de sobrevida de pessoas com metástases em geral é menor do que um ano. Outros fatores que afetam a taxa de sobrevida são: a idade, indivíduos com menos de 30 anos têm um prognóstico pior, e acima de 70 anos têm maior morbidade cirúrgica; níveis de CEA elevados, presença de obstrução

intestinal e cânceres pouco diferenciados diminuem a taxa de sobrevida. Os tumores retais têm prognóstico ruim, principalmente quando estão próximos ao terço inferior do reto.

A maioria das recidivas após ressecção cirúrgica de um câncer de intestino grosso ocorre nos primeiros quatro anos, tornando a sobrevida após cinco anos um indicador bastante confiável de cura. A probabilidade de sobrevida segundo Mayer (2002), após cinco anos nestes pacientes está relacionado com o estágio da doença, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Sobrevida aproximada após cinco anos de acordo com o estágio da doença.

<i>Estádio TNM</i>	<i>Descrição Patológica</i>	<i>Sobrevida aproximada após 5 anos (%)</i>
T1 N0 M0	Câncer limitado à mucosa e submucosa	> 90
T2 N0 M0	Extensão na muscular	85
T3 N0 M0	Extensão na serosa e através dela	70 – 80
Tx N1 M0	Comprometimento de linfonodos regionais	35 – 65
Tx Nx M1	Metástases à distância	5

Tratamento

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de cólon e reto são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, que podem ser usadas isoladamente ou associadas.

A cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos cânceres de cólon e reto, pode ser curativa e paliativa. A ressecção do intestino é indicada para a maioria das lesões, desde o Estádio 0 ao IIIC; e é recomendada algumas vezes para o estágio IV (presença de metástase), mas neste caso, a meta da cirurgia é paliativa (SMELTZER, BARE, 2005) e tem o objetivo de reduzir o tumor ou controlar os sintomas relacionados a ele (CAMPOS, 2006).

O objetivo cirúrgico é a ressecção do cólon até a inclusão de margens livres da doença. O tumor e os respectivos vasos sanguíneos são ressecados em bloco, inclusive as estruturas vasculares e linfáticas, visando prevenir a semeadura de células malignas (OTTO, 2002). No momento cirúrgico, deve-se examinar toda a cavidade peritoneal, com inspeção completa do fígado, pelve, hemidiafragma e palpação cuidadosa de toda a extensão do intestino grosso

(MAYER, 2002) e em alguns casos, realiza-se biópsia do fígado e dos linfonodos regionais, para avaliar a extensão da doença (OTTO, 2002).

O tipo e a extensão da cirurgia depende da localização e o tamanho do tumor. As principais cirurgias são: ressecção abdomino-perineal, ressecção do tumor com reanastomose (colectomia) e colostomia (temporária ou permanente) (OTTO, 2002).

Estoma, estomia, ostoma e ostomia são palavras utilizadas para identificar a exteriorização, através do ato cirúrgico de uma víscera oca na superfície corporal; originam da palavra grega *stomoun*, que significa boca ou abertura. Portanto, colostomia é a abertura do cólon (intestino grosso) com o exterior e ileostomia é a abertura do íleo (intestino delgado) com o exterior, ambas com a finalidade de formar uma saída artificial do conteúdo fecal, podendo ser temporárias ou permanentes, uma de suas indicações é o câncer. Os estomas temporários são realizados com o intuito de preservar uma anastomose e futuramente realizar a reconstrução do trânsito intestinal, enquanto que os definitivos ou permanentes são realizados geralmente nos casos de câncer no qual há a impossibilidade de reconstrução, já que o segmento distal do intestino foi extirpado (GEMELLI, ZAGO, 2002; INCA, 2003b; ABRASO, 2006).

Segundo estudo de Renner, et al. (1999), a cirurgia para câncer retal tem dois objetivos principais: a cura do câncer e a preservação da continência fecal; confirmada no trabalho de Vironen, et al. (2006), onde afirma que a ressecção anterior com preservação do esfíncter anal é considerada um dos principais objetivos atualmente.

Kuzu, et al. (2002) acredita que atualmente, as modernas técnicas cirúrgicas e o melhor entendimento do conhecimento patológico do carcinoma retal e da anatomia e função neurovascular, tem possibilitado aos cirurgiões serem capazes de restaurar a continuidade intestinal e preservar a continência fecal em muitos pacientes submetidos à excisão radical. Somente quando o esfíncter não pode ser salvo, um estoma permanente é necessário.

Outra técnica cirúrgica, a excisão mesorretal total tem se tornado o padrão-ouro para o tratamento do câncer no terços médio e inferior do reto e desde sua introdução, tem declinado a recorrência local do câncer mundialmente e o número de ressecções abdomino-perineais tem diminuído (GOSSELINK, et al., 2005).

A quimioterapia antineoplásica com o objetivo de tratar os tumores malignos é uma modalidade de tratamento sistêmico da doença, pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo do tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente (BONASSA, 2000).

Segundo Bonassa (2000), a quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação que atuam em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão. A maioria dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, ou seja, não destrói seletiva e exclusivamente as células tumorais; são tóxicos aos tecidos de rápida proliferação, caracterizados por uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos.

Portanto, os tumores de rápido desenvolvimento são os mais susceptíveis à destruição pela quimioterapia, pois nesses casos, mais células estão em divisão ativa, havendo então mais células sensíveis às drogas antineoplásicas. Sabendo disso, conclui-se que as drogas antineoplásicas são mais eficazes quando utilizadas precocemente, ou seja, quando o tumor ainda é pequeno e cresce exponencialmente (BONASSA, 2000).

Associada a cirurgia, temos a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante. Segundo Bonassa (2000), a neoadjuvante é a aplicação de antineoplásicos antes da cirurgia, visando contribuir para a redução tumoral, tornando a ressecção cirúrgica mais fácil e econômica, permitindo a preservação funcional do órgão, possibilitando a avaliação da resposta tumoral às drogas empregadas, usada com frequência no câncer de reto.

A quimioterapia adjuvante objetiva a destruição de células residuais após o tratamento cirúrgico ou radioterápico curativos; como as micrometástases, clinicamente imperceptíveis; de forma a permitir períodos mais prolongados de remissão ou mesmo a cura definitiva do paciente e é utilizada nos casos de câncer de cólon (BONASSA, 2000).

A radioterapia é uma forma física de tratamento que lesa qualquer tecido em seu caminho. As células tumorais são um pouco mais susceptíveis aos efeitos letais da radiação que os tecidos normais, primariamente pelas diferenças na capacidade de reparo aos danos subletais ao DNA, e de outros danos. No tecido-alvo, a radiação danifica o DNA e gera, a partir da água celular, radicais livres, capazes de danificar membranas celulares, proteínas e organelas. O desafio do planejamento da radioterapia consiste em administrar a radiação ao volume tumoral com o menos possível de tecido normal no campo (SAUSVILLE, LONGO, 2002).

Ainda segundo estes autores, a radioterapia pode ser usada isoladamente ou junto com a quimioterapia para promover a cura de tumores localizados e controlar o local primário da doença nos tumores disseminados. O tratamento é planejado com base no uso de um simulador, com os campos de tratamento concebidos para se adaptar às características anatômicas individuais do paciente, utilizando proteção de chumbo adaptada para delimitar o campo e limitar a exposição do tecido normal.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a radioterapia tem sido usada no pré-, intra-, e no pós-operatório para reduzir o tumor, alcançar melhores resultados na cirurgia e diminuir os riscos de recorrência. Para os tumores inoperáveis ou não-sujeitos à ressecção, é usada radiação para obter significativo alívio dos sintomas. Porém, segundo Mayer (2002), a radioterapia não parece prolongar a sobrevida do paciente e não é eficaz no tratamento primário do câncer de cólon, sendo necessária outra modalidade terapêutica, como a quimioterapia e/ ou a cirurgia.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Na área da saúde, o interesse pelo conceito Qualidade de Vida (QV) é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL, ZANNON, 2004).

Como não existe um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), grupo que estuda qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação positivos e negativos (FLECK et al., 1999a).

É um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona vários aspectos da vida do indivíduo: a saúde física, o estado psicológico, nível de independência, relações sociais e sua relação com aspectos salientes do seu ambiente (WHOQOL GROUP, 1995; FLECK, 2000).

No que concerne à subjetividade, a definição reflete a avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/ paciente que está sendo avaliada, ou seja, é a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspectos não-médicos do seu contexto de vida; existindo uma semelhança entre uma variedade de termos de qualidade de vida a atributos como satisfação de vida, bem-estar,

saúde, trabalho, felicidade, lazer, auto-estima e valores de vida (GAÍVA, 1998; FLECK, 2000; SEIDL, ZANNON, 2004).

Quanto a multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudo empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas (WHOQOL GROUP, 1998; SEIDL, ZANNON, 2004).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, em que se aproxima ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo abrange diversos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores de indivíduo e coletividades a que se reportam, em diferentes épocas e espaços de histórias.

Há também um interesse diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a qualidade de vida do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (MORRIS, PEREZ, McNOE, 1998).

Ainda não existe uma definição de qualidade de vida aceita mundialmente, segundo Farquhar (1995), primeiro é necessário definir as qualidades que tornam a vida e a sobrevivência valiosas, e então, avaliar a QV; e que a visão de qualidade de vida em saúde pode ser avaliada em termos individuais e ser estendida à família e até à comunidade.

Na área de saúde, além de utilizarmos o conceito de qualidade de vida como um conceito geral, também temos usado o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS),

muito freqüente na literatura e usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. Porém, este termo implica os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções de saúde.

A QVRS pode ser definida como um ótimo nível de função mental, física, social e de posição na vida real ou papel desempenhado, incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem-estar. Também pode incluir alguma avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras (BOWLING, 2001).

O conceito de QVRS é amplamente baseado em uma perspectiva multidimensional de saúde como função física, psicológica, social e de bem-estar (BOWLING, 2001).

A mudança do perfil de morbi-mortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento da sobrevida e/ ou vida prolongada das pessoas acometidas por esses agravos (SEIDL, ZANNON, 2004).

Fleck et al. (1999b) assinalaram que a oncologia foi a especialidade que se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixado de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

Então, aparece o termo Qualidade de Vida no contexto da Oncologia, que é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal (CELLA, TULSKY, 1990).

2.3.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Para avaliar a qualidade de vida, foram criados instrumentos de avaliação. O WHOQOL Group desenvolveu um instrumento geral, o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument), utilizando um enfoque transcultural original, um único instrumento foi desenvolvido de forma colaborativa simultaneamente em diversos centros. O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. Ele é um instrumento de auto-avaliação e auto-explicativo (WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 1999a; FLECK, 2000).

Posteriormente, com a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o WHOQOL Group desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-bref, que consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente. Ambas as versões do instrumento já foram traduzidas e validadas para o português no Brasil (FLECK et al., 1999a; FLECK et al., 1999b; FLECK, 2000; FLECK et al., 2000).

Os instrumentos de mensuração da QVRS tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade (SEIDL, ZANNON, 2004).

Existem vários instrumentos de avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer na literatura internacional, sendo o mais recomendado o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 (EORTC QLQ-C30) desenvolvido por Aaronson e colaboradores em 1988 (sua primeira versão)

(BOWLING, 2001). A versão 3.0 e atual foi publicada em 1993 (AARONSON, AZMEDZAI, BERGMAN, 1993) e foi validado para a população brasileira por Brabo (2006).

Seu modelo de QV é multidimensional e o instrumento abrange sintomas específicos da doença/ câncer, o estado de saúde geral (ESG/ QV), as funções física, emocional, cognitiva e social, desempenho de papel e as dificuldades financeiras relatadas pelos pacientes frente à doença/ tratamento (BOWLING, 2001; AARONSON, AZMEDZAI, BERGMAN, 1993).

O grupo EORTC também desenvolveu módulos específicos para diversos tipos de cânceres (ex. pulmão, esôfago, mama, etc.), sendo que para câncer de cólon e reto o instrumento utilizado é o QLQ-CR38 (Quality of Life Questionnaire - Colorectal 38). Ele abrange sintomas e efeitos colaterais de diferentes modalidades terapêuticas, imagem corporal, sexualidade e perspectiva futura (BOWLING, 2001).

Outros instrumentos que avaliam qualidade de vida em pacientes com câncer são: Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): Cancer, desenvolvido por Haes et al. em 1986; Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) criado por Schag et al. em 1983; Functional Living Index – Cancer (FLIC) por Schipper et al. em 1984; Linear Analogue Self-Assessment (LASA) Scale por Priestmam e Baum em 1976; Ontario Cancer Institute/ Royal Marsden LASA Scale, desenvolvido por Selby et al. em 1984; Padilla Quality of Life (QL) Scale and Variants, incluindo o Multidimensional Quality of Life Scale-Cancer (MQOLS-CA) por Padilla et al. em 1981; Quality of Life Index por Ferrans e Powers em 1985; Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) e seu módulo Colorectal (FACT-C) por Cella et al. em 1993; McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) por Cohen et al. em 1995; Spitzer Quality of Life (QL) Index por Spitzer et al. em 1981, entre outros (BOWLING, 2001).

Também há instrumentos que avaliam sintomas específicos como ansiedade e depressão, por exemplo: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) desenvolvido por

Zigmond e Snaith em 1983; Profile of Mood States (POMS) por McNair et al. em 1971; State-Trait Anxiety Inventory (STAI) por Spilberger et al. em 1983; National Institute of Mental Health, Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) criado por Radloff em 1975; Symptoms of Distress Scale (SADS), desenvolvido por Endicott e Spitzer em 1978; General Health Questionnaire (GHQ) por Goldberg em 1972 (BOWLING, 2001).

Outros instrumentos para avaliar sintomas de náuseas e vômitos como: McGill Nausea Questionnaire (MNQ) desenvolvido por Melzack et al. em 1985; Functional Living Index-Emesis (FLIE) por Lindley et al. em 1992. Para avaliar dor como o McGill Pain Questionnaire (MPQ) criado por Melzack et al. em 1971; e para avaliar diversos sintomas como o Symptom Distress Scale: Cancer desenvolvido por McCorkle e Young em 1978, que avalia náusea, humor/ disposição, perda de apetite, insônia, dor, mobilidade, fadiga, padrão intestinal, concentração e aparência (BOWLING, 2001).

De acordo com Kerr et al. (2003), os instrumentos gerais e específicos devem ser usados concomitantemente para maior obtenção de dados; já que os gerais avaliam um perfil de saúde geral e os específicos avaliam características específicas da doença, eles são considerados complementares.

2.3.2 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER

O impacto da doença e tratamento no bem-estar do paciente e resultados funcionais são tópicos de interesse crescente em pesquisa com câncer de cólon e reto. Aumentou a atenção prestada à avaliação da qualidade de vida auto-relatada como uma medida de resultado em estudos clínicos. A avaliação precisa de qualidade de vida é essencial para

melhorar nossa compreensão de como intervenções terapêuticas diferentes influenciam os resultados de pacientes (KOOP, BAUHOFER, KOLLER, 2004).

O câncer e seu tratamento, freqüentemente, produz significantes morbidades que arruínam gradualmente a qualidade de vida dos sobreviventes (COURNEYA et al., 2003).

A avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer é importante para prover informação quanto às decisões de tratamento, monitorar efeitos colaterais não desejados e indicar quando são requeridas intervenções para melhorar a qualidade de vida (ENGEL et al., 2003a).

No caso do doente com câncer, normalmente os objetivos dos tratamentos tem sido reduzir os sintomas e prolongar a vida; entretanto, o tempo de sobrevivência nada informa sobre a qualidade de vida desse indivíduo ao serem consideradas as conseqüências pessoais e sociais do tratamento e da própria doença (KAMEO, 2006).

A mensuração de qualidade de vida do paciente oncológico, atualmente, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. A enfermagem tem um papel importante na avaliação clínica do tratamento, e através da monitorização dos sintomas da doença e efeitos colaterais da terapêutica, é possível avaliar a qualidade de vida dos sobreviventes do câncer (SAWADA, 2002).

Vários itens devem ser incluídos na avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer: bem-estar físico (sintomas e toxicidades como dor, fadiga, náusea e vômito, mudanças no apetite e de peso, atividade física e trabalho, recreação, atividade de auto-cuidado e desempenho das atividades da vida diária), bem-estar psicológico (imagem corporal, auto-estima, estresse, raiva e depressão), bem-estar social (efeitos nas atividades sociais, isolamento, suporte social da família e amigos e relação sexual) e também quanto as expectativas do paciente frente a recuperação, nível de otimismo e vida futura (BOWLING, 2001; SANTOS et al., 2002).

Nesta perspectiva, consideramos que os pacientes com câncer apresentam as funções física, psicológica e social afetadas, portanto, cabe ao enfermeiro buscar conhecimento a respeito da qualidade de vida, para prestar uma assistência adequada e ajudá-los a melhorar a qualidade de suas vidas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um novo paradigma nos serviços de saúde que recentemente tem emergido na literatura internacional na área de saúde. A PBE facilmente aplica-se a enfermagem e a outros profissionais de saúde porque ela incorpora a melhor evidência por especialistas clínicos que avaliam a individualidade do paciente e família (RUTLEDGE, DE PALMA, CUNNINGHAM, 2004).

O atendimento em saúde foi baseado, por muitos anos, em intervenções fundamentadas na prática da enfermagem tradicional, baseada em rituais, no senso comum, na experiência profissional, na opinião de especialistas e nas teorias fisiopatológicas. Estes processos de decisão valorizam as crenças do profissional de saúde sobre o que ele acha melhor para seu paciente, deixando o conhecimento científico em segundo plano, pois muitas vezes estas práticas não foram testadas ou comprovadas por pesquisas (BRUNHEROTTI, 2007; MENDES, 2006).

Desta maneira, vários profissionais podem ter opiniões e experiências diferentes para situações clínicas semelhantes, o que pode ter surtido resultado para um paciente, pode não ocorrer para outro, pois vários fatores interferem na vida do indivíduo e não apenas seu problema físico ou diagnóstico. Para que intervenções e procedimentos sejam realmente úteis e eficazes, é necessária a busca por informações de qualidade, e neste processo de conectar a prática clínica com a pesquisa, temos o movimento da Prática Baseada em Evidências.

Segundo Ingersoll (2000), nos últimos anos, muitas escolas de enfermagem incorporaram os termos Enfermagem Baseada em Evidência (EBE) ou Prática Baseada em Evidência (PBE). A EBE teve sua origem baseada no movimento da Medicina Baseada em Evidência (MBE).

O movimento de Medicina Baseada em Evidência se originou em MacMaster University, no Canadá; com as publicações do pioneiro Dr. Archie Cochrane (1913-1988), epidemiologista inglês, cujo nome se posterga na colaboração Cochrane que é uma organização com centros em diversos países, com o objetivo de preparação, manutenção e disseminação de resultados de revisões sistemáticas de intervenções de saúde (MARGAREY, 2001).

A Prática Baseada em Evidência é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde (HAMER, 1999). Ela enfatiza o uso de pesquisas na tomada de decisões clínicas, isto é, combinam a pesquisa com a experiência clínica e as preferências e necessidades individuais do paciente para realizar uma decisão sobre o problema específico (SIMON, 1999).

A Prática Baseada em Evidência é uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência. Essa abordagem envolve a definição do problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

Ingersoll (2000) e Beyea e Nicoll (1998) definem a Enfermagem Baseada em Evidências como o uso consciencioso, explícito e criterioso das informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão, sobre o cuidado prestado ao paciente ou grupo de pacientes, considerando suas necessidades e preferências individuais e as expectativas da sociedade.

A utilização de pesquisas na prática assistencial é fundamental para a implementação da Prática Baseada em Evidências na enfermagem; entretanto, segundo Titler (2001) esse processo é difícil e desafiador, pois envolve a disseminação e a aplicação do novo conhecimento científico à prática, bem como a avaliação deste conhecimento pela equipe de

saúde, paciente e familiares, incluindo a relação custo/ benefício.

No Brasil, o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências tem crescido nos cursos de Medicina de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, enquanto que na Enfermagem, as publicações são poucas, sendo a maioria na língua estrangeira. (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

Existe uma lacuna entre o conhecimento científico produzido por meio do desenvolvimento de pesquisas e a sua utilização na prática profissional, para evitá-la é necessário cooperação e união entre as diversas esferas da enfermagem: a integração entre o enfermeiro clínico, o pesquisador e o educador.

A implementação ideal do processo da PBE requer a colaboração da tríade de enfermeiros da prática clínica, da educação e da pesquisa. Enfermeiros da prática clínica são enfermeiros preparados e seu trabalho é crucial para o processo da PBE por causa da habilidade clínica, conhecimento de sistemas, de cenário clínico e habilidade para facilitar a interdisciplinaridade clínica na melhoria dos projetos. Eles podem favorecer o processo da PBE por causa de seu papel no cenário dos serviços de saúde e oferecer a única perspectiva do cuidado abrangendo desde o paciente até o nível familiar e ampliar ao nível populacional (RUTLEDGE, DE PALMA, CUNNINGHAM, 2004).

Os pesquisadores oferecem habilidade sobre métodos para completa captura da natureza da qualidade da evidência no tópico clínico. Enquanto que os educadores ensinam estudantes de graduação a desenvolver o aprendizado de habilidades e a compreender que a pesquisa é uma dimensão importante do cotidiano profissional (RUTLEDGE, DE PALMA, CUNNINGHAM, 2004).

As capacidades dos enfermeiros da prática clínica de relatarem a síntese do trabalho na clínica e a habilidade dos pesquisadores na capacidade de transformar as questões clínicas em pesquisas que demonstrem resultados irão melhorar essa prática. A visão do modelo tríade faz

com que seus membros possam trabalhar juntos em respeito mútuo para a conclusão da síntese da literatura (RUTLEDGE, DE PALMA, CUNNINGHAM, 2004).

O processo da PBE inclui focar em um tópico clinicamente relevante, encontrar a melhor evidência relevante, criticar através da avaliação da evidência e sintetizar em algo útil, implementar resultados pertinentes na prática e avaliar a efetividade da implementação. Produtos da PBE podem ser: o desenvolvimento de um programa, triagem e avaliação baseada em evidências, padrões de cuidado, mudanças práticas e de procedimentos ou diretrizes de prática clínica (RUTLEDGE, DE PALMA, CUNNINGHAM, 2004).

Porém, os profissionais de saúde encontram vários obstáculos e barreiras para a utilização da PBE. Mendes (2006) afirma que é preciso considerar as diferenças de conhecimentos, interesses e habilidades no uso da pesquisa na prática clínica e ponderar a existência de ferramentas e recursos que proporcionem aos enfermeiros auxílio para a incorporação de resultados de pesquisas em sua prática.

Enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde citam como barreiras para a utilização da PBE: a falta de conhecimento a respeito das estratégias da PBE, concepção errônea ou visão negativa sobre pesquisa e cuidado baseado em evidência, não acreditam que a PBE trará resultados mais positivos do que o cuidado tradicional, a falta de tempo e recursos para pesquisar e avaliar a evidência, a falta de incentivo e apoio da administração dos serviços de saúde, pressão para continuar com práticas baseadas em tradições, conteúdo e práticas comportamentais inadequadas a respeito da PBE em programas educacionais (MELNYK, 2002; MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Para que os profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, avancem na utilização da PBE, é necessário transpor estas barreiras, as concepções errôneas sobre como implementar a PBE necessita ser corrigida e conhecimentos e habilidades nesta área devem ser melhoradas. Algumas condições facilitadoras são: apoio e encorajamento da administração, capacitação

dos profissionais acerca da metodologia da PBE, focar temas de interesse dos profissionais, disponibilizar infra-estrutura para que os profissionais possam buscar na literatura nacional e internacional a melhor evidência disponível, disponibilizar tempo para avaliar criticamente os estudos e implementar seus resultados, e relatar claramente a pesquisa (MELNYK, 2002; MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

O desenvolvimento da pesquisa em enfermagem permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, propicia a melhoria da assistência prestada ao cliente/ paciente, embasada em conhecimento científico, enriquecimento profissional e de sua prática, bem como possibilita a busca de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano (CASSIANI, 1994).

Brunherotti (2007) acredita que a implementação da PBE na enfermagem facilitará a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente e seus familiares, pois o profissional assume o compromisso de utilizar evidências científicas para decidir qual é a melhor conduta, respeitando a opinião do cliente.

Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005) há cinco passos chaves da PBE, a saber:

- 1) Formular uma questão clínica relevante;
- 2) Buscar pela mais relevante e melhor evidência;
- 3) Avaliar criticamente a evidência obtida do processo de pesquisa;
- 4) Integrar a evidência encontrada; e
- 5) Avaliar a efetividade da intervenção baseada na evidência.

Para formular uma questão clínica relevante, a pergunta deve ter o formato “PICO” (Population, Intervention, Comparison, Outcomes), isto é, para ser relevante deve abranger qual população a ser estudada, a intervenção de interesse, a comparação de intervenções e os resultados obtidos (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Na literatura, as evidências são classificadas de forma hierárquica, de acordo com o

delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica utilizada no estudo. Melnyk e Fineout-Overholt (2005) a classificam em sete níveis: nível 1, as evidências são oriundas de uma Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou originadas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECRC; no nível 2, as evidências são obtidas de pelo menos um ECRC bem delineado; nível 3, evidências originadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de caso-controle e de coorte bem delineados; nível 5, evidências obtidas de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6, evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7, evidências originárias de opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas.

Nesta classificação, a evidência mais forte deriva-se de uma revisão sistemática ou metanálise de ECRC bem delineados. O estudo randomizado controlado é considerado o melhor desenho de pesquisa para avaliar a eficácia de intervenções de saúde, consistindo no ‘padrão-ouro’ na MBE; porém na enfermagem, este nível de evidência é restrito (STETLER et al. 1998; CLOSS, CHEATER, 1999).

A avaliação crítica, da evidência obtida do processo de pesquisa, é considerada exaustiva, consome tempo e para ser efetuada efetivamente deve responder a três questões: quais são os resultados dos estudos, se os resultados são válidos e se os resultados do estudo facilitarão o cuidado/ assistência ao paciente, isto é, se os benefícios são melhores que os riscos do tratamento (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Integrar a evidência consiste em relacionar a evidência encontrada na busca da literatura com habilidade/ perícia do profissional de saúde, avaliação clínica do paciente e recursos dos serviços de saúde avaliáveis, tão bem como as preferências e valores do paciente para implementar uma decisão, levando em consideração as questões éticas relacionadas ao tratamento (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

O último passo, avaliar a efetividade da intervenção baseada na evidência é realizar uma avaliação em termos de como o tratamento funcionou ou quão efetiva a decisão clínica foi com um paciente particular ou num cenário prático. A avaliação é essencial para determinar se a mudança baseada em evidências resultou ou não nos resultados esperados e também deve incluir a formulação de todas as possíveis elucidações/ explicações alternativas para os resultados (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Diante do exposto, proponho este estudo com o intuito de investigar o que a literatura tem produzido a respeito da qualidade de vida dos pacientes com câncer de cólon e reto, buscando as melhores evidências disponíveis e analisando os resultados de pesquisa criticamente para obter informações relevantes que contribuirão para integrar a evidência encontrada com a prática da enfermagem.

A escolha da Prática Baseada em Evidências como referencial teórico, possibilita a busca de evidências sobre a assistência de enfermagem ao paciente com câncer de cólon e reto no que tange a qualidade de vida, também proporciona levantar lacunas do conhecimento e sintetizar o conhecimento produzido visando o planejamento do processo de reabilitação destes pacientes com vistas à melhoria na qualidade de vida desta clientela.

4 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico produzido relacionado à qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto.

Tendo como objetivos específicos:

- caracterizar a produção científica nacional e internacional quanto às características metodológicas;
- caracterizá-las quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida apresentados pelo paciente adulto com câncer de cólon e reto; e
- identificar quais os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida, nestas publicações.

5 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

5.1 METODOLOGIA

No presente estudo, optamos pelo método de pesquisa Revisão Integrativa, que segundo Ganong (1987) e Beyea e Nicoll (1998) é uma estratégia para identificar as evidências existentes para fundamentar uma prática de saúde nas diferentes especialidades, e é apresentada por Poletti (2000) como um dos instrumentos da Prática Baseada em Evidências.

Ganong (1987) afirma que a revisão integrativa é parte valiosa do processo de criar e organizar um corpo de literatura devendo ter os mesmos níveis de clareza, rigor e replicação das pesquisas primárias.

A pesquisa primária é a pesquisa escrita por pessoas que conduziram a pesquisa, desenvolveram uma teoria ou prepararam uma análise especializada sobre uma questão ou tópico de interesse (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

A revisão integrativa é um método em que pesquisas anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das pesquisas avaliadas, a qual possibilita síntese e análise do conhecimento científico já produzido do tema investigado.

Uma revisão integrativa é um método de revisão específico que sumariza literatura empírica ou teórica anterior para prover um entendimento mais compreensivo de um fenômeno particular ou problema relacionado à saúde (BROOME, 2000). Revisão integrativa, portanto, tem o potencial para construir ciência em enfermagem, pesquisas informativa e clínica e iniciativas práticas. Uma revisão integrativa bem feita apresenta o estado da ciência, contribui para desenvolvimento teórico e tem aplicabilidade direta para clínica e prática (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

Iniciativas recentes da prática baseada em evidências aumentaram a necessidade por uma produção de todos os tipos de revisões de literatura (revisões integrativas, revisões

sistemáticas, metanálises e revisões qualitativas). A proliferação de todos os tipos de revisões de pesquisa durante a década passada tem contribuído para métodos mais sistemáticos e rigorosos (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

De acordo com Beyea e Nicoll (1998), a revisão integrativa sumariza as pesquisas já realizadas, e traz conclusões gerais a respeito de estudos que tenham hipóteses idênticas ou relacionadas, sobre um assunto em particular.

Segundo Whittmore e Knalf (2005), o método da revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias (por exemplo, pesquisas experimentais e não-experimentais) e tem o potencial para representar o maior papel na prática baseada em evidências na enfermagem. Ela contribui para a apresentação de variadas perspectivas em um fenômeno de interesse e tem sido defendida como importante para enfermagem científica e prática.

As revisões integrativas também podem combinar dados de literatura teórica tão bem quanto empírica, e ainda, incorporam um largo alcance de propostas como: descrever conceitos, revisar teorias e rever evidências, e analisar questões metodológicas de um tópico particular (BROOME, 2000; WHITTEMORE, KNALF, 2005).

Segundo Silveira (2005), a revisão integrativa é um método que tem como propósito buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para sua incorporação na prática clínica.

A revisão integrativa também pode reduzir obstáculos da utilização do conhecimento, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

A falta de um método explícito e específico pode comprometer a qualidade da revisão integrativa, desvios e erros podem ocorrer em qualquer estágio da revisão (DUNKIN, 1996).

Para evitar estes desvios e erros (vieses) e conduzir uma revisão integrativa relevante, é necessário que as etapas a serem seguidas sejam claras e rigorosas.

Portanto, para a construção desta revisão integrativa percorreremos o caminho metodológico proposto nos estudos de Ganong (1987) e Broome (2000), que consiste em seis etapas a serem cumpridas, descritas a seguir:

1ª. Etapa) Selecionar a hipótese ou a questão para a revisão

Esta fase caracteriza-se pela definição do tema a ser estudado. O tema deve ser claro, específico, interessante e na sua área clínica, para despertar o interesse do investigador. O tópico estabelecido deve ser relacionado a uma razão teórica ou conceitual e deve incluir definições de construção a serem examinados (GANONG, 1987).

Segundo Reis, Ciconeli e Faloppa (2002), a pergunta principal deve contemplar algumas características, como: viabilidade ou capacidade de se executar o trabalho, interesse, originalidade, aspectos éticos e relevância.

Esta fase norteia a revisão, pois a hipótese ou a questão bem delimitada minimiza vieses; e quando bem sucedida, a pesquisa é automaticamente delimitada e as palavras-chave são identificadas (BROOME, 2000).

2ª. Etapa) Selecionar a amostra (estudos) a ser estudada

A seleção da amostra é muito importante na pesquisa e deve ser descrito minuciosamente. A representatividade da amostra é um indicador crítico de como amplamente conclusões podem ser generalizadas e o quanto é confiável as conclusões. A omissão de procedimentos pode ser uma ameaça para a validade da revisão. Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra devem ser explicitados (GANONG, 1987).

A omissão de como este processo foi conduzido, contudo, leva o leitor às perguntas principais: Os estudos revisados representam o universo de estudos neste tópico? A revisão foi limitada somente à pesquisa publicada? A revisão foi completa? Os estudos foram

randomizados? Que critérios para inclusão foram aplicados? Em que base foi estudada a exclusão? Há dimensões de amostragem dos estudos que poderiam afetar as conclusões? (GANONG, 1987).

Para a seleção da amostra podem ser usados o *index* em base de dados *on line*, lista de referências bibliográficas ou índice de citações. O autor sugere a criação de listas de modo a permitir um exame mais minucioso de estudos pelo leitor (GANONG, 1987).

3ª. Etapa) Definir as características dos estudos

A tarefa de definir características da pesquisa primária é o núcleo de uma revisão integrativa. A representação das características da pesquisa primária é análoga à coleta de dados. Os dados dos estudos não são os únicos dados importantes para o trabalho. Todas as características que podem afetá-los devem ser examinadas sistematicamente em suas relações aos resultados (GANONG, 1987).

Dados a serem extraídos dos estudos a serem considerados incluem: tamanho da amostra, situações, características dos assuntos, métodos de nomear assuntos a grupos, medida de variáveis independentes e dependentes, atrito de amostra, método de análise de dados e teoria ou composição conceitual utilizados (GANONG, 1987). As informações extraídas devem abranger os objetivos, a metodologia e as principais conclusões de cada estudo individual (BROOME, 2000).

Ganong (1987) salienta que a construção de tabelas é um dos modos mais simples e mais claros para representar características da pesquisa primária. O uso de tabelas permite apresentar ao leitor uma grande quantidade de dados, de forma que possa prover uma avaliação sistemática e resumida, e uma discussão dos dados relevantes e das conclusões.

4ª. Etapa) Analisar os estudos incluídos na revisão

Esta etapa no processo de revisão integrativa é comparável ao exame e análise de dados primários que empregam análises estatísticas. Consiste na análise dos resultados evidenciados dos artigos incluídos na revisão (GANONG, 1987). O autor recomenda a revisão de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, a leitura utilizando um questionário para a coleta de dados e proceder à análise dos dados de forma sistêmica.

Contudo, a complexidade inerente na combinação de metodologias diversas pode contribuir para perda do rigor, perda de acurácia e viés. Métodos para melhorar a coleta de dados (por exemplo, busca de literatura) e extração de dados têm sido desenvolvidos; porém métodos de análise, síntese e conclusão permanecem pobremente formulados; isto é uma questão considerável. Para proteger contra viés e aumentar a acurácia das conclusões, são necessários métodos explícitos e sistemáticos para análise específica de dados para o método de revisão integrativa (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

Abordagens sistemática e explícita ajudam a proteger contra erros, solucionar discordâncias, facilitar avaliação crítica e comunicar as conclusões (VIGNA-TAGLIANTI et al., 2006).

5ª. Etapa) Interpretação dos resultados

Esta etapa pode ser comparada à discussão de resultados dos estudos primários. O pesquisador apresenta e discute as evidências oriundas dos estudos incluídos daquelas geradas pela revisão integrativa. Também fará sugestões para a prática, discutirá o impacto político ou prático e os resultados em relação às teorias e fará sugestões para pesquisas futuras (GANONG, 1987).

6ª. Etapa) Apresentação da revisão ou síntese do conhecimento

Revisões integrativas devem apresentar detalhes pertinentes para que o leitor possa avaliar a conveniência dos procedimentos de revisão como também as ameaças para a validade dos dados de revisão. O rigor no detalhamento das etapas, critérios e procedimentos permitirão ao leitor avaliar a fidedignidade e a confiabilidade da revisão. Portanto, a apresentação dos resultados obtidos deve ser clara, completa e possibilitar ao leitor um exame crítico dos resultados. (GANONG, 1987).

5.2 PROCEDIMENTO PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Para guiar a presente revisão integrativa, formulamos a seguinte questão: “Qual é o conhecimento científico já produzido, relacionado à qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto?”.

Um aspecto de suma importância na prática baseada em evidências é a busca da melhor evidência disponível (GALVÃO, 2002). Segundo Mckibbon e Marks (1998) existem cinco tipos de fontes de informação que a enfermagem pode utilizar, a saber: livros, periódicos, bases de dados, fontes específicas e a Internet.

Para a busca dos artigos utilizamos as bases de dados. As bases de dados proporcionam índices de publicações de pesquisas e revisões da área da saúde (GALVÃO, 2002).

Para a seleção dos artigos incluídos nesta revisão, utilizamos a internet para acessar as bases de dados. A busca de evidências na internet para sustentar a tomada de decisão tornou-se uma estratégia para os profissionais da saúde e pacientes. Numerosas fontes de informação são encontradas e que fornecem dados seguros, válidos, relevantes e recentes (BEYEA, 2000a).

A internet é um instrumento valioso para a prática baseada em evidências, pois facilita o processo de buscar informações e pesquisas. Atualmente, existe uma variedade de endereços eletrônicos que possibilitam o aprendizado sobre essa abordagem e oferecem estratégias para auxiliar a busca das evidências, e cabe aos profissionais de saúde, desenvolver habilidades para avaliar a qualidade dos sites e utilização e buscas nas diferentes bases de dados (BEYEA, 2000a; BEYEA, 2000b).

Utilizamos três bases de dados: o LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), o CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e o MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line).

A base de dados LILACS registra a literatura técnico-científica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe, publicada a partir de 1982 (MENDES, 2006). O acesso gratuito foi realizado através da Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME, no endereço <<http://www.bvs.br>>; clicando no link LILACS (em “Fontes de Informação – Pesquisa Bibliográfica – Ciências da Saúde em Geral”).

O CINAHL consiste numa base de dados para as seguintes áreas de saúde: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, emergência e tratamentos alternativos; iniciou-se em 1982 e inclui referências bibliográficas de mais de 650 periódicos de língua inglesa. O CINAHL permite visualizar as referências, os resumos e uma entrada para uma vasta bibliografia referente aos artigos indexados (MCKIBBON, MARKS, 1998). O acesso também foi gratuito, através do site <<http://www.capes.gov.br>>; entrando nos seguintes links “Periódicos – Acesso Livre”, “Base de dados com acesso temporário gratuito no Portal”, “Novas bases disponíveis no portal – CINAHL with Full Text”.

O MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, contendo mais de 4000 títulos de revistas de cerca de 70 países publicados a partir de 1966 e atualizado mensalmente (MARTINS, GOMES, 2001). O acesso gratuito foi

realizado por meio da National Library of Medicine and the National Institute of Health, no endereço <<http://www.pubmed.com>>; que leva ao endereço <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>>.

Para a busca dos artigos, nas bases de dados, as palavras-chave utilizadas foram: qualidade de vida (quality of life), câncer colorretal (colorectal neoplasms) e enfermagem oncológica (oncologic nursing).

Consideramos os seguintes critérios de inclusão dos artigos para a presente revisão integrativa:

- artigos que retratam a qualidade de vida do paciente adulto (≥ 18 anos) com câncer de cólon e reto;
- artigos indexados nas bases de dados LILACS, CINAHL e MEDLINE;
- artigos publicados no período de janeiro de 1997 a janeiro de 2007;
- artigos publicados em português, inglês e espanhol;
- artigos com resumos disponíveis.

Para a exclusão, os critérios utilizados foram:

- artigos relacionados à pesquisa metodológica, como criação e/ ou validação de instrumentos de qualidade de vida;
- artigos relacionados à comparação de modalidades terapêuticas, (comparação entre esquemas de quimioterapia, entre tipos de cirurgia e associação de tratamentos), que tem como objetivo avaliar a eficácia destes tratamentos.

O levantamento dos artigos nas bases de dados LILACS, CINAHL e MEDLINE foi realizado concomitantemente em julho de 2007. No LILACS, utilizamos as palavras-chave contempladas na ‘Biblioteca Virtual em Saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)’ e realizamos combinações com duas palavras-chaves. No CINAHL, utilizamos as palavras-chave contempladas no ‘CINAHL Information Systems – List of Topical Subheadings’ e

realizamos duas combinações com elas. No MEDLINE, utilizamos as contempladas no ‘MESH – Medical Subject Headings’ e combinações de duas ou três palavras-chave, conforme apresentação no Quadro 1.

Quadro 1 – Número de referências bibliográficas obtidas de acordo com o cruzamento das palavras-chave.

Cruzamento – Key Words	Artigos Obtidos	Referências com resumo	Referências sem resumo
LILACS	11	11	—
Qualidade de vida e câncer colorretal	3	3	—
Qualidade de vida e enfermagem oncológica	6	6	—
Câncer colorretal e enfermagem oncológica	2	2	—
CINAHL	147	122	25
Quality of life and colorectal neoplasms	41	31	10
Quality of life and oncologic nursing	92	83	9
Colorectal neoplasms and oncologic nursing	14	8	6
MEDLINE	396	380	16
Quality of life and colorectal neoplasms	316	303	13
Quality of life and oncologic nursing	74	71	3
Quality of life and oncologic nursing and colorectal neoplasms	6	6	—
TOTAL	554	513	41

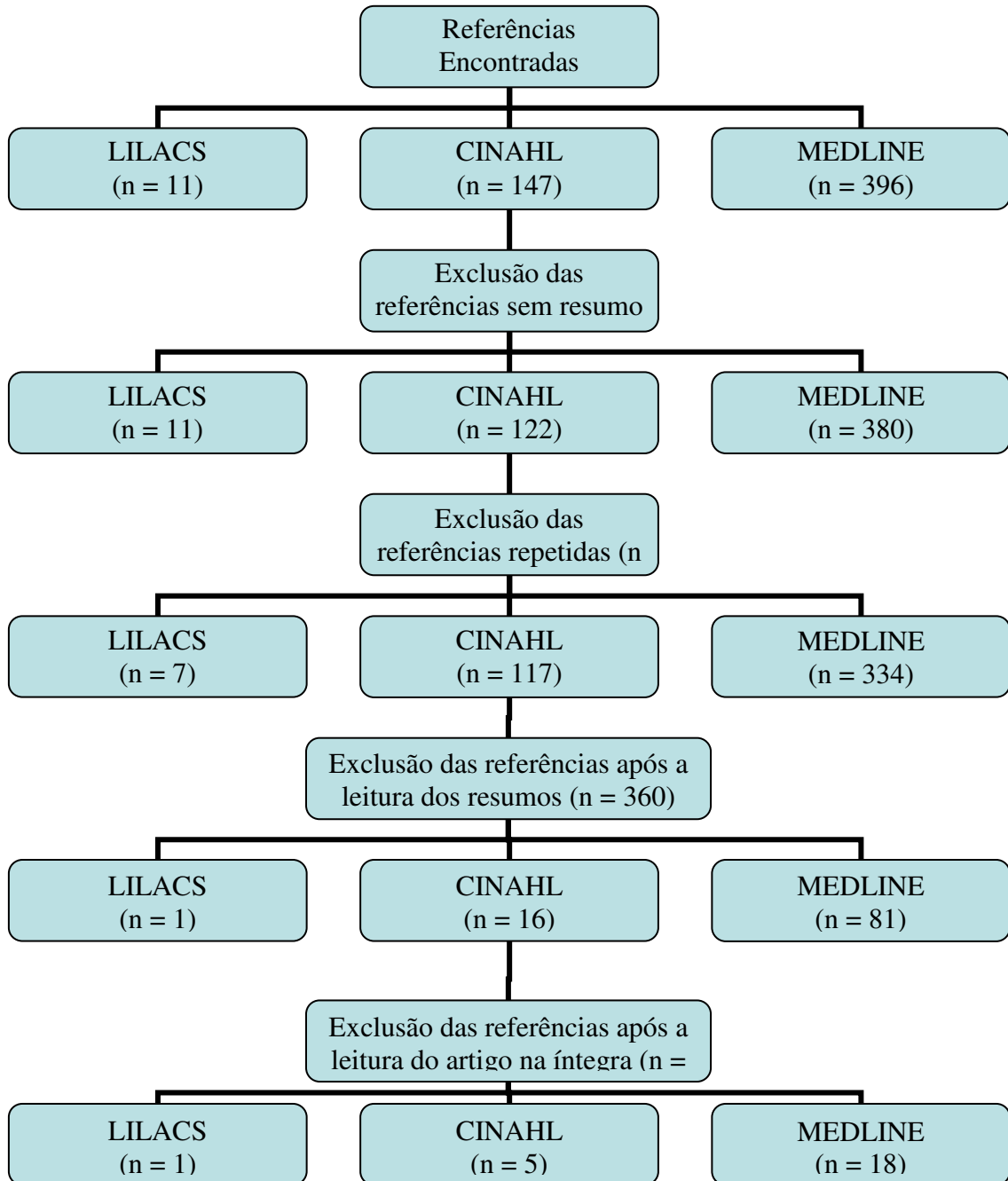
Nas bases de dados, delimitamos previamente os critérios de inclusão, referentes a pacientes adultos (≥ 18 anos) publicados nos últimos 10 anos e nos três idiomas – inglês, português e espanhol e encontramos um total de 554 artigos, sendo 11 no LILACS, 147 no CINAHL e 396 no MEDLINE, dos quais 41 referências sem resumos disponíveis; restando 513 no total e 11, 122 e 380 nas bases LILACS, CINAHL e MEDLINE, respectivamente.

Destas 513 referências, excluimos 55 que se repetiam de acordo com o cruzamento das palavras-chave e nas três bases de dados, restando, portanto, 458 referências com resumo a serem analisadas.

Realizamos então, a leitura e análise dos títulos e resumos das 458 referências, a fim de responder a questão norteadora do estudo proposto; das quais selecionamos 98 referências, sendo uma na língua portuguesa encontrada no LILACS e as demais na língua inglesa, sendo 16 no CINAHL e 81 no MEDLINE.

Analisamos as 98 referências na íntegra e selecionamos 24 artigos que preencheram os critérios de inclusão e exclusão, sendo uma selecionada no LILACS, cinco no CINAHL e 18 no MEDLINE, que constituem a amostra final desta revisão. Todo este processo pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo dos artigos encontrados, desde a pesquisa nas três bases de dados até a obtenção da amostra final.



5.3 ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

5.3.1 O INSTRUMENTO

A análise dos artigos da revisão foi realizada de forma objetiva, por meio de um instrumento construído considerando o instrumento de Ursi (2005), e o artigo de Gill e Feinstein (1994) que avaliou estudos de QV. Este instrumento contém critérios que possibilitaram investigar as características metodológicas dos estudos e os critérios de avaliação de qualidade de vida.

As publicações foram examinadas utilizando o instrumento construído que atenderam aos objetivos da pesquisa de acordo com os seguintes critérios:

1) Identificação da publicação: título do artigo e do periódico, autores, formação e instituição de atuação do autor principal, país, idioma e ano de publicação;

2) Critérios de avaliação de estudos de qualidade de vida:

- utilização de definição de QV,
- domínios de QV mensurados,
- quais instrumentos utilizados, se o autor justifica sua escolha e se são validados para a população do estudo, e
- dados complementares solicitados pelo autor;

3) Características metodológicas do estudo:

- tipo de publicação/ delineamento de pesquisa,
- objetivos do estudo,
- caracterização da população,
- caracterização da amostra,
- tratamento dos dados/ análise estatística,

- intervenções realizadas,
- resultados,
- conclusões e recomendações, e
- nível de evidência.

O instrumento foi submetido a validação por três docentes de enfermagem familiarizados com este tipo de estudo/ metodologia e conhecimento sobre a temática (QV). Foi analisado quanto a validação aparente e de conteúdo; em relação a sua abrangência, clareza, facilidade de leitura, compreensão dos itens, extensão, forma de apresentação e se os objetivos poderiam ser alcançados.

As sugestões realizadas pelos juízes foram analisadas e os itens foram modificados de acordo com tais sugestões. A análise dos juízes recebeu escore para cada item de concordância e foi considerado válido o item que obteve concordância mínima de 80%. O instrumento ficou na sua versão final com 20 itens (Apêndice A).

5.3.2 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise do delineamento de pesquisa foi fundamentada nos conceitos descritos por Polit, Bech e Hungler (2004), Reis, Ciconelli e Faloppa (2002) e Lobiondo-Wood e Haber (2006a). Em um estudo quantitativo, o delineamento de pesquisa apresenta as estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas e interpretá-las; o delineamento incorpora decisões metodológicas - chaves e outros aspectos como: o plano de coleta de dados, de amostragem e de análise (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

A pesquisa quantitativa é dividida em três tipos de delineamento: experimental, quase-experimental e não-experimental. Segundo Brunherotti (2007), a pesquisa experimental e quase-experimental diferem da não-experimental em um aspecto importante: permite as

melhores ferramentas para o pesquisador avaliar as relações de causa e efeito e não somente observar os comportamentos e fenômenos.

Estudos experimentais ou intervencionais são empregados para avaliar tratamento/intervenção; o investigador aplica um tratamento (intervenção) e analisa os resultados obtidos (REIS, CICONELLI, FALOPPA, 2002). O delineamento experimental necessita possuir três propriedades: manipulação da variável independente, onde o pesquisador faz alguma coisa (intervenção) aos participantes do estudo; grupo de controle, o investigador introduz o uso do grupo de controle (não receberá intervenção) sobre a situação experimental; e randomização, o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos de controle e experimental (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Há vários desenhos experimentais diferentes e se baseiam no desenho clássico chamado “experimento verdadeiro” ou “delineamento anterior-posterior”, que envolve a coleta de dados pré-teste (os chamados dados basais) antes da manipulação experimental e dos dados pós-teste, depois dela; enquanto que o delineamento experimental mais básico, chamado de “delineamento apenas-posterior” (ou apenas pós-teste) ocorre a coleta de dados apenas após a intervenção; em ambos há a designação aleatória dos sujeitos nos dois grupos (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004; WHITTEMORE, GREY, 2006).

Há também o “delineamento fatorial”, onde os pesquisadores manipulam duas ou mais variáveis simultaneamente, permitindo testar mais de uma hipótese, ou seja, permitem avaliar os efeitos principais (resultantes da combinação dos métodos de tratamento), neste caso, os sujeitos são designados aleatoriamente a uma combinação de tratamentos. Já o “delineamento de medidas repetidas” (ou “cruzado”) envolve a exposição dos mesmos participantes do estudo a mais do que um tratamento. Quando os mesmos sujeitos são comparados, a classe geral de delineamento é conhecida como “nos-sujeitos”, enquanto que nos três tipos anteriores

são chamados “entre-sujeitos”, pois os participantes são pessoas diferentes (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Os “ensaios clínicos” avaliam um tratamento inovador, envolve o teste de um tratamento clínico, a designação aleatória dos sujeitos aos grupos: experimental e controle, a coleta de informações sobre os resultados, o uso de uma amostra grande e heterogênea de sujeitos geograficamente distribuídos e podem ser do tipo “anterior-posterior” ou “apenas-posterior”, sendo considerado uma aplicação diferente do delineamento experimental (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

O delineamento quase-experimental envolve a manipulação de uma variável independente, mas não possui as características de randomização e/ ou de grupo controle. Existem vários delineamentos quase-experimental, sendo os mais utilizados o “delineamento do grupo de controle não-equivalente” (anterior-posterior), que envolve um tratamento e dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois de sua intervenção, mas não há a randomização; e o “delineamento tempo-série”, neste falta tanto a randomização quanto o grupo de controle, ele envolve a coleta de dados durante um longo período de tempo e a introdução do tratamento durante este período (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004; WHITTEMORE, GREY, 2006).

Os desenhos não-experimentais são usados em estudos em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações à medida que eles ocorrem naturalmente; e o pesquisador não pode controlá-los diretamente por manipulação; portanto, o investigador explora relações ou diferenças (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2006b).

A categoria mais ampla são os estudos “survey”, também classificados como descritivo/ exploratório; cuja finalidade é observar, descrever e documentar os aspectos da situação (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2006b; POLIT, BECH, HUNGLER, 2004). Estes

estudos informam a distribuição da doença na população de acordo com suas características (ex. sexo, idade, raça, etc.), podendo ser populacionais ou individuais, como relato de casos e série de casos (REIS, CICONELLI, FALOPPA, 2002).

Outra categoria é a pesquisa *ex post facto* (ou correlacional), indicando que a pesquisa foi conduzida após a mudança na variável independente ter ocorrido. Ela pode ser descrita, como retrospectiva, quando o estudo começa com variável dependente e olha para trás buscando a causa ou influência; ou prospectiva, quando o estudo começa com variável independente e olha para frente em busca do efeito (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

O estudo retrospectivo pode ser fortalecido, usando o delineamento de caso-controle, que envolve a comparação dos casos com uma determinada condição (ex. sujeitos com câncer de pulmão) com os controles (sujeitos sem câncer de pulmão), que são selecionados como casos similares em relação aos fatores-chave antecedentes (por exemplo, a idade, história de tabagismo, etc.) (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Também temos o estudo coorte que envolve o seguimento de grupos de indivíduos num período de tempo. Existem duas propostas básicas: estudos descritivos e analíticos. Os descritivos são usados para descrever a incidência de certas doenças ou variáveis, enquanto que os analíticos analisam as associações entre os fatores de risco ou a exposição e o próprio desfecho estudado (REIS, CICONELLI, FALOPPA, 2002).

O estudo coorte pode ser prospectivo, quando um grupo de sujeitos é seguido num determinado período de tempo; o investigador escolhe ou define a amostra, avalia as características de cada sujeito que podem predizer o desfecho de interesse e segue estes sujeitos em intervalos de tempo, analisando estas variáveis ou fatores de risco. Seu aspecto mais importante é poder estabelecer a incidência e investigar potenciais causas que levam a uma determinada condição (REIS, CICONELLI, FALOPPA, 2002).

Ele também pode ser retrospectivo, quando o pesquisador define a amostra e coleta os dados sobre as variáveis ou fatores de risco depois de o problema ter ocorrido. Sua principal desvantagem é que podem ser incompletos, imprecisos ou medidos de modo não ideal (REIS, CICONELLI, FALOPPA, 2002).

Estes estudos não-experimentais também são classificados de acordo com uma perspectiva de tempo: os transversais, onde ocorre a coleta de dados em apenas uma ocasião, e os longitudinais, cujos dados do mesmo grupo são coletados em várias ocasiões durante um longo período (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2006b; POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Também temos a pesquisa qualitativa que combina as naturezas científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

As principais características do delineamento qualitativo, segundo Polit, Bech e Hungler (2004) são: flexibilidade e elasticidade, capacidade de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados; envolve uma mistura de várias estratégias de coleta de dados; tende a ser holístico, buscando a compreensão do todo; exige do pesquisador envolvimento intenso, permanecendo no campo por longos períodos de tempo; exige que o pesquisador torne-se o instrumento de pesquisa; e exige a análise contínua dos dados para formular estratégias subseqüentes e para determinar quando o trabalho de campo está terminado.

Seus métodos são fundamentados em disciplinas, citando algumas: na Antropologia há a Etnografia, cuja essência é a visão holística da cultura e a Etnociência, que mapeia o mundo cognitivo de uma cultura; na Psicologia e Filosofia, há duas que estudam a experiência vivida, a Fenomenologia que relata as experiências de vida dos indivíduos em seu mundo e a Hermenêutica que interpreta os significados das experiências individuais; e na Sociologia,

encontramos a Teoria Fundamentada que estuda os processos de estruturação social dentro de um cenário social (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Existem outros tipos de desenhos que complementam a ciência da pesquisa que usam uma perspectiva diferente para coletar, analisar e interpretar os dados; eles fornecem um meio de ver e interpretar fenômenos que dão mais amplitude e conhecimento à ciência e prática de enfermagem; onde temos a Metanálise, que não é um desenho de pesquisa em si, mas um método de pesquisa baseado numa abordagem científica rigorosa que reúne os resultados de muitos outros estudos, numa área específica, sintetiza seus resultados e sumariza estatisticamente os dados para obter uma precisa avaliação do efeito (impacto) de resultados dos estudos incluídos na Revisão Sistemática (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2006b).

A Revisão Sistemática é o resumo da evidência de um tópico particular, que usa um processo rigoroso para identificar, avaliar e sintetizar estudos para responder a uma questão clínica específica (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005). As revisões sistemáticas diferem dos outros tipos de revisão de literatura porque elas aderem a um design científico rigoroso para torná-la mais compreensiva, minimizar a chance de viés e garantir sua confiabilidade (KRAINOVICH-MILLER, 2006).

Revisões Sistemáticas e Metanálises constituem o mais alto nível de evidência na Prática Baseada em Evidências.

A análise dos Planos de Amostragem foi baseada nos conceitos descritos por Polit, Bech e Hungler (2004), sendo que os dois tipos de amostragem utilizados são as de Probabilidade e Não-Probabilidade.

Existem três métodos principais de amostragem de não-probabilidade: conveniência, cota e proposital. A amostragem de conveniência (ou acidental) acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo e não são, necessariamente, pessoas conhecidas dos pesquisadores. A amostragem de cota é aquela em que o pesquisador

identifica um estrato da população e especifica o número (cota) de elementos desse estrato necessários na amostra, usando o conhecimento sobre a população para trazer alguma representatividade para a amostra. Na amostragem proposital (ou intencional), o pesquisador seleciona, propositalmente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolhe os sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou particularmente conhecedores do assunto em estudo (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

A amostragem de probabilidade envolve a seleção aleatória (realizada através de computador ou tabela) de elementos da população e há quatro tipos mais usados: a aleatória simples, a aleatória estratificada, a de grupo e a sistemática. Na amostragem aleatória simples (randômica), o pesquisador define a população, lista seus elementos após sua localização e numera-os consecutivamente, depois utiliza uma tabela de números aleatórios ou um computador para selecionar aleatoriamente uma amostra do tamanho desejado. Na amostragem aleatória estratificada, a população é dividida em subconjuntos homogêneos para serem selecionados aleatoriamente, serve para fortalecer sua representatividade e deve ser tirada de múltiplas listas numeradas (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

A amostragem de grupo é utilizada no caso de muitas populações, onde se realiza uma amostragem aleatória sucessiva de unidades. A sistemática envolve a seleção de todo 'enésimo' item de alguma lista ou grupo; primeiramente, a população é dividida pelo tamanho da amostra desejada, para se obter a medida do intervalo de amostragem, que é a distância-padrão entre os elementos selecionados, em seguida, seleciona-se o primeiro caso aleatoriamente através de uma tabela de números aleatórios e depois todos os números correspondentes ao 'enésimo' item da lista (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

A análise dos critérios de avaliação de qualidade de vida foi baseada no trabalho de Gill e Feinstein (1994), no qual, procuraram identificar como a qualidade de vida estava sendo definida e mensurada na área de saúde, fizeram um trabalho de revisão de 75 artigos,

publicados em revistas da área de saúde (médica, enfermagem, oncologia e psicologia/psiquiatria) e utilizando o termo Qualidade de Vida em seus títulos. Verificaram que apenas 15% dos trabalhos apresentavam uma definição conceitual do termo e 36% explicavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação. Concluíram neste estudo que havia falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à mensuração da qualidade de vida.

Ainda neste trabalho, Gill e Feinstein (1994) após identificarem estas deficiências, propuseram algumas recomendações para nortear futuros estudos, sendo elas: a necessidade de apresentar a definição do conceito de qualidade de vida que orienta o trabalho, a pesquisa ou intervenção; a explicitação das razões teórico-metodológicas que levaram à escolha dos instrumentos selecionados; a explicitação dos domínios que os autores pretendem medir, não utilizando medidas reducionistas ou simplistas, isto é, baseadas em itens únicos ou focalizadas apenas nos sintomas; e em casos de medidas padronizadas, a inclusão de itens abertos ao final do instrumento visando obter dados complementares eventualmente não considerados nos mesmos.

5.4 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva, possibilitando ao leitor da Revisão Integrativa (RI) avaliar as características de cada artigo, tais como: população estudada, tipo de pesquisa/ delineamento, objetivos e intervenções realizadas, resultados encontrados e conclusões, entre outras. Possibilitou avaliar a qualidade das evidências para a tomada de decisão e identificação de lacunas do conhecimento para o desenvolvimento de novas pesquisas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização da informação é uma tarefa crucial na preparação de uma revisão para que as indagações de uma pesquisa sejam respondidas, os dados precisam ser processados e analisados de forma ordenada e coerente, para que as relações e os padrões possam ser discernidos (POLIT, BECH, HUNGLER, 2004).

Desta forma, desenvolvemos a presente revisão integrativa buscando a produção científica nacional e internacional sobre a qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto.

6.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS ANALISADOS

Para a elaboração da presente Revisão Integrativa (RI), foram analisados 24 artigos na íntegra, os quais foram adquiridos por meio do acervo de periódicos impressos e on-line.

Após a leitura e compreensão do artigo, realizamos o preenchimento do instrumento de coleta de dados de todos os artigos analisados.

No Quadro 2, apresentamos os 24 artigos incluídos na RI, dos quais um artigo foi selecionado no LILACS, cinco no CINAHL e 18 no MEDLINE.

Quadro 2 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo a base de dados e ano de publicação.

Estudo	Base de dados	Ano	Título
01	MEDLINE	2000	Quality of life in survivors of colorectal carcinoma.
02	LILACS	2004	Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.
03	CINAHL	2004	Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study.
04	MEDLINE	2006	Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study.
05	MEDLINE	2004	Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer.
06	MEDLINE	2007	Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery.
07	MEDLINE	2002	Quality of life in long term survivors of colorectal cancer.
08	MEDLINE	2002	Long-term quality of life o postoperative rectal cancer patients.
09	CINAHL	2003	Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors.
10	MEDLINE	1997	Relationship between exercise pattern across the cancer experience and current quality of life in colorectal cancer survivors.
11	CINAHL	1999	Physical exercise and quality of life in postsurgical colorectal cancer patients.
12	MEDLINE	2003	A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors.
13	MEDLINE	1999	Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer.
14	MEDLINE	2006	General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial.
15	MEDLINE	2003	Doctor-patient communication: Results of a four-year prospective study in rectal cancer patients.
16	MEDLINE	2003	Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors.
17	MEDLINE	2004	Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer.
18	MEDLINE	2005	Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients.
19	CINAHL	2005	A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients – The INCA Project.
20	CINAHL	2006	Salvaging their normal lives: A qualitative study of patients with recently diagnosed advanced colorectal cancer.
21	MEDLINE	2005	Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study.
22	MEDLINE	2005	Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer.
23	MEDLINE	2006	Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis.
24	MEDLINE	2006	Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer?

De acordo com o ano de publicação dos artigos selecionados, 21 (87,5%) foram publicados após o ano de 2000, e isso pode ser relacionado com o aumento no interesse em estudos sobre a qualidade de vida do paciente com câncer nos últimos anos.

Segundo Seidl e Zannon (2004), há indícios de que o termo Qualidade de Vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30; porém as revisões de literatura que cobriram períodos anteriores a 1995 revelam que, ao lado dos esforços direcionados para a definição e avaliação da qualidade de vida na área da saúde, havia lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados.

Até recentemente, a sobrevivência foi considerado o único aspecto mais importante de estudos relacionados a pacientes com câncer colorretal. Contudo, resultados funcionais depois de cirurgia tão bem como questões sobre qualidade de vida têm obtido considerável proeminência durante os últimos anos (SIDERIS et al., 2005).

Progressos no tratamento e detecção precoce indicam que mais pacientes irão viver com as conseqüências desta doença, portanto é importante avaliar a qualidade de vida destes pacientes para determinar se tais conseqüências interrompem com a vida diária. Mudanças nas técnicas cirúrgicas também podem ser avaliadas por seus efeitos sobre a qualidade de vida (ENGEL et al., 2003b).

Segundo Breukink et al. (2006) as vantagens de qualquer tratamento promovem melhor sobrevivência, porém o impacto negativo nas funções do paciente e qualidade de vida pode persistir para o restante de sua vida. Entretanto a avaliação da qualidade de vida é considerada um resultado adicional importante aos resultados tradicionais como a sobrevivência, recorrência do tumor e índices de complicações.

No Quadro 3 apresentamos uma listagem geral dos artigos analisados, no que se refere ao delineamento de pesquisa, nível de evidência, formação e instituição sede do autor principal, país de origem, idioma e tipo de revista que o artigo foi publicado.

Quadro 3 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o delineamento de pesquisa, nível de evidência, formação e instituição sede do autor principal, país de origem, idioma e tipo de revista.

Estudo	Delineamento	Nível de evidência	Formação do autor principal	Instituição sede do autor principal	País	Idioma	Tipo de Revista
01	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	EUA	Inglês	Médica
02	Est. descritivo-exploratório	VI	Enfermeiro	Universidade	Brasil	Português	Enfermagem Geral
03	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Alemanha	Inglês	Médica
04	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Alemanha	Inglês	Médica
05	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	França	Inglês	Médica
06	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Japão	Inglês	Médica
07	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	EUA	Inglês	Médica
08	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Japão	Inglês	Médica
09	Est. descritivo-exploratório	VI	_____	Universidade	EUA	Inglês	Médica
10	Est. descritivo-exploratório	VI	_____	Universidade	Canadá	Inglês	Médica
11	Estudo coorte prospectivo	IV	_____	Universidade	Canadá	Inglês	Psicologia
12	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	_____	Universidade	Canadá	Inglês	Médica
13	Estudo coorte prospectivo	IV	Médico	Hospital	Dinamarca	Inglês	Médica
14	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	Médico	Universidade	Austrália	Inglês	Médica
15	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Alemanha	Inglês	Médica
16	Est. descritivo-exploratório	VI	_____	Universidade	EUA	Inglês	Médica
17	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Hospital	EUA	Inglês	Médica
18	Est. descritivo-exploratório	VI	Médico	Universidade	Japão	Inglês	Médica
19	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	Médico	Instituto de Epidemiologia do Câncer	Dinamarca	Inglês	Psicologia
20	Est. Qualitativo-Fenomenológico	VI	Enfermeiro	Universidade	EUA	Inglês	Enfermagem Oncológica
21	Estudo coorte prospectivo	IV	Médico	Universidade	Alemanha	Inglês	Médica
22	Estudo coorte prospectivo	IV	Médico	Universidade	Alemanha	Inglês	Médica
23	Est. descritivo-exploratório	VI	_____	Hospital	EUA	Inglês	Médica
24	Est. descritivo-exploratório	VI	_____	Hospital	EUA	Inglês	Enfermagem Oncológica

Ao analisarmos as características metodológicas, quanto ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, encontramos 23 (95,8%) artigos de pesquisa quantitativa e um (4,2%) artigo de pesquisa qualitativa. Dentre eles, três (12,5%) são nível de evidência 2, ou seja, de delineamento experimental, ECRC; quatro (16,7%) artigos são de nível 4, de delineamento não-experimental, estudos coorte; e 17 (70,8%) artigos são de nível 6, sendo que 16 são de delineamento não-experimental, estudos descritivos e exploratórios e um artigo, o qualitativo, é um estudo fenomenológico.

Com relação à autoria principal, observamos que 15 (62,5%) artigos foram publicados por médicos, 2 (8,3%) por enfermeiros e em 7 (29,2%) artigos não foi possível identificar a autoria.

Quanto à instituição de origem dos autores principais, 19 (79,1%) estão vinculados a universidades, quatro (16,7%) a hospitais e um (4,2%) ao Instituto de Epidemiologia do Câncer da Dinamarca.

Em relação ao idioma, apenas uma (4,2%) publicação foi encontrada em português e as demais 23 (95,8%) em inglês. Quanto ao país sede do estudo, oito (33,3%) foram publicados nos Estados Unidos da América (EUA), cinco (20,8%) na Alemanha, três (12,5%) no Canadá e Japão, dois (8,3%) na Dinamarca, e um (4,2%) na França, Austrália e Brasil.

Quanto ao periódico publicado, detectamos publicações em 20 periódicos diferentes, a maioria, 15 (75%) são revistas médicas; duas (10%) são da área de psicologia, e três (15%) na enfermagem, sendo duas revistas de enfermagem oncológica e uma de enfermagem geral. Na Tabela 2, apresentamos a distribuição dos artigos, segundo o periódico.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos, segundo o periódico.

<i>PERIÓDICOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Acta Oncologica	1	4,17
British Journal of Cancer	1	4,17
Cancer	3	12,50
Diseases of the Colon and Rectum	1	4,17
European Journal of Cancer	1	4,17
European Journal of Cancer Care	1	4,17
International Journal of Clinical Oncology	1	4,17
Journal of Clinical Epidemiology	1	4,17
Journal of Clinical Oncology	2	8,30
Journal of Gastroenterology and Hepatology	1	4,17
Oncology Nursing Forum	1	4,17
Psychology, Health and Medicine	1	4,17
Psycho-Oncology	1	4,17
Revista Latino-Americana de Enfermagem	1	4,17
Scandinavian Journal of Gastroenterology	1	4,17
Supportive Care in Cancer	1	4,17
The American Journal of Gastroenterology	1	4,17
The Journal of Alternative and Complementary Medicine	1	4,17
The Oncologist	1	4,17
World Journal of Surgery	2	8,30
TOTAL	24	100,0

Significantes progressos têm sido realizados na área de pesquisa de câncer, tais como tratamento, prevenção, sobrevivência e qualidade de vida; grande parte deste progresso pode ser atribuída ao maior entendimento de biologia e do papel dos genes e proteínas na origem e progressão da doença. Cada avanço ocorrido na ciência tem sido particularmente importante no entendimento das características genéticas ligadas ao crescimento, desenvolvimento e recorrência do câncer, metástase e a resposta ao tratamento e são críticas para o progresso no desenvolvimento de terapia personalizada para pacientes com câncer (OZOLS et al., 2007). Contudo, observamos que a maioria destas pesquisas é na área médica, com pouca participação da enfermagem, se limitando aos estudos sobre qualidade de vida.

Para acelerar o passo na pesquisa sobre o câncer, a American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomenda ações em duas áreas-chave: aumento de recursos financeiros para a pesquisa sobre o câncer e melhora no acesso e na qualidade de bioespécies humanas

(OZOLS et al., 2007). Estes recursos geralmente são financiados por órgãos ligados a universidades, justificando a maioria das pesquisas encontradas serem sediadas nas universidades e não em hospitais.

No contexto nacional, encontramos apenas um artigo publicado e no geral apenas três periódicos de enfermagem nesta Revisão Integrativa. Segundo Marziale (2005) estratégias devem ser implementadas na área de enfermagem, voltadas à formação de recursos humanos, a formação de pesquisas e a divulgação das produções. Como desafios da Enfermagem contemporânea, faz-se necessário modernizar o processo de formação dos enfermeiros; incentivar os jovens em atividades de pesquisa e extensão; estimular os alunos a integrar os grupos de pesquisa das universidades com um objetivo comum, visando atender as demandas da sociedade; cabe aos pesquisadores a responsabilidade de encaminhar seus manuscritos a revistas arbitradas, e cabe aos editores de revistas a adoção de esforços para melhoria da qualidade editorial e a indexação em bases de dados nacionais e internacionais.

De acordo com o estudo de Moreira et al. (2006) houve um aumento da produção científica na área de enfermagem oncológica brasileira a partir de 2002 e ressaltam três aspectos que influenciaram esse panorama: após a década de noventa houve um expressivo crescimento dos programas de pós-graduação em enfermagem no país, apesar das disparidades regionais; nesse período as escolas intensificaram políticas para qualificação do corpo docente; e mudanças ocorridas no sistema de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que adotaram como referência padrões internacionais de nível de excelência.

O referencial teórico predominante encontrado por Moreira et al. (2006) foi a revisão de literatura e que há uma acentuada tendência para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas e de abordagens descritivas. Estes tipos de delineamento de pesquisa são nível de evidência fraco, pois segundo Melnik e Fineout-Overholt (2005) os estudos qualitativos e os

quantitativos descritivos são nível de evidência VI, enquanto que a revisão de literatura não se enquadra na classificação realizada pelos autores. Em nossos resultados encontramos também muitos estudos descritivos, de nível de evidência VI, considerado fraco.

Embora a pesquisa em oncologia no Brasil tenha crescido nos últimos anos, Silveira e Zago (2006) encontraram lacunas na produção do conhecimento e sugerem que os enfermeiros pesquisadores identifiquem as prioridades de pesquisa em enfermagem oncológica que contribuam para a profissão, que refinem as estratégias de síntese dos resultados para favorecer a implantação das evidências científicas e que incluam em seus relatórios para publicação, informações suficientes para garantir a apreensão do leitor, de modo coerente e demonstrando o rigor do estudo.

Analisamos os artigos de acordo com os critérios que os autores dos estudos incluídos na RI utilizam em seus trabalhos para avaliar a qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto. Apresentamos no Quadro 4, a análise dos estudos quanto à utilização pelos pesquisadores, do conceito de qualidade de vida, dos instrumentos utilizados, se justificam a escolha destes instrumentos, se foram validados para a população do estudo e quanto à solicitação de dados complementares aos participantes da pesquisa.

Quadro 4 – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo a utilização de conceito de qualidade de vida, instrumentos utilizados, a justificativa de sua escolha, sua validação para a população do estudo e solicitação de dados complementares.

ESTUDO	DEFINIÇÃO DE QV	INSTRUMENTOS	JUSTIFICAM A ESCOLHA?	VALIDADO PARA O ESTUDO?	DADOS COMPLEMENTARES*
01	NÃO	HUI + FACT-C	NÃO	SIM	SDC
02	SIM – QV Geral + Oncol.	WHOQOL-bref	SIM	SIM	SDC
03	SIM – QV Geral	QLQ-C30	SIM	SIM	SDC
04	NÃO	QLQ-C30 + QLQ-CR38	SIM	SIM	SDC
05	NÃO	QLQ-C30 + QLQ-CR38 + Duke Questionnaire	SIM	SIM (exceto QLQ-CR38)	SDC + ASCT
06	NÃO	QLQ-C30	NÃO	SIM	SDC + PS
07	NÃO	HUI + CES-D + questões do FACT-C + itens do SF-36	SIM	SIM	SDC
08	NÃO	EuroQol Instrument	SIM	SIM	SDC + sintomas
09	NÃO	SF-36	NÃO	SIM	SDC + IMC
10	NÃO	FACT-C + SWLS	SIM	SIM	SDC + IMC + LSI
11	NÃO	FACT-C + SWLS	SIM	SIM	SDC + IMC + LSI
12	NÃO	FACT-C + FACT-G + SWLS + STAI-A + CES-D	SIM	SIM	SDC + IMC + LSI + flexibilidade, Aptidão Cardiovascular (MBTT)
13	NÃO	NHP	SIM	SIM	SDC + AFQ
14	NÃO	SF-12 + HADS	NÃO	SIM	SDC + exames realizados + PSVQ
15	NÃO	QLQ-C30 + QLQ-CR38	NÃO	Não fala a respeito	SDC + Comunicação médico-paciente
16	NÃO	SF-36 + SNI	SIM	Não fala a respeito	SDC
17	NÃO	SF-12 + SNI	SIM	SIM	SDC + questões de suporte emocional e instrumental(YHAPq)
18	NÃO	QLQ-C30 + HADS	SIM	SIM	SDC
19	NÃO	HADS + QLQ-C30 + QLQ-CR38	NÃO	Não fala a respeito	SDC
20	SIM - QVRS	Não utilizam	—	—	SDC + Entrevistas semi-estruturadas QV
21	NÃO	QLQ-C30 + QLQ-CR38	NÃO	SIM	SDC
22	NÃO	QLQ-C30 + QLQ-CR38	SIM	SIM	SDC
23	SIM – QV Geral	QLQ-C30	SIM	SIM	SDC + exames laboratoriais + avaliação nutricional: SGA + BIA
24	SIM – QV Geral	QLI	SIM	SIM	SDC

* SDC – Sócio-Demográfico e Clínico. ASCT – Anal Sphincter Conservative Treatment. PS – Performance Status. IMC – Índice de Massa Corporal. LSI – Leisure Score Index. MBTT – Modified Balke Treadmill Test. AFQ – Attitude to Follow-up Questionnaire. PSVQ – Satisfaction based on the Patient Visit-Specific Questionnaire. YHAPq – Yale and Harvard Aging Project questionnaire. SGA – Subjective Global Assessment. BIA – Bioelectrical Impedance Analysis.

Com relação à utilização de conceito de qualidade de vida, apenas cinco (20,8%) artigos a utilizam em seus estudos, sendo que três artigos definem QV geral, um define QVRS e um utiliza a definição de QV geral e a de QV em oncologia.

Dezenove (79,1%) artigos não definiram qualidade de vida, a definição de QV tem um aspecto importante, uma vez que não existe consenso em sua definição. Seu conceito é multidimensional, subjetivo, bipolar e dinâmico, por isso é importante o autor deixar claro o que ele entende por qualidade de vida e quais os aspectos que irá investigar.

Quanto aos instrumentos utilizados, encontramos um (4,2%) artigo que não utiliza instrumento e 23 (95,8%) que utilizam desde um a vários instrumentos em seus trabalhos. Destes 23 artigos, 16 (69,6%) justificam a sua escolha e sete (30,4%) não justificam.

Além disso, os instrumentos utilizados devem contemplar a definição adotada pelo autor. Em nossos dados encontramos coerência da definição de qualidade de vida com a utilização do instrumento nos estudos **2** e **24**. Nos estudos **3** e **23**, os autores definem qualidade de vida geral e utilizam instrumentos específicos. O estudo **20** utiliza definição de qualidade de vida relacionada à saúde, mas não utiliza instrumento específico. O uso de instrumentos específicos tem a vantagem de detectar as especificidades que a doença acarreta na qualidade de vida dos indivíduos.

Com relação à validação dos instrumentos, dentre os 23 artigos que os utilizam, 19 (82,6%) utilizam instrumentos validados, um (4,3%) utiliza instrumentos validados e não-validados e três (13,0%) artigos não falam se os instrumentos foram validados em seus trabalhos. É necessário que os autores utilizem instrumentos validados em seus trabalhos, pois este aspecto é de suma importância para a confiabilidade dos resultados.

Nossos resultados mostram que ainda há falhas na utilização de uma definição do conceito qualidade de vida, já identificadas por Gill e Feinstein (1994), onde no estudo que eles realizaram, detectaram que somente 11 (15%) de 75 artigos revisados apresentavam uma

definição para o termo; após cerca de 14 anos de sua publicação, notamos que esta lacuna/deficiência nos estudos persiste, pois apenas cinco (20,8%) dos 24 artigos aqui analisados utilizam uma definição para o termo qualidade de vida, apesar do crescente aumento de estudos sobre o tema.

Apesar desta deficiência encontrada, percebemos que houve uma melhoria dos estudos com relação aos instrumentos utilizados, 23 (95,8%) artigos utilizam instrumentos de avaliação de qualidade de vida e dentre estes, 69,6% (16 artigos) justificaram a escolha dos mesmos, enquanto que no trabalho de Gill e Feinstein (1994), apenas 36% o fizeram, mostrando uma crescente preocupação por parte dos autores em escolherem instrumentos adequados e validados para a população dos estudos, e esperamos que ocorra mais freqüentemente nos próximos trabalhos. Porém, os autores precisam atentar-se para que estes instrumentos sejam coerentes com a utilização do conceito de qualidade de vida.

Salientamos que o único estudo encontrado que não utilizou instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi o estudo qualitativo, no qual através de entrevistas semi-estruturadas, os pacientes relataram suas percepções individuais acerca da qualidade de vida.

O tratamento para câncer colorretal pode ter um efeito prejudicial na QVRS. Contudo, apesar de rápidos avanços no tratamento, a qualidade de vida e resultados de saúde associados não são geralmente mensurados. Uma das potenciais barreiras para a adoção desta prática é a confusão causada pela diversidade de instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Além disso, os médicos freqüentemente não sabem como interpretar os dados de QVRS e podem não ver a medida de QVRS como contribuição adicional de informação útil na escolha do tratamento ou na tomada de decisões (WILSON, ALEXANDER, KIND, 2006).

A pesquisa de qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal tem evoluído consideravelmente nos últimos cinco anos com o desenvolvimento de dois instrumentos específicos: EORTC QLQ-CR38 e FACT-C. Muitos estudos têm usado uma variedade de

diferentes instrumentos adicionalmente a estes (WILSON, ALEXANDER, KIND, 2006) que corroboram com nossos resultados.

Encontramos a utilização de zero a cinco instrumentos por artigo, como mostra a Tabela 3, cuja média de instrumentos utilizados foi três.

Tabela 3 – Número de instrumentos de qualidade de vida usados por artigo.

<i>NÚMERO DE INSTRUMENTOS</i>	<i>ARTIGOS (N / %)</i>
0	1 (4,2)
1	8 (33,3)
2	11 (45,8)
3	2 (8,3)
4	1 (4,2)
5	1 (4,2)
TOTAL	24 (100)

Um total de 17 diferentes instrumentos, listados no Tabela 4, foram usados nos artigos analisados. Os mais utilizados foram: QLQ-C30 (10 vezes), QLQ-CR38 (seis vezes) e FACT-C (cinco vezes). Dos 17 instrumentos, sete foram usados somente uma vez.

Tabela 4 – Instrumentos de qualidade de vida usados nos artigos analisados na RI.

<i>INSTRUMENTOS</i>
Berkman-Syme Social Network Index (SNI) ^{16,17}
Centre for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) ^{7,12}
Duke Questionnaire ⁵
EORTC Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30) ^{3,4,5,6,15,18,19,21,22,23}
EORTC Quality of Life Questionnaire Colorectal-38 (QLQ-CR38) ^{4,5,15,19,21,22}
EuroQol Instrument ⁸
Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal (FACT-C) ^{1,7,10,11,12}
Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) ¹²
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ^{14,18,19}
Health Utilities Index (HUI) ^{1,7}
Medical Outcomes Study Short-Form 12 (SF-12) ^{14,17}
Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36) ^{7,9,16}
Nottingham Health Profile (NHP) ¹³
State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ¹²
Satisfaction With Life Scale (SWLS) ^{10,11,12}
The Ferrans and Powers Quality of life Index (QLI) ²⁴
WHOQOL-bref ²

Obs. Na frente de cada instrumento, estão listados os estudos que os utilizaram.

Os instrumentos EuroQol, SF-12, SF-36, NHP, QLI e WHOQOL-bref são instrumentos gerais e avaliam as seguintes funções: física, emocional ou mental, social e funcional ou de papel desempenhado e qualidade de vida geral.

Os instrumentos QLQ-C30 e FACT-G avaliam a qualidade de vida em câncer, enquanto que o QLQ-CR38 e o FCT-C são específicos do câncer colorretal, que incluem itens para a avaliação de sintoma como dor, insônia, fadiga, náuseas e vômitos, perda de apetite e questões relacionadas às funções intestinal, urinária e sexual e imagem corporal.

Os demais instrumentos avaliam questões específicas como, por exemplo, ansiedade e depressão pelos instrumentos HADS, CES-D e STAI. O SNI avalia a rede social, a satisfação com a vida é avaliada pelo SWLS. O Duke questionnaire avalia itens gerais e específicos como experiência de saúde, auto-estima, ansiedade e depressão. O HUI avalia a QVRS e abrange oito dimensões relacionadas à saúde: visão, audição, fala, deambulação, destreza/habilidade, emoção, cognição e dor/ desconforto.

Acreditamos que instrumentos específicos e gerais devem ser usados concomitantemente, visto que são complementares e válidos para a avaliação de qualidade de vida, uma vez que esse conceito é multidimensional e bastante complexo. Portanto, quanto maior o número de informações referentes aos diferentes domínios da vida do indivíduo, melhor será a compreensão da sua qualidade de vida.

6.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS

Após uma análise coerente dos artigos, reunimos os temas abordados nos artigos nas seguintes categorias, visualizadas no Quadro 5, a saber:

- QV e sobrevivência a curto-prazo (6 artigos – 25%),

- QV e sobrevivência a longo-prazo (3 artigos – 12,5%),
- QV e atividade física (3 artigos – 12,5%),
- QV e seguimento por exames (2 artigos – 8,3%),
- QV e avaliação psicossocial (6 artigos – 25%) e
- QV e aspectos inerentes ao paciente (4 artigos – 16,7%).

Quadro 5 – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto, segundo o ano de publicação e o tema.

Estudo	TÍTULO	ANO	TEMA
01	Quality of life in survivors of colorectal carcinoma.	2000	QV e sobrevivência a curto-prazo
02	Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.	2004	QV e sobrevivência a curto-prazo
03	Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study.	2004	QV e sobrevivência a curto-prazo
04	Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study.	2006	QV e sobrevivência a curto-prazo
05	Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer.	2004	QV e sobrevivência a curto-prazo
06	Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery.	2007	QV e sobrevivência a curto-prazo
07	Quality of life in long term survivors of colorectal cancer.	2002	QV e sobrevivência a longo-prazo
08	Long-term quality of life o postoperative rectal cancer patients.	2002	QV e sobrevivência a longo-prazo
09	Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors.	2003	QV e sobrevivência a longo-prazo
10	Relationship between exercise pattern across the cancer experience and current quality of life in colorectal cancer survivors.	1997	QV e Atividade física
11	Physical exercise and quality of life in postsurgical colorectal cancer patients.	1999	QV e Atividade física
12	A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors.	2003	QV e Atividade física
13	Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer.	1999	QV e Seguimento por exames
14	General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial.	2006	QV e Seguimento por exames
15	Doctor-patient communication: Results of a four-year prospective study in rectal cancer patients.	2003	QV e Avaliação psicossocial
16	Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors.	2003	QV e Avaliação psicossocial
17	Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer.	2004	QV e Avaliação psicossocial
18	Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients.	2005	QV e Avaliação psicossocial
19	A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients – The INCA Project.	2005	QV e Avaliação psicossocial
20	Salvaging their normal lives: A qualitative study of patients with recently diagnosed advanced colorectal cancer.	2006	QV e Avaliação psicossocial
21	Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study.	2005	QV e Aspectos inerentes ao paciente
22	Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer.	2005	QV e Aspectos inerentes ao paciente
23	Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis.	2006	QV e Aspectos inerentes ao paciente
24	Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer?	2006	QV e Aspectos inerentes ao paciente

6.2.1 QUALIDADE DE VIDA E SOBREVIVÊNCIA A CURTO-PRAZO

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e sobrevivência a curto-prazo.

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
1, 2, 3, 4, 5, e 6	FACT –C, HUI, WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38 e Duke questionnaire.	<p>Bem estar físico, social e emocional.</p> <p>Na dimensão específica de câncer de cólon, função cognitiva e desempenho de papel.</p> <p>A presença do estoma não afetou significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde.</p> <p>Sintomas mais presentes: dor e desconforto, fadiga, insônia, náusea e vômito, perda de apetite, dispnéia, constipação e diarreia.</p>	<p>Os seis estudos foram do tipo não-experimental, quantitativo e descritivo, apenas um utilizou instrumento geral para avaliar a qualidade de vida.</p> <p>Todos os estudos encontraram domínios afetados de QVRS em menor ou maior grau, considerando o estágio da doença, a remissão ou recorrência da doença, a idade e presença ou não do estoma.</p> <p>Os estudos que avaliaram e compararam a qualidade de vida dos pacientes com e sem estomas, não encontraram diferença significativa entre esses grupos, apesar do grupo sem estoma apresentar maiores escores de qualidade de vida, principalmente na função social.</p>

Os estudos de **1** a **6** são pesquisas do tipo quantitativa, de delineamento não-experimental, estudos descritivos e exploratórios, realizados em pacientes com câncer de cólon e/ ou reto para avaliar a qualidade de vida em um período a curto-prazo, o qual delimitamos como até cinco anos após o diagnóstico e terem recebido algum tipo de tratamento (estudos **1**, **2**, **3** e **4**) e após cirurgia com intenção curativa (estudo **5** e **6**).

O estudo **1** de corte transversal foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com 172 pacientes com câncer de cólon e reto, utilizando os instrumentos FACT-C e HUI e uma questão de saúde global.

Os resultados deste estudo mostraram que os entrevistados relataram um relativo alto nível de qualidade de vida relacionada à saúde, que variou substancialmente entre os respondentes nos primeiros três anos após o diagnóstico. Os sujeitos com estágio I da doença apresentaram aumento uniforme da qualidade de vida relacionada à saúde; os com estágios II e III depois de um inicial declínio, tenderam a aumentar com o tempo, e os com estágio IV relataram diminuição uniforme da qualidade de vida relacionada à saúde, medidos pelo HUI. Enquanto que o FACT-C não mostrou variações com o tempo nem com a estratificação por estágio do diagnóstico. Depois de três anos os respondentes em todos os estágios, exceto estágio IV, parecem ter estabilizado em um nível relativamente alto de QVRS.

Neste estudo, em todos os estágios e tempo desde o diagnóstico, déficits foram maiores para as dimensões de audição, visão e dor, medido pelo HUI. O status de baixa renda foi correlacionado significativamente com piores resultados para as seguintes subescalas do HUI: dor, deambulação e emoção.

Pela análise do FACT-C, o bem-estar físico foi correlacionado negativamente e significativamente com o estágio IV da doença. O status de baixa renda foi associado significativamente com piores resultados nas dimensões de bem-estar físico, social e

emocional e na dimensão específica de câncer de cólon. Também encontraram que presença de colostomia não afeta significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde.

Concluíram no estudo **1** que para todos os estágios da doença, o impacto do carcinoma colorretal na qualidade de vida relacionada à saúde é maior nos primeiros 2-3 anos depois do diagnóstico. Com exceção do estágio IV, os que sobreviveram mais de três anos parecem experimentar uma QVRS relativamente alta, embora déficits permaneçam em várias áreas. O status de baixa renda foi associado com piores resultados nas dimensões: emocional e dor medido pelo HUI e nas dimensões emocional e física (que inclui dor) do FACT-C.

Encontraram limitações inerentes ao design transversal: o pequeno tamanho e as características sócio-demográficas semelhantes da amostra, que foram predominantemente brancos, idosos, casados e de classe média, não podendo generalizar os resultados para grupos de diferentes características sócio-demográficas.

Os autores do estudo **1** recomendam considerar outras abordagens para diferenciar aqueles que estão com remissão da doença daqueles com recorrência da doença quando medir qualidade de vida relacionada à saúde em sobreviventes de câncer.

O estudo **2** de corte transversal abordou o sobrevivente de câncer colorretal com e sem estoma, que apresenta alterações físicas e emocionais, causadas pelo estigma da doença e pelas possibilidades terapêuticas, e se propôs, como foco central, avaliar como esse processo influencia a qualidade de vida destes pacientes.

Este estudo foi desenvolvido no estado de São Paulo, Brasil. Para a determinação da amostra, dois rastreamentos foram realizados e foi estabelecido o período de cinco anos devido aos índices de sobrevida para esse tipo de câncer. A amostra foi constituída de 48 indivíduos, sendo 31 (64,6%) sem estoma e 17 (35,4%) com estoma.

Os resultados encontrados no estudo **2** para os escores médios de qualidade de vida geral e para os domínios do instrumento foram similares entre os grupos com e sem estoma,

que consideraram sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa”, porém sem diferença estatisticamente significativa, embora menores para o grupo com estoma.

No estudo 2, ao correlacionar as facetas mais influentes em cada um dos domínios encontraram que a ‘mobilidade’, ‘capacidade de trabalhar’ e ‘atividades da vida’ cotidiana influenciaram positivamente o domínio físico, enquanto que a faceta ‘dor e desconforto’ influenciou negativamente. A faceta ‘espiritualidade/ religião/ crenças pessoais’ foi a que mais se correlacionou positivamente com o domínio psicológico. Quanto ao domínio relações sociais, todas as facetas (‘relações pessoais’, ‘atividade sexual’ e ‘suporte social’) foram positivas para o domínio. Enquanto que o domínio meio ambiente foi mais influenciado pelas facetas ‘oportunidade de adquirir novas informações e habilidades’, ‘participação e oportunidades de recreação e lazer’ e ‘segurança física e proteção’. Todos estatisticamente significantes.

Ainda neste estudo, ao comparar os domínios do WHOQOL-bref com os dados sócio-demográficos e clínicos dos dois grupos de pacientes (com e sem estoma), constataram que os católicos ostomizados apresentaram maiores escores no domínio físico quando comparados com outras religiões e ostomizados; enquanto que os não ostomizados que retornaram ao trabalho após o tratamento do câncer apresentaram maiores escores nos domínios relações sociais do que aqueles que não retornaram.

Concluíram neste estudo, que os indivíduos não ostomizados relataram maiores escores do que os ostomizados, porém sem diferença estatisticamente significativa, revelando que a presença de um estoma não parece ter afetado significativamente a qualidade de vida. Observaram que a religião, independente da crença e o retorno ao trabalho ocupando o tempo dos indivíduos mostraram serem importantes como fontes de apoio/ suporte.

Os autores referem uma casuística limitada e ausência de um grupo controle com pessoas saudáveis como limitações.

O estudo 2 traz implicações para a prática de enfermagem, pois pesquisas nessa área possibilitam ao enfermeiro e aos profissionais de saúde, adquirir informações para ampliar o vínculo profissional, auxiliando os pacientes na tomada de decisões e os encorajando a falar sobre seus sentimentos, ajudando-os a superar as mudanças que a doença e o tratamento trazem para eles.

Outra implicação para a prática é possibilitar a reflexão acerca da qualidade de vida de pessoas com câncer e como a presença de um estoma pode influenciá-la.

Os autores do estudo 2 ressaltam que o tema é complexo e instigante, indicando uma necessidade de estudos mais abrangentes.

O estudo realizado por Wilson, Alexander e Kind (2006), no Reino Unido para identificar os fatores que afetam a QVRS em pacientes com câncer de cólon e reto, mostrou que a presença de um estoma (independente do tipo) foi o único fator relacionado ao tratamento que exerceu um efeito significativo na qualidade de vida relacionada à saúde, resultando em moderadamente piores escores medidos pelos instrumentos EQ-5D, SF-12, QLQ-C30 e FACT-C.

Porém, Vironen et al. (2006), em seu estudo realizado na Finlândia com pacientes pós-operados para câncer retal, encontraram que a presença de uma colostomia permanente nem sempre é um fator que interrompe a QV, mas que efeitos adversos, como disfunção intestinal, devem ser discutidos com os pacientes ao escolher as opções de tratamento.

Renner et al. (1999), em estudo realizado na Áustria, também encontrou resultados satisfatórios no pós-operatório, embora a qualidade de vida subjetiva e escalas para sintomas específicos mostraram piores resultados em pacientes com colostomia. Acreditam que uma colostomia permanente não seja mais necessária, que atualmente técnicas para salvar e restaurar o esfíncter devem ser aplicadas. Entretanto, ressaltam que os pacientes devem ser informados sobre possíveis efeitos adversos associados com procedimentos cirúrgicos como

uma anastomose coloanal ou uma reconstrução de neo-esfíncter, para evitar graves dificuldades psicológicas.

Os estudos **3** e **4** são estudos descritivos e exploratórios, sendo o estudo **3** de corte transversal e o estudo **4** de corte longitudinal. Foram desenvolvidos na Alemanha pelos mesmos autores e que utilizaram a mesma população, que foi recrutada para o estudo.

No estudo **3**, um ano depois do recrutamento, os pesquisadores entraram em contato com os participantes e solicitaram avaliação da qualidade de vida através do instrumento EORTC QLQ-C30 com o objetivo de descrever a qualidade de vida desta população e escolheram o período de um ano após o diagnóstico, pois se esperava que os efeitos agudos do tratamento tivessem diminuído; e de identificar suas limitações específicas de qualidade de vida e compará-los.

A população do estudo **3** foi constituída por 309 pacientes com câncer colorretal invasivo e apresentou 62,8 como escore médio de ESG/ QV global. Esta população obteve maiores escores para as funções física e cognitiva, e menores escores para a função emocional, enquanto que os sintomas mais afetados foram fadiga e insônia.

O estudo **3** também comparou os escores entre os pacientes com e sem estomas, os pacientes com estoma relataram escores menores em muitas escalas, principalmente na função social, e nos sintomas como fadiga, náusea e vômito, dor, insônia e perda de apetite.

Encontraram que os pacientes deste estudo que estavam trabalhando na época do diagnóstico reportaram melhor desempenho de papel do que os pacientes de mesma idade e sexo que não estavam trabalhando.

Ao compararem o estudo **3** com a população geral, os dois grupos apresentaram escores semelhantes para ESG/ QV global e função física; déficits entre os pacientes com câncer colorretal foram encontrados para as funções emocional e social; diferenças menores, mas também significantes para função cognitiva e desempenho de papel. Com exceção da dor,

todos os outros sintomas foram maiores no grupo de câncer, indicando mais frequência e/ ou severidade dos sintomas. As diferenças mais pronunciadas foram para fadiga, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

Também realizaram neste estudo comparações com idades específicas. As maiores diferenças foram encontradas entre o grupo de pacientes mais jovens (< 60 anos) entre população com câncer e população geral do que entre o grupo de pacientes mais velhos (> 60 anos). Escores de desempenho de papel e função social diminuíram nos idosos da população geral e aumentaram nos idosos do grupo de câncer. Diferenças com respeito aos sintomas como fadiga, insônia, diarreia e dificuldades financeiras foram maiores entre os mais jovens e menores entre os idosos.

Concluíram no estudo **3** que a medida global de saúde/ QV global e função física de pacientes com câncer colorretal um ano após o diagnóstico é comparável com a população normal. Déficits nas funções emocional e social e limitações específicas como fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras representam os principais fatores que dificultam a qualidade de vida entre os pacientes com câncer colorretal mesmo num longo período e afeta predominantemente os mais jovens (< 60 anos), que poderiam ser beneficiados de medidas de suporte psicossocial específicas.

Estes resultados trazem implicações de que medidas de suporte psicossocial deveriam ser adaptadas a necessidades específicas dos pacientes e deveria levar em conta as características sócio-demográficas dos mesmos.

No estudo **4**, realizado dois anos depois do estudo **3** e três anos após o diagnóstico, os pesquisadores aplicaram os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-CR38 aos mesmos pacientes, para obter informações sobre as possíveis mudanças na QV com o decorrer do tempo.

Dos 309 participantes do estudo **3** que responderam ao primeiro questionário, 222 retornaram o segundo questionário no estudo **4**, sendo 19 o número de participantes que não responderam e 38 o número de óbitos que ocorreu no período.

Os resultados do estudo **4** mostraram que na comparação interna do grupo de câncer entre o primeiro e terceiro ano após o diagnóstico, aqueles pacientes que permaneceram livres da doença (n = 196) relataram uma QV muito próxima aos obtidos anteriormente, porém com uma redução gradual da QVRS por apresentar menores escores nas funções e maiores dos sintomas, principalmente para insônia e dispnéia. Enquanto que os pacientes com recorrência da doença (n = 26) relataram piores escores em quase todas as escalas.

Ainda neste estudo, para os pacientes mais velhos (> 60 anos), a média dos escores de QV também pioraram, os mais jovens (< 60 anos) indicaram melhoras nas funções física, emocional e social e desempenho de papel. Os pacientes com estoma apresentaram melhora no desempenho de papel com o decorrer do tempo e nenhuma diferença foi observada entre os pacientes sem estoma.

Quando compararam os dados dos participantes do estudo **4** com dados de referência da população geral, a maioria dos pacientes com câncer colorretal relatou alta QV geral e pequenos déficits na função física e desempenho de papel; mas encontraram diferenças clinicamente significantes para as funções emocional e social e sintomas como dispnéia, constipação e diarreia.

Diferenças ocorreram entre os grupos com respeito às escalas funcionais sendo maiores entre o grupo de pacientes mais jovens (< 60 anos) e menores entre os mais velhos (> 60 anos), cujos déficits foram mais proeminentes para desempenho de papel, funções emocional, cognitiva e social e problemas financeiros.

Concluíram no estudo **4** que após três anos do diagnóstico, a maioria dos pacientes com câncer colorretal relatou alta QV geral e pequeno déficit na função física; os déficits nas

funções emocional e social e sintomas como fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras persistiram.

Os pacientes mais jovens deste estudo continuaram se sentindo prejudicados pela seqüela física e psicossocial do câncer, mesmo após recuperarem algumas capacidades funcionais desde o término do tratamento.

As diferenças entre o grupo de pacientes com câncer e o grupo da população normal foram encontradas predominantemente nos mais jovens, mas a prevalência absoluta de limitações funcionais e de sintomas foi maior nos mais velhos no estudo **4**.

A mudança da qualidade de vida com o tempo foi pequena e ocorreu de forma limitada aos pacientes que permaneceram livres da doença, com menos dificuldades financeiras, uma melhor perspectiva futura e menores problemas relacionados a estomas.

Como a percepção individual do impacto do câncer pode mudar com o tempo e que o número de sobreviventes diminui; os autores do estudo **4** sugerem que estudos longitudinais sejam realizados futuramente para avaliar as conseqüências a longo-prazo do câncer colorretal e as possibilidades de intervenção para melhorar a qualidade de vida.

Os autores dos estudos **3** e **4** detectaram como pontos fortes dos estudos o alto índice de respostas, o recrutamento de vários pacientes de hospitais de uma extensa região e a aplicação de instrumentos que avaliam QV bem validados. Como limitações, os resultados podem descrever um quadro fracamente otimista da situação dos pacientes, eles não refletem a situação daqueles que morreram ou se recusaram a participar durante os seguimentos, e que não coletaram dados anteriores ao tratamento.

Vironen et al. (2006) compararam os resultados de QV medidos pelo instrumento RAND-36 (semelhante ao SF-36) de sobreviventes de câncer retal com pessoas da população saudável e encontraram que os pacientes do estudo relataram significativamente melhor percepção de saúde geral, porém pior função social do que os participantes da população de

mesma idade e corroboram com o estudo **4**, cujos pacientes relataram alta qualidade de vida geral e déficits para as funções emocional e social quando comparados com a população de referência.

Assim como nos estudos **3** e **4**, Wilson, Alexander e Kind (2006) inesperadamente também encontraram baixa QVRS em pacientes mais jovens (< 65 anos), eles acreditam que o câncer colorretal tem um efeito dominante na QVRS a curto-prazo que é tratado diferentemente por pacientes de diferentes idades. Os mais jovens podem ter altas expectativas depois da cirurgia e sentem que eles têm mais a perder do que os mais velhos, cujas expectativas podem ser construídas pelo maior número de experiências de vida.

Interessantemente, no estudo de Vironen et al. (2006), os pacientes mais velhos (65-79 anos) relataram melhor percepção de saúde geral, função física, saúde mental, energia e vitalidade e menos dor do que a população normal.

Camilleri-Brennan e Steele (2001a), realizaram um estudo para avaliar o impacto da recorrência do câncer retal sobre a QV e encontraram que os pacientes com recorrência do câncer têm significativamente menores escores de QV do que os pacientes curados (livres da doença) em muitas dimensões, medidos por três questionários QLQ-C30, QLQ-CR38 e SF-36, inclusive para QV geral e corrobora com o estudo **4** onde os pacientes com recorrência da doença relataram piores escores em quase todas as escalas.

Em seu estudo, Camilleri-Brennan e Steele (2001a) concluíram que a recorrência do câncer afeta profundamente a QV dos pacientes e que o tratamento deve ser direcionado tanto para o aspecto físico quanto para os aspectos psicológico e social.

O estudo **5** descritivo e exploratório, de corte transversal foi realizado na França e avaliou a qualidade de vida de 121 pacientes após cirurgia curativa para câncer retal, cujos objetivos foram comparar a QV dos sobreviventes com uma população geral de mesma idade e avaliar o impacto de fatores relacionados ao paciente e ao tratamento na QV a longo-prazo.

Utilizaram os instrumentos: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 e o Duke questionnaire. Para avaliar seqüelas terapêuticas, os pacientes sem estomas responderam o questionário ASCT (Anal Sphincter Conservative Treatment), que avaliam desordens no movimento intestinal e incontinência urinária.

A qualidade de vida para a população do estudo **5** obteve escore médio de 72,2. Na comparação interna da população feita entre pacientes com e sem estomas, encontraram que mais pacientes com estomas relataram incontinência urinária e a incidência de problemas sexuais e dor residual foi semelhante entre os grupos medido pelo QLQ-CR38.

Enquanto que, pelo Duke questionnaire, os pacientes com estomas tiveram maior escore para função social, relataram melhor auto-estima e menos ansiedade do que o grupo sem estomas. A incontinência urinária correlacionou significativamente com pobre função social.

Encontraram no estudo **5** que dor residual e duração total do tratamento tiveram um efeito negativo na QV global. A dor residual foi associada com fadiga persistente. A função física foi reduzida com idade, dor, estoma e co-morbididades, estes quatro escores explicam 21% da variação no escore físico do QLQ-C30.

A influência da idade e dor residual foi confirmada pelo Duke questionnaire. A percepção de saúde dos pacientes foi principalmente correlacionada com dor residual ou constipação. A dimensão mental também foi afetada pela constipação. A função social foi significativamente prejudicada por incontinência urinária ou dor quando o paciente estava empregado, tinha um grande tumor inicial ou foi submetido à radioterapia e quimioterapia concomitante. A tendência para depressão foi detectada nas mulheres e nos pacientes com constipação.

Quando compararam os dados do estudo **5** com os da população geral da França através do Duke questionnaire, os escores não diferiram estatisticamente, porém os pacientes

relataram menos dor e mais incapacidade. Na comparação do QLQ-C30 com população geral da Noruega e da Alemanha, a amostra do estudo apresentou melhores escores para função física e menos dor.

Concluem que a amostra do estudo **5** relatou QV similar, ou melhor, do que as duas amostras externas de populações sem câncer. Os pacientes sem estoma expressaram mais ansiedade, por medo de recorrência local no reto permanente. Os pacientes com estoma tiveram melhor auto-estima, que poderia ser interpretado como resultado de sua capacidade de superar uma doença grave. A dor residual e a constipação foram os sintomas que tiveram a maior influência negativa na QV.

Vironen et al. (2006) também avaliaram as funções intestinal e urinária, eles encontraram que o maior impacto destes efeitos adversos foi sobre a função social e que os pacientes com disfunção urinária tiveram pior função social e mais dor do que os pacientes sem disfunção urinária, e vai ao encontro com o estudo **5** onde a incontinência urinária correlacionou significativamente com pobre função social.

O estudo **6** de corte longitudinal realizado no Japão utilizou o instrumento QLQ-C30 e avaliou o estado de desempenho através do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status (PS), cujos escores variam de 0 a 4, com 0 indicando sem sintomas e escores maiores indicando mais sintomas, com necessidade de vários períodos de repouso na cama no decorrer do dia.

A amostra do estudo **6** foi constituída por 124 pacientes com câncer colorretal após cirurgia curativa, cujo objetivo foi examinar como a QV destes pacientes muda com o tempo e identificar quais variáveis influenciam a QV um ano após a cirurgia.

Os resultados do estudo **6** mostraram que no primeiro mês, os escores para função física, desempenho de papel, fadiga, dor e dispnéia foram significativamente piores do que os

dados de base (baseline) no pré-operatório e foram retornando aos valores de base nos segundo e terceiro meses.

Observaram no estudo **6** que os escores para QV global, funções emocional e social, insônia, perda de apetite, diarreia e dificuldades financeiras melhoraram significativamente nos primeiros quatro meses de seguimento.

Os pacientes desempregados relataram piores escores para função física após um ano da cirurgia. Encontraram que o estado de desempenho mostrou um grande impacto em cada escala de qualidade de vida. A presença de co-morbidade foi um fator que influenciou negativamente a QV global e que o trabalho influenciou positivamente a função física.

No estudo **6**, o estado de desempenho avaliado no pré-operatório foi associado com QV global, função física e fadiga um ano após a cirurgia; trazendo implicações para a equipe de saúde no sentido de apoiar no bem-estar dos pacientes no pós-operatório em ambiente ambulatorial para que eles melhorem seu desempenho, evitando ficarem mais tempo acamados.

Concluíram neste estudo que a QV global dos pacientes com câncer colorretal estabilizaram cerca de três meses após a cirurgia e que o estado de desempenho no pré-operatório mostrou um grande impacto em várias dimensões da qualidade de vida.

Identificaram como limitações: o viés da amostragem, porque os resultados foram obtidos de somente uma instituição; o estudo não utilizou um instrumento específico para câncer colorretal, não avaliando questões relevantes a esta população; e os sujeitos foram uma mistura de pacientes com câncer de cólon e reto, e não puderam descrever o cenário da qualidade de vida dos pacientes dos respectivos cânceres seguidos de cirurgia.

Camilleri-Brennan e Steele (2001b), realizaram um estudo semelhante ao estudo **6** no Reino Unido, para avaliar como a QV muda com o tempo em pacientes após cirurgia para câncer retal. Os resultados do QLQ-C30 mostraram que a maioria dos escores de QV

diminuiu significativamente abaixo dos valores de baseline (coletados uma semana antes da cirurgia) no período pós-operatório recente (coletados na alta hospitalar). A partir do terceiro mês, os escores de QV global e função emocional aumentaram. Desempenho de papel, fadiga e dor ficaram similares aos valores de baseline 3-6 meses e permaneceram estáveis.

Os resultados do estudo de Camilleri-Brennan e Steele (2001b) confirmam que a QV depois de cirurgia para câncer retal muda com o tempo, que ela é geralmente pior no período pós-operatório recente e depois de alguns meses (três a seis) se aproxima dos valores de baseline e se estabilizam e corroboram com o estudo **6**.

Elliot et al. (2004) avaliaram o estado de desempenho através do ECOG em pacientes com câncer de mama e colorretal nos EUA, eles encontraram que o estado de desempenho influenciou significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde medido pelo Functional Living Index-Cancer (FLIC) total e todas as subescalas, assim como o estudo **6** onde o estado de desempenho mostrou um grande impacto em cada escala de QV pelo QLQ-C30.

O estudo de Wilson, Alexander e Kind (2006), também corrobora com o estudo **6**, através do ECOG, encontraram que reduzido estado de desempenho no pré-operatório influenciou negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde em seis semanas de seguimento pós-operatório, em pacientes com câncer colorretal.

6.2.2 QUALIDADE DE VIDA E SOBREVIVÊNCIA A LONGO-PRAZO

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e sobrevivência a longo-prazo.

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
7, 8 e 9	HUI, CES-D, SF-36, FACT-C e EuroQol.	<p>Sintomas como diarreia, desordem urinária e depressão ocorreram em sobreviventes a longo-prazo (> 5 anos).</p> <p>As mulheres foram afetadas pela presença de estoma e com recorrência do câncer colorretal.</p> <p>Sintomas de desordem urinária e sair para passear (social) afetaram a qualidade de vida no grupo de sobreviventes a longo-prazo (≥ 9 anos).</p> <p>Função física, desempenho de papel, dor corporal, saúde geral e vitalidade foram significativamente mais baixos nas mulheres com maior massa corporal.</p> <p>Saúde mental foi menor nas sobreviventes com menores níveis educacionais.</p>	<p>O três estudos são quantitativos, descritivos e exploratórios.</p> <p>Dois utilizaram instrumentos de QV geral e um utilizou instrumento geral e específico.</p> <p>A QVRS parece ser alta para quem sobreviveu ao câncer, indiferente ao estágio inicial do diagnóstico, contudo excessivo índice de depressão e sintomas como diarreia e desordens urinárias afetaram os sobreviventes.</p> <p>A presença de um estoma afetou a QV das mulheres, porém a QV a longo-prazo pode ser afetada pelo próprio câncer e outros fatores co-existentes como o estilo de vida, presença de comorbidades, idade, peso corporal, atividade usual e física.</p>

Os estudos de **7**, **8** e **9** são pesquisas do tipo quantitativa, de delineamento não-experimental, estudos descritivos e exploratórios, de corte transversal. Foram realizados em pacientes sobreviventes de câncer de cólon e/ou reto para avaliar a qualidade de vida em um período a longo-prazo, isto é, em um período superior a cinco anos após o diagnóstico.

O estudo **7** foi desenvolvido nos EUA com 227 pacientes sobreviventes de câncer de cólon e reto, cujo objetivo foi avaliar o estado de saúde geral e várias dimensões específicas da doença. Utilizaram os instrumentos HUI, CES-D, o item que avalia saúde geral e mede vitalidade do SF-36 e questões do FCT-C a respeito de estoma e função intestinal e seus efeitos na dieta, função social e imagem corporal e compararam com dados da população geral de mesma idade.

Os respondentes do estudo **7**, no geral, consideraram a medida de QVRS relativamente alta. Nenhuma medida de QVRS foi associada com estágio e tempo desde o diagnóstico. Nas correlações, encontraram que altos níveis de co-morbidades foram fortemente e negativamente associados com todas as medidas de QVRS, a presença de diarreia foi negativamente e significativamente associada com qualidade de vida medidas pelo HUI e escala de auto-avaliação e que altos níveis de renda foram significativamente associados com mais escores favoráveis para depressão (CES-D) e maior saúde geral auto-avaliada.

Ao compararem os resultados do estudo **7** com dados da população geral de mesma idade, encontraram que a QVRS se iguala ou excede os níveis relatados pela população geral nacional. Em contraste, a depressão foi mais prevalente entre os respondentes do estudo do que da população geral.

O estudo **7** sugere que aqueles que sobreviveram ao câncer colorretal por ao menos cinco anos podem esperar ter comparativamente alto nível de saúde em todos os estágios e que ao mudar a distribuição do câncer de estágios mais avançados para os mais iniciais, os indivíduos podem viver por mais tempo e viver bem.

Concluíram neste estudo que a QVRS parece ser alta para quem sobreviveu ao câncer, indiferente ao estágio inicial do diagnóstico, contudo excessivo índice de depressão e sintomas como diarreia pode ser inquietante para esta amostra.

Notaram como limitações do estudo 7: a amostragem, onde os pacientes que se recusaram em participar do estudo poderiam apresentar diferentes respostas, como baixa QVRS, influenciando os resultados; a representatividade da amostra, com maioria dos sujeitos brancos e maiores de 65 anos ao diagnóstico, não podendo generalizar os resultados, e quanto ao foco de sobrevivência a longo-prazo com poucos pacientes com câncer colorretal avançado.

O estudo de Wilson, Alexander e Kind (2006) corrobora com o estudo 7, pois também encontrou que a presença de diarreia influenciou negativamente a QV dos participantes.

Vironen et al. (2006) encontrou que a incontinência intestinal piorou significativamente a função social e que a urgência intestinal prejudicou significativamente a função social, a saúde mental e a percepção de saúde geral dos participantes do estudo.

Jephcott, Paltiel e Hay (2004), em seu estudo realizado no Canadá em pacientes sobreviventes de carcinoma anal não tratados cirurgicamente, encontraram que sete dos nove sintomas do QLQ-C30 afetaram a qualidade de vida dos pacientes, incluindo a diarreia.

A diarreia também influenciou significativamente a qualidade de vida de pacientes que realizaram radioterapia adjuvante à cirurgia no estudo de Pollack et al. (2006).

O estudo 8 foi realizado no Japão, com 110 sobreviventes de câncer retal que tiveram cirurgia como tratamento inicial para o câncer. O autor acredita que com as novas técnicas cirúrgicas, a criação de um estoma pode ser evitada, contudo, muitos pacientes em pós-operatório de câncer devem viver com um estoma; como eles aumentam com a idade, eles podem apresentar alguns problemas com sua saúde, inclusive com cuidados com o estoma.

Neste estudo o objetivo foi comparar a QV a longo-prazo de pacientes em pós-operatório de câncer retal, utilizando o EuroQol. Realizaram comparações do índice de sobrevivência cumulativa de 5 e 10 anos entre sobreviventes com e sem estoma, por sexo e por tempo de sobrevivência desde a cirurgia.

No estudo **8**, o número de pacientes com estoma foi 38 e sem estoma foi 72. O índice de sobrevivência cumulativa de 5 e 10 anos entre sobreviventes foi maior para os pacientes sem estoma, enquanto que o número de anos pós-operatório foi maior para os pacientes com estoma.

Os resultados deste estudo mostraram que os pacientes com estoma tiveram menor disfunção intestinal, maior desordem urinária e igual atividade sexual comparados com os pacientes sem estoma. Nos pacientes com estoma, 62,5% disseram que tinham sido sexualmente ativos antes da cirurgia, mas não depois. Embora a prevalência de problemas moderados a graves em qualquer dimensão foi maior para os pacientes com estoma, esta diferença não foi significativa.

Na comparação por sexo, as mulheres deste estudo tiveram cinco itens que afetaram a qualidade de vida: estágio da doença, presença de estoma, hábito de fumar, número de membros na família e frequência de visitas hospitalares. Nenhum item afetou os homens.

No estudo **8**, itens como idade, desordem urinária, consumo de álcool e sair para passear afetaram a qualidade de vida no grupo de sobreviventes a longo-prazo (≥ 9 anos), mas não afetou o grupo de sobreviventes a menos tempo (< 8 anos).

Concluíram no estudo **8** que a presença de um estoma não afetou a QV dos homens, mas afetou das mulheres. A QV dos sobreviventes a longo-prazo (≥ 9 anos) foi associada com vários itens a respeito do estilo de vida, sintomas e atividade usual, e a associação não dependeu da presença de um estoma. A QV a longo-prazo poderia ser reconhecida de acordo com as características dos pacientes de câncer retal, independente do estoma.

Identificaram como limitações: o índice de retorno do questionário, que não foi alto (67,1%) por causa do longo período passado desde a cirurgia e o uso de um instrumento genérico, que não é sensível o suficiente para medir mudanças na qualidade de vida produzidas por diferentes tipos de tratamento.

Diferentemente do estudo 8, no estudo de Vironen et al. (2006), os pacientes sem urgência ou incontinência fecal tiveram significativamente melhor função física do que os pacientes submetidos à cirurgia com colostomia.

Quanto à desordem urinária, este estudo corrobora com o estudo 8, já que os pacientes com colostomia também relataram disfunções urinárias como perda ocasional, fluxo fraco de urina e dificuldades no esvaziamento completo da bexiga mais frequentemente do que os outros, porém sem significância estatística (VIRONEN et al., 2006).

Ainda neste estudo, 38 (73%) homens foram sexualmente ativos no pré-operatório e 24 (63%) deles relataram mudanças na função sexual como ereção reduzida, ejaculação retrógrada e impotência, na faixa de 50-87 anos e foi mais comum nos pacientes com colostomia. Nos pacientes que relataram disfunção, somente a perda completa da ereção foi associada com significativamente pior função física e social (VIRONEN et al., 2006).

Nos estudos de Gosselink et al. (2005) e de Camilleri-Brenan e Steele (2002), não encontraram diferenças significativas na QV entre pacientes com e sem estomas.

O estudo de Schmidt et al. (2005) realizado na Alemanha, utilizando os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-CR38, mostrou nas diferenças entre os sexos, que as mulheres apresentaram maior estresse relacionado ao tratamento médico do que os homens. Ambos tiveram limitações em suas vidas sexuais, mas os homens relataram maiores escores (significando mais prejuízos) e sentiram mais estresse devido suas restrições na sexualidade do que as mulheres. Na diferença por sexo e idade, as mulheres mais jovens sentiram mais estresse por causa da limitação sexual.

O estudo 9 foi conduzido nos EUA visando contribuir para a literatura a respeito da QV entre adultos mais velhos com doenças crônicas e tratar da falta de conhecimento sobre a QV entre mulheres sobreviventes de câncer colorretal a longo-prazo, descrevendo a QVRS e identificando os fatores que podem modificar seus níveis de QV.

A QV foi avaliada no período de abril a dezembro de 1999, entre as 443 mulheres sobreviventes, 307 concordaram em participar e foram localizadas, porém, apenas 259 responderam o questionário SF-36, questões a respeito do conhecimento, suspeita dos fatores de risco, diagnóstico e tratamento para o câncer colorretal.

Os pesquisadores avaliaram as nove escalas de domínio do SF-36 e combinaram oito escalas para formar dois escores resumidos para os componentes mental e físico, a escala Mental Component Summary (MCS) e a Physical Component Summary (PCS), respectivamente e calcularam o índice de massa corporal.

A média de seguimento ocorreu após nove anos do diagnóstico inicial. Uma grande proporção de participantes relataram o valor máximo possível (100) para as escalas de função física (46%), social (47%) e emocional (60%).

Os resultados do estudo 9 evidenciaram que o escore médio de PCS foi menor para participantes com mais idade, essa forte associação foi devido a diferenças na habilidade para realizar atividades físicas sem limitações (função física) e habilidade para desempenhar papéis (ex. esposa, trabalhadora) sem problemas devido à saúde física (papéis físicos).

Ambos os valores médios para PCS e MCS variaram significativamente de acordo com o número de co-morbidades, sendo as mais comuns apresentadas: artrite ou reumatismo, hipertensão, depressão ou ansiedade e fratura ou osteoporose. O número de condições médicas foi significativamente associado com todos os domínios mensurados do status de saúde, e negativamente correlacionado com todos os domínios do SF-36 e suas escalas resumidas (MCS, PCS).

O escore médio para PCS e para os domínios função física, de papel, dor corporal, saúde geral e vitalidade do SF-36 foram significativamente mais baixos nas mulheres com maior massa corporal.

O estado de saúde física geral foi menor entre as mulheres com estomas, e com recorrência do câncer colorretal nos cinco anos anteriores. O escore de MCS também foi menor nas sobreviventes com menores níveis educacionais.

Concluíram no estudo 9 que a presença de outros problemas de saúde foram fortemente associados com todos os domínios mensurados de ambas escalas mental e física de QVRS. Idade e massa corporal também foram associadas com o grau no qual as sobreviventes de câncer eram capazes de realizar nas atividades físicas, como caminhar, carregar sacolas de compras, rotinas de auto-cuidado e a extensão de como elas limitaram as atividades ou tempo envolvido nos papéis (ex. esposa, trabalhadora).

As sobreviventes de câncer colorretal com estoma ou que tiveram recorrência podem apresentar uma diminuição no domínio físico de QV e com o passar do tempo, o fator mais fortemente associado com QV em mulheres sobreviventes de câncer colorretal não é o diagnóstico original, mas outras condições médicas que coexistem com o câncer, como fatores atribuídos à idade, peso corporal e co-morbididades.

Possíveis limitações do estudo 9 foram: a qualidade de vida não foi mensurada em 31% das mulheres que não foram localizadas ou se recusaram a participar e que poderiam ter uma QV diferente das participantes do estudo; por terem colhido informações de algumas participantes através de entrevistas por telefone, com informações incompletas para o SF-36, e por não terem avaliado aspectos específicos do câncer.

Deimling et al. (2005), nos EUA, encontraram diferenças significantes em condições de co-morbididades entre os sexos, onde as mulheres sobreviventes de câncer colorretal e mama

relataram maiores problemas alérgicos, de coluna e osteoporose e menos desordens do trato urinário do que os homens sobreviventes de câncer colorretal e próstata.

Elliot et al. (2004) avaliaram o impacto de condições de co-morbidades sobre a QVRS em pacientes com câncer de mama e colorretal e encontraram que a QVRS, medido pelo FLIC, foi influenciada pelas condições de co-morbidades. Os pacientes com problemas cardíacos e circulatórios apresentaram menores escores no FLIC total e nas subescalas de bem-estar físico e náuseas. Pacientes com diabetes tiveram menores escores para náuseas. O escore na subescala bem-estar social foi maior para os pacientes com artrite e problemas nas articulações.

6.2.3 QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e atividade física.

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
10, 11 e 12	FACT-C, FACT-G, SWLS, STAI-A e CES-D.	Função funcional (ou desempenho de papel) e adicional (relacionadas com o câncer colorretal).	<p>Os três estudos são quantitativos, dois são de delineamento não-experimental, o 10 é um estudo descritivo e exploratório e o 11 é um estudo coorte. Enquanto que o 12 é de delineamento experimental, um ensaio clínico randomizado controlado.</p> <p>Todos utilizaram instrumentos específicos de câncer colorretal e de satisfação com a vida e o estudo 12 também avaliou ansiedade e depressão.</p> <p>Os estudos encontraram que as dimensões física, emocional e social de QV foram mais altas do que as dimensões funcional e adicional. A dimensão funcional foi a que obteve escores mais baixos, porém foi a mais fortemente relacionada com satisfação com a vida geral.</p> <p>Observaram que o tratamento para o câncer tem um impacto negativo nos níveis de exercício, que a prática de atividade física e que o aumento da aptidão cardiovascular estão associadas com uma melhora na qualidade de vida e que pode diminuir a ansiedade em sobreviventes com câncer colorretal.</p>

Os estudos **10**, **11** e **12** abordam a avaliação de QV em pacientes com câncer colorretal após algum tipo de tratamento, avaliam a atividade física praticada por eles e correlacionam estes dados para investigar se o nível de atividade física interfere sobre a QV dos pacientes.

Os três estudos de abordagem quantitativa foram realizados em Alberta no Canadá, pelos mesmos pesquisadores principais, que foram aperfeiçoando suas investigações, desde uma pesquisa descritiva e exploratória até a realização de um ensaio clínico.

O estudo **10** é de delineamento não-experimental, estudo descritivo e exploratório, de corte transversal e design retrospectivo. Realizaram em 130 sobreviventes de câncer colorretal após terem recebido alguma terapia adjuvante (quimioterapia, radioterapia) e não estarem recebendo tratamento ativo durante o estudo.

Os investigadores tinham três hipóteses específicas para o estudo **10**. Primeiro, esperava-se que os sobreviventes de câncer colorretal pudessem relatar uma significativa queda nos exercícios do período pré-diagnóstico até período de tratamento ativo e um significativo aumento do tratamento ativo ao período pós-tratamento. Esperavam que os quatro padrões de exercícios (mantenedores, relapsos temporários, relapsos permanentes e não praticantes) obtidos em pesquisa anterior com pacientes com câncer de mama, emergissem entre os sobreviventes de câncer colorretal. Finalmente, hipotetizaram que sobreviventes de câncer colorretal que fossem mantenedores do padrão de exercício pudessem relatar uma maior qualidade de vida entre os quatro padrões de exercício.

O objetivo do estudo **10** foi identificar os principais padrões de exercícios e determinar sua relação com a QV atual. Os participantes foram orientados a relatar seu padrão de exercício durante três períodos (por ex., pré-diagnóstico, durante o tratamento e após o tratamento) e relatar sua QV atual através do FACT-C e a satisfação com a vida através do Satisfaction With Life Scale (SWLS). O questionário Leisure Score Index (LSI) foi usado

para avaliar o comportamento de exercício, que avalia a frequência de leve, moderado a extremo exercício feito durante o tempo livre por pelo menos 15 minutos numa semana típica.

Os resultados do estudo **10** revelaram que as dimensões física, emocional e social de qualidade de vida foram significativamente mais altas do que as dimensões funcional e adicional (relacionadas ao câncer colorretal). A dimensão funcional exibiu a maior correlação com satisfação com a vida, seguida pela física, adicional, social e emocional. As cinco dimensões de qualidade de vida medida pelo FACT-C explicaram 50% da variação na satisfação com a vida, com a funcional emergindo como a única dimensão significativa.

Detectaram oito possíveis padrões de exercícios e de acordo com o número de participantes, agruparam em quatro padrões: Mantenedores (ativos nos três períodos), Relapsos Temporários (ativos pré-diagnóstico e pós-tratamento e inativos durante), Relapsos Permanentes (ativos pré-diagnóstico e inativos durante e pós-tratamento) e Não Praticantes (inativos nos três períodos).

Encontraram neste estudo que os níveis de exercício diminuíram do pré-diagnóstico ao tratamento ativo e então aumentaram após o tratamento, mas não retornaram aos níveis pré-diagnóstico; revelando que o tratamento ativo teve um significativo efeito negativo no nível de participação de exercício que não foi completamente recuperado após o tratamento. Os pacientes enquadrados no padrão de Relapsos Permanentes relataram a mais baixa QV dentre os quatro grupos de padrões determinados.

Concluíram no estudo **10** que a dimensão funcional foi a que obteve escores mais baixos, porém foi a mais fortemente relacionada com satisfação com a vida geral; que o tratamento para o câncer tem um impacto negativo nos níveis de exercício e que aqueles indivíduos previamente ativos que falharam em reiniciar os exercícios depois do tratamento, relataram a mais baixa QV, um a quatro anos depois.

As limitações encontradas foram: o design retrospectivo utilizado fornece a mais fraca evidência em termos de causalidade; auto-relatada avaliação do comportamento de exercício que é tipicamente inferior a indicadores objetivos de atividade física; a falta de dados de aptidão física que poderia ser útil na tentativa de entender mudanças nos resultados de QV mais amplos; e vieses de seleção e sobrevivência influenciando os resultados devido à proposta transparente do estudo da amostra de sobreviventes de câncer colorretal.

Acreditam que futuras pesquisas ajudarão a determinar se incluir exercícios nos programas de reabilitação de câncer permite que os pacientes com câncer retornem as suas atividades mais cedo e mais completamente, que é o objetivo final da reabilitação do câncer.

O estudo **11** é um delineamento não-experimental de corte longitudinal, coorte e prospectivo, no qual os investigadores quiseram testar as hipóteses de que mudanças no exercício realizado do período pré-diagnóstico ao período pós-operatório poderiam correlacionar positivamente com subsequente QV, especialmente nas dimensões física e funcional e esperavam que a dimensão funcional fosse a dimensão mais prejudicada, porém a mais importante a se relacionar com satisfação com a vida.

A amostra foi constituída por 126 pacientes após terem realizado cirurgia para câncer colorretal e terem recebido aprovação médica para participar do estudo, cuja proposta foi examinar a relação entre exercício físico e QV, utilizando o FACT-C, SWLS e LSI no início e após quatro meses de seguimento.

Para avaliar as mudanças ocorridas, calcularam os escores da seguinte maneira: a mudança no exercício é igual à média do exercício semanal no pós-operatório menos a média do exercício semanal no pré-diagnóstico; a mudança na QV é igual à QV ao quarto mês do seguimento menos a QV no início do estudo. Portanto, uma mudança positiva nos escores indica uma melhora no exercício/ QV com o tempo e uma mudança negativa nos escores indica uma diminuição no exercício/ QV com o tempo.

Os resultados de QV no início do estudo mostraram que as dimensões física, emocional, social e adicional foram significativamente maiores do que a funcional; e as dimensões física e social foram significativamente maiores do que a adicional. No quarto mês do seguimento, a dimensão emocional foi significativamente maior do que a física, funcional, social e adicional.

Ao correlacionar com o Satisfaction With Life Scale (SWLS), os dados de base (baseline) mostraram que as dimensões funcional e emocional correlacionaram com satisfação com a vida, sendo que a funcional explicou 50% da variação no escore satisfação com a vida. No quarto mês, as dimensões: funcional, emocional, física, adicional e social correlacionaram com satisfação com a vida, sendo que as dimensões funcional, adicional e social explicaram 62% da variação no escore satisfação com a vida. Para mudança com o tempo, mudanças ocorridas nas dimensões física, funcional e adicional correlacionaram com a mudança no escore satisfação com a vida, sendo que a mudança na dimensão física foi a única que explicou a mudança na satisfação com a vida.

Na relação com o exercício físico, mudanças na frequência de exercício leve e moderado foram significativamente correlacionadas com QV no quarto mês do seguimento tão bem quanto com as mudanças na QV. Exercício extremo não foi analisado porque ele foi relatado por poucos participantes e quase não houve variabilidade.

Mudanças no exercício leve correlacionaram positivamente com as dimensões física, funcional, social e adicional, QV total e satisfação com a vida ao quarto mês. Uma correlação positiva entre a mudança nos escores indicam que diminuição no exercício foi associada com diminuição na QV e aumento no exercício foi associado com aumento na QV.

Concluíram no estudo **11** que a QV funcional foi a menos influenciada e a mais relacionada dimensão com satisfação com a vida. Mudança no exercício leve do pré-

diagnóstico para o pós-tratamento correlacionou positivamente com QV aos quatro meses de seguimento e com mudanças na QV do início (baseline) ao seguimento.

Limitações importantes como vieses da amostra de tamanho modesto, avaliação auto-relatada de comportamento de exercício e design não experimental, devem ser levados em consideração na interpretação dos resultados e planejamento de futura pesquisa. Contudo, apesar destas limitações, os autores consideram os resultados preliminares promissores e que pesquisas com métodos mais sofisticados são desejados.

Acreditam que pesquisas futuras são necessárias para determinar se a necessidade e a importância na mudança de aptidão física traz mudança positiva na QV no seguimento do diagnóstico do câncer e também identificar potenciais mecanismos social e psicológico que podem mediar mudanças na QV.

O estudo **12** é de delineamento experimental de corte longitudinal, um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC) designado a comparar o exercício como cuidado usual em sobreviventes de câncer colorretal e testar a hipótese de que o grupo de exercício (experimental) pudesse experimentar significativa melhora na QV quando comparados com o grupo controle e que o grupo experimental mostrasse também melhora na satisfação com a vida, fadiga, ansiedade, depressão e aptidão física.

Os investigadores realizaram a randomização para os grupos experimental (GE, n = 69) e controle (GC, n = 33) numa razão de 2:1 respectivamente, porque anteciparam uma razão de não-aderência de 50% em um grupo de exercício similar para pesquisar exercício em populações saudáveis. Em seguida, os participantes passaram pelo teste de aptidão realizado por um membro cego ao grupo experimental.

O GC deste estudo foi orientado a não iniciar qualquer exercício estruturado durante o curso da intervenção e não receberam uma prescrição de exercício, foram comunicados que

após o segundo teste de aptidão (cerca de 16 semanas), eles poderiam receber uma prescrição de exercício apropriada.

Ao GE foi entregue uma prescrição de exercícios personalizada a ser realizado em casa, levando em conta os resultados do teste de aptidão, sua história de exercício, estado de desempenho, terapia adjuvante e preferências pessoais. Os participantes podiam escolher seu exercício preferido, ex. natação, ciclismo; e se não tinham preferência, era prescrito caminhada. O objetivo era os participantes exercitarem-se ao menos 3-5 vezes/ semana, por 20-30 minutos até 65-75% do índice máximo cardíaco prognosticado, durante 16 semanas.

Após as 16 semanas, todos os participantes completaram as avaliações de QV, mas somente 88 realizaram o segundo teste de aptidão, sendo 62 participantes do GE e 31 do GC.

Os resultados do estudo **12** mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa na QV e teste de aptidão física entre os grupos, devido à taxa de aderência no GE e contaminação do GC (sabiam que não podiam exercitar-se). A aderência no GE foi boa (75,8%), mas a contaminação no GC foi problemática (51,6%).

Então, os pesquisadores subdividiram o GE em dois subgrupos, os que aumentaram a aptidão cardiovascular (G1) e os que a diminuíram (G2); os valores iniciais de QV não diferenciaram entre os grupos. Os valores do FACT-C aumentaram para o G1 e diminuíram para o G2, enquanto que ansiedade diminuiu para o G1 e aumentou para o G2.

Concluíram no estudo **12** que o aumento da aptidão cardiovascular está associada com uma melhora na QV em sobreviventes com câncer colorretal.

As limitações encontradas neste estudo incluem um problema significativo com a contaminação no GC; uma intervenção de exercício não supervisionada; uma medida de exercício auto-relatada, pois o GE podia superestimar os exercícios realizados porque eles sabiam que era esperado que eles se exercitassem e o GC podia subestimar suas respostas

porque sabiam que não podiam se exercitar; uma intervenção de exercício curta, e um teste de aptidão sub-máximo.

Sugerem que ensaios clínicos melhor controlados são necessários para determinar os efeitos do exercício nos sobreviventes de câncer colorretal, evitando vieses de contaminação dos grupos e que pesquisas adicionais testando intervenção de exercícios nesta população são necessárias, particularmente em intervenção de exercício designado para aumentar a aptidão cardiovascular.

Encontramos vários estudos que estudaram programas de atividade física em pacientes com câncer, porém a maioria aborda pacientes com câncer de mama, poucos estudos tratam desta questão em pacientes com câncer de cólon e reto.

Dimeo et al.(2004) realizaram um ensaio clínico controlado para avaliar o efeito de exercícios aeróbicos e de relaxamento sobre a fadiga e a performance física no pós-operatório de 72 pacientes com câncer de pulmão e gastrointestinal (sendo 32 com câncer colorretal), que foram randomizados a um grupo de exercício aeróbico (30 minutos de bicicleta ergométrica 5x/ semana) ou a um grupo de relaxamento progressivo (45 minutos de relaxamento 3x/ semana). Ambas intervenções foram conduzidas por três semanas. No início e final do estudo, avaliaram a QV através do instrumento QLQ-C30 e a performance física com um teste de estresse ergométrico.

No final do estudo, ambos os grupos apresentaram melhores escores, sendo estatisticamente significante para as escalas fadiga, função emocional e saúde/ QV global. O grupo de relaxamento apresentou melhora nas escalas função social, dor e insônia, e o grupo de exercício aeróbico apresentou melhora na performance física máxima, todos estatisticamente significantes. Concluíram que técnicas de exercícios aeróbicos e relaxamento são terapias efetivas para o tratamento de fadiga nos pacientes operados por câncer e melhoram sua performance física e QV geral (DIMEO et al, 2004).

Courneya et al. (2003) realizaram um ensaio clínico controlado para determinar se o exercício poderia melhorar a QV em sobreviventes de câncer, incluindo colorretal, em grupos de psicoterapia. Os pacientes foram randomizados de 22 grupos, sendo 11 grupos para realizar somente psicoterapia (encontros de aproximadamente 90 minutos 1x/ semana) e 11 grupos para realizar psicoterapia e exercício de intensidade moderada (20-30 minutos até 65-75% do índice máximo cardíaco prognosticado, 3-5x/ semana), durante 10 semanas. Avaliaram no início e final do estudo, QV e fadiga usando o instrumento FACT-General, satisfação com a vida através do SWLS, depressão através do CES-D, ansiedade através do STAI, aptidão física, resistência cardiovascular, flexibilidade e exercício físico através do LSI.

Os resultados deste estudo mostraram que o programa de exercício melhorou a QV mais do que apenas a psicoterapia. Encontraram efeitos benéficos significantes para bem-estar funcional e fadiga, e efeitos significantes no limite para bem-estar físico, satisfação com a vida e flexibilidade (COURNEYA et al., 2003). Estes resultados corroboram com os estudos **10**, **11** e **12**, pois o bem-estar funcional foi mais baixo nos participantes do estudo **10** que não retornaram a atividade física após o tratamento do câncer; o bem-estar funcional e o bem-estar físico melhoraram e significaram melhora na satisfação com a vida nos participantes do estudo **11** que aumentaram a atividade física após o tratamento e com o estudo **12** cujos participantes que aumentaram a aptidão física tiveram melhora na QV.

Courneya et al. (2004) realizaram uma revisão de literatura para avaliar o potencial papel do exercício físico em atenuar os efeitos do câncer e de seu tratamento em sobreviventes de câncer, inclusive colorretal, maiores de 65 anos de idade. Concluíram que embora houvesse uma limitada evidência direta nos benefícios do exercício em sobreviventes idosos, a aderência ao exercício é um desafio significativo nesta população.

Blanchard, Courneya e Stein (2008) realizaram um estudo para avaliar a aderência a recomendações de aumentar a atividade física e o consumo de frutas e vegetais e reduzir o

tabagismo em sobreviventes de seis tipos de câncer, incluindo colorretal e identificar a associação com a QVRS, medida pelo RAND-36. Encontraram que a minoria destes sobreviventes conhecia as recomendações sobre atividade física e somente 5% de 9.105 participantes conheciam as três recomendações. Encontraram que os sobreviventes que conheciam as recomendações apresentaram maior QVRS do que os que não conheciam, com uma associação mais forte emergindo para atividade física. Concluem que a aderência a estas intervenções pode melhorar a QVRS de sobreviventes de câncer.

Os estudos de Courneya et al. (2004) e Blanchard, Courneya e Stein (2008) também vão ao encontro dos estudos **10**, **11** e **12**, já que a aderência e realização de atividade física após o tratamento de câncer colorretal, inclusive em pacientes idosos, mostrou proporcionar melhoria na qualidade de suas vidas.

Spence et al. (2007) realizaram um protocolo para implementar um programa de reabilitação de exercício supervisionado em sobreviventes de câncer colorretal imediatamente após quimioterapia, onde pretendem realizar um ensaio clínico randomizado controlado para avaliar a viabilidade e eficácia de um programa de exercício aeróbico supervisionado de 12 semanas sobre a saúde física e psicológica dos sobreviventes associado com avaliação de saúde, sobrevivência, aptidão cardio-respiratória, fadiga e QV utilizando o QLQ-C30 na Austrália. O programa de exercícios para o grupo de intervenção consiste em três sessões por semana de exercício aeróbico supervisionado de intensidade moderada durante 12 semanas. Pretendem avaliar a QV antes, durante e após a intervenção e associá-la com o exercício realizado. A proposta deste protocolo poderá sanar as limitações encontradas nos estudos **10**, **11** e **12**, onde a avaliação da atividade física era relatada pelos pacientes e não supervisionada. Com a implementação deste estudo, a supervisão dos exercícios poderá controlar estes vieses e possibilitará obter resultados mais fidedignos da melhoria da QV em pacientes e sobreviventes de câncer colorretal que praticam alguma atividade física.

6.2.4 QUALIDADE DE VIDA E SEGUIMENTO POR EXAMES

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e seguimento por exames.

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
13 e 14	Nottingham Health Profile, os componentes físico (PCS) e mental (MCS) do SF-12, e o HADS.	Somente saúde física no início (baseline) e que melhorou com o decorrer dos estudos.	<p>Os dois estudos são quantitativos, o primeiro de delineamento não-experimental é um estudo coorte prospectivo e o segundo é experimental, ensaio clínico randomizado controlado.</p> <p>Ambos utilizaram instrumentos de QV geral, sendo que o segundo utilizou um específico para avaliar ansiedade e depressão.</p> <p>Os estudos acompanharam os pacientes através da realização de exames e tipos de seguimento diferentes e avaliaram se estes seguimentos influenciavam a qualidade de vida.</p> <p>O grupo que recebeu acompanhamento mais intenso relatou melhor QVRS com pequena diferença, porém estatisticamente significativa; sugerindo que as visitas de check-up tiveram efeito positivo na QVRS, mas não diferem significativamente em nenhuma seção individual de QV.</p> <p>Quanto ao seguimento ter sido realizado por clínico ou cirurgião, não encontraram diferenças significantes para os resultados de qualidade de vida, depressão, ansiedade e satisfação do paciente com o cuidado.</p> <p>Concluíram que o benefício relativamente pequeno para QVRS não justifica os caros exames de rotina e que protocolos de seguimento devem ser revisados.</p>

Os estudos **13** e **14** são pesquisas quantitativas, onde se investiga os pacientes com câncer colorretal após o tratamento primário, avaliando a QV, o seguimento destes pacientes através da realização de exames, tipo de seguimento e se estes seguimentos influenciam a QV.

O estudo **13** é de delineamento não-experimental de corte longitudinal, um estudo coorte de design prospectivo, que avaliou a influência do programa de seguimento depois de cirurgia para câncer colorretal na QVRS e a atitude dos pacientes nos check-up.

Os resultados do estudo **13** mostraram que os pacientes no Grupo 1 (159 pacientes) tiveram um total de 1146 visitas de seguimento no hospital, que foi significativamente maior do que as 322 visitas no Grupo 2 (161 pacientes).

Segundo o Attitude to Follow-up Questionnaire (AFQ), não houve diferenças significantes em relação ao período de nervosismo antes das visitas de check-up ou que elas causassem tensão a eles (G1 e G2). Contudo, mais pacientes do Grupo 2 ficaram nervosos até receberem os resultados dos testes realizados nas consultas de check-up.

A confiança nos check-up foi maior para o Grupo 1, pois a maioria deste grupo pensou que estas visitas pudessem melhorar suas expectativas de vida. Eles (G1) também foram mais positivos, por preferirem consultar em hospital.

Quanto à avaliação de QV através do NHP, o G1 relatou melhor QVRS do que o G2, com pequena diferença, porém estatisticamente significativa; sugerindo que as visitas de check-up tiveram efeito positivo na QVRS. Contudo, a diferença foi significativa somente para o padrão geral dos escores nas seções do NHP, os dois grupos não diferem significativamente em nenhuma seção individual.

Concluíram neste estudo que o NHP provou ser um instrumento confiável para mensurar QVRS em pacientes que tiveram cirurgia radical para câncer colorretal, que as freqüentes visitas de check-up mostraram ter uma influencia positiva na QVRS dos pacientes e também nas suas atitudes em relação aos check-ups. Contudo, o benefício relativamente

pequeno para QVRS não justifica os caros exames de rotina realizados depois de cirurgia para câncer colorretal.

O estudo **14** é um estudo de delineamento experimental de corte longitudinal, Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC). Foi realizado com pacientes com câncer de cólon operado, recrutados de hospitais da Austrália e excluíram os pacientes com tumores retais, pois o seguimento destes requer regular sigmoidoscopia que não seria garantido por clínicos.

A intervenção no estudo **14** consistia no seguimento com clínico geral (Grupo 1 = 97) ou cirurgião (Grupo 2 = 106). A randomização foi realizada por pesquisadores não envolvidos com o design do estudo ou com o cuidado clínico dos pacientes. Uma orientação de seguimento, baseado na prática clínica atual e um guia de recomendações do regime de seguimento foram inseridos nos registros médicos dos pacientes.

Avaliaram a QV através dos escores do componente físico (PCS – Physical Component Summary) e mental (MCS – Mental Component Summary) do SF-12, e a depressão e ansiedade pelo HADS. Também mediram a satisfação com seu cuidado através do Satisfaction based on the Patient Visit-Specific Questionnaire (PSVQ).

O total de 157 pacientes concluiu o estudo **14**, sendo 76 pacientes no grupo 1 e 81 no grupo 2. Os resultados encontrados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupo aos 12 e 24 meses de seguimento para depressão e ansiedade.

Os pacientes do estudo **14** relataram reduzida QV subjetiva com respeito à saúde física no início (baseline) e que melhorou com o decorrer do estudo. A comparação dos escores nos dois grupos não revelou diferenças estatisticamente significantes depois de 12 e 24 meses. Também não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para sua satisfação, que relataram altos níveis de satisfação com seu cuidado.

Os clínicos pediram mais testes de sangue oculto nas fezes do que os cirurgiões, enquanto que mais colonoscopias e ultrassons foram submetidos no grupo liderado por

cirurgiões. Os resultados sugerem recorrência, tempo de detecção e índice de mortes similares em cada grupo.

Concluíram no estudo **14** que não houve diferenças significantes entre os grupos de pacientes com câncer de cólon em seguimento com clínicos ou cirurgiões para os resultados primários de qualidade de vida, depressão, ansiedade e satisfação do paciente.

Os autores ressaltam que enquanto muitos estudos têm focado na detecção de doença tratável no período de seguimento, seus resultados estabelecem evidência a respeito da QV dos pacientes e satisfação com o cuidado; que este estudo desafia a prática tradicional de seguimento de câncer de cólon, conduzida pelo cuidado secundário; que atualmente há pouca evidência para guiar o desenvolvimento de protocolos de seguimento para cânceres mais comuns; que pesquisa adicional sobre custo-efetividade de vários protocolos de seguimento é necessária e que capacidade e força de trabalho são importantes no desenvolvimento de recomendações envolvendo a transferência do seguimento do cirurgião para o clínico, devendo ser incorporado em pesquisa futura.

Gall et al., (2007) também realizaram um estudo onde avaliaram a satisfação com o cuidado e a QVRS de pacientes com câncer de cólon após ressecção cirúrgica na Austrália, cujo seguimento foi realizado por clínicos ou cirurgiões durante dois anos. Não encontraram diferenças nas funções física ou mental do SF-12 entre os dois grupos de seguimento, assim como o estudo **14**. Encontraram que os idosos obtiveram menores escores físicos, ambos os grupos relataram alta satisfação com o cuidado e quando comparados com uma população saudável, eles obtiveram escores de QVRS semelhantes.

Renehan et al. (2002) realizaram uma revisão sistemática e uma metanálise para avaliar o impacto do seguimento intensivo depois de cirurgia curativa para câncer colorretal, selecionou ensaios clínicos randomizados controlados que compararam seguimento intensivo com seguimento padrão (controle). Encontraram cinco ensaios clínicos que incluíram 1.342

pacientes e o seguimento intensivo foi associado com uma redução em todas as causas de mortalidade e associado significativamente com detecção precoce de todas as recorrências. A análise mostrou que usando regimes modernos de seguimento (incluindo tomografia computadorizada e/ ou medidas freqüentes de antígeno carcinoembriogênico sérico – CEA) houve uma redução absoluta na mortalidade de 9-13 %. Concluem que seguimento intensivo pode aumentar a sobrevivência em pessoas com câncer colorretal por causa da detecção precoce e tratamento da doença recorrente; isto também pode ser associado com fatores não específicos, como um aumento do bem-estar psicológico nos pacientes, corroborando com o estudo **13**.

O estudo de Renehan et al. (2002) corrobora com o estudo **13**, pois acreditam que a aplicação dos princípios de seguimento intensivo neste tipo de câncer tem potencialmente importantes implicações financeiras e de recursos para os serviços de saúde, já que estes exames são considerados de custo elevado. Embora a estimação do custo por ano de vida ganho não foi o objetivo deste trabalho, o estudo deveria servir como base para modelos econômicos em futuros ensaios clínicos. Finalmente, enquanto a variação mundial no seguimento persiste na prática clínica, assim como os autores do estudo **14**, eles acreditam que as diretrizes clínicas devem ser revisadas.

Grossmann et al. (2004) baseados na revisão sistemática de Renehan et al. (2002), desenvolveram um ensaio clínico randomizado controlado, o Gruppo Italiano di Lavoro per la Diagnosi Anticipata – GILDA trial, que segundo os autores, é o primeiro ensaio multi-institucional, envolvendo 41 centros de pesquisa, sendo 39 na Itália, um na Espanha e um nos Estados Unidos. Randomizaram os pacientes em quatro grupos: dividiram os pacientes com câncer de cólon e os de reto, ambos foram randomizados para um programa de seguimento menos intensivo e outro mais intensivo. Os programas de seguimento consistiam em visitas médicas, exames de colonoscopia, ultrassom de fígado, raios-x de tórax, diversos exames de

sangue incluindo CEA para câncer de cólon, e adicionalmente proctoscopia e tomografia abdominal e pélvica para os pacientes com câncer de reto, que eram realizados de acordo com cada programa de seguimento em uma frequência mínima de quatro meses de intervalo. A avaliação da QV sendo realizada a cada 12 meses a partir da entrada no estudo (baseline) até 60 meses após a randomização através do SF-36, do Psychological General Well-being (PGWB) e o GIVIO Project questionnaire.

O estudo de Grossmann et al. (2004) iniciou em 1998 e continua em andamento. Acreditam que ao término da pesquisa irão encontrar forte evidência científica para determinar um ótimo nível de seguimento para pacientes de câncer de cólon e reto separadamente, focando nos exames necessários e excluindo os preparos intestinais, endoscopias e radiações desnecessárias e de alto custo para os serviços de saúde e de inconvenientes visitas frequentes ao hospital ou às clínicas, prover importante informação sobre os regimes de seguimento mais e menos intenso em termos de QV, custo-efetividade, evitar viés de tempo/ periodicidade e a utilidade de vários testes diagnósticos empregados, para então, definir um regime de seguimento padrão.

O estudo de Grossmann et al. (2004) poderá mostrar a influência do programa de seguimento depois de cirurgia curativa para câncer de cólon e reto sobre a QV dos pacientes e possibilitar a avaliação do custo-benefício destes exames sobre a QVRS, justificando a solicitação dos exames no seguimento, pois o estudo **13** concluiu que há benefícios sobre a QV, mas não justifica tantos exames de rotina.

Assim como o estudo **14**, Grossmann et al. (2004) ressaltam que muitos estudos têm focado na detecção de recorrência tratável e tempo de sobrevivência no período de seguimento, e pretendem ir além, avaliando os custos e a QV para determinar novas recomendações e protocolos de seguimento.

Meyerhardt e Mayer (2003) acreditam que embora exames clínicos periódicos, testes laboratoriais, incluindo CEA e exames radiográficos têm sido utilizados como forma de vigilância, tais intervenções agressivas e de custo elevado não tem sido validadas completamente em estudos clínicos e não tem mostrado melhora na QV. Também recomendam pesquisas de design apropriado para guiar médicos e pacientes depois de cirurgia para câncer colorretal.

Enquanto que Jeffery, Hickey e Hider (2007) realizaram uma revisão sistemática com oito ensaios clínicos randomizados controlados comparando diferentes estratégias de seguimento para pacientes com câncer colorretal tratados com intenção curativa. Encontraram evidência benéfica na sobrevivência geral aos cinco anos para pacientes submetidos a seguimento mais intenso, mas nenhum resultado útil sobre a qualidade de vida, danos ou custo-efetividade foi encontrado.

6.2.5 QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e avaliação psicossocial

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
15, 16, 17, 18, 19 e 20	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38, SF-36, SF-12, SNI, HADS e entrevistas (qualitativo).	Desempenho de papel, funções emocional, social, física e mental. Apresentaram déficit para imagem corporal e sintomas como depressão, ansiedade e insônia e relataram problemas financeiros.	<p>Cinco estudos são quantitativos, sendo quatro descritivos de delineamento não-experimental e um é experimental, ensaio clínico randomizado controlado. O outro é qualitativo, fenomenológico. Dois estudos utilizaram instrumentos de QV geral e três utilizaram instrumentos específicos, sendo que quatro deles utilizaram instrumentos para avaliação de rede social ou sintomas como ansiedade e depressão. Enquanto que o qualitativo utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas.</p> <p>Encontraram que os pacientes necessitam de suporte social e consideram como principais fontes de rede social, o parceiro e familiares para apoio emocional e instrumental, e profissionais da saúde para prover suporte informacional.</p> <p>Encontraram associações entre rede social e suporte percebido com QVRS. Ansiedade e depressão causaram impacto sobre alguns domínios da QVRS.</p> <p>Fatores como idade, sexo, aumento de massa corporal e presença de comorbidades influenciaram os escores físico e mental, causando ansiedade e depressão e maior necessidade de suporte social pelos pacientes.</p> <p>A intervenção psicossocial proporcionou melhora para a função social e para fadiga a curto-prazo.</p> <p>Os pacientes perceberam mudanças em suas vidas e tiveram que se adaptar a elas. Tiveram incerteza quanto ao diagnóstico, tratamento, recorrência e morte, mas depois reassumiram suas vidas normalmente.</p>

Os estudos **15** a **20** tratam da QV e sua relação com os aspectos psicossociais que afetam a vida do paciente com câncer de cólon e reto, tais como ansiedade e depressão e também os aspectos relacionados ao suporte social oferecido ao paciente, incluindo a rede social (frequência e quantidade de relações sociais) e o apoio instrumental (material, financeiro, etc.), emocional (como escutar, prover atenção, fazer companhia) e informacional (conselhos e informações).

O estudo **15** de delineamento não-experimental, estudo descritivo, exploratório e longitudinal, examinou o efeito da comunicação médico-paciente na QV, através dos instrumentos QLQ-C30 e QLQ-CR38, durante um período de quatro anos.

Encontraram neste estudo, que 39% da amostra relataram que alguns aspectos da comunicação que eles receberam, não foram claras, foram incompreensíveis ou insuficientes. Entre os pacientes com estomas, 59% relataram não terem sido claramente instruídos quanto à técnica de irrigação do estoma. Contudo, mais de 80% dos pacientes ficaram satisfeitos com a informação recebida durante a quimioterapia e radioterapia.

Orientação sobre manejo do estilo de vida foi considerada importante para 90% da amostra, particularmente pelos pacientes mais jovens (< 70 anos de idade). Somente 20% dos pacientes, entretanto, tiveram contato com assistente social, grupo de auto-ajuda ou psicólogo. Mais de 60% desejaram ter mais oportunidade para falar com seu médico. Os pacientes mais jovens e aqueles em hospitais maiores foram os que mais comumente relataram que a comunicação não foi clara, que foi incerta ou insuficiente.

Quanto à QV, análise de covariância, controlada por idade, sexo, terapia adjuvante, estoma, educação clínica e co-morbidades, revelou no estudo **15**, que os escores para desempenho de papel, funções emocional e social foram consistentemente mais baixos nos pacientes que relataram a comunicação como não clara ou como incompreensível e

insuficiente. Pior QV foi particularmente associada com problemas de comunicação pelos pacientes homens e mais jovens (< 70 anos).

Este estudo demonstrou que os pacientes que relataram menor informação recebida referiram menor QV. Eles sentiram que sua família e vida social foram mais afetadas (função social) e seu trabalho e lazer foram mais limitados (desempenho de papel); ficaram aborrecidos, irritados, depressivos (função emocional), sentiram-se menos atraentes (imagem corporal), relataram problemas financeiros, dormiram menos e tiveram mais medo do futuro.

Diferenças na QV entre os grupos que relataram comunicação clara e não clara permaneceram durante três anos e estas diferenças foram estatisticamente significantes para função emocional, função social e problemas para dormir.

Concluíram no estudo **15** que os pacientes reportando informações incompreensíveis ou incompletas não necessariamente significa que os médicos falharam em oferecer suficiente informação. Entretanto, os próprios médicos admitem que suas habilidades de comunicação não são tão boas e que muitas vezes utilizam termos técnicos, dificultando o entendimento.

Os autores também questionam se a pior comunicação leva a uma pior QV ou se os pacientes mais estressados são os que relatam mais problemas de comunicação; se este for o caso, eles recomendam aos médicos maior esforço ao se comunicar com os pacientes, pois a comunicação é vital para a relação médico-paciente especialmente em oncologia.

Encontraram no estudo **15** que os pacientes mais jovens reportaram menos satisfação com a comunicação e tiveram maiores necessidades de ajuda psicossocial. Não é claro se os pacientes mais jovens receberam menos informação porque foram tratados mais freqüentemente em clínicas ou hospitais maiores, portanto, mais movimentados ou se os hospitais e clínicas maiores parecem prover inadequada informação porque tratam muitos pacientes jovens (< 70 anos) com altas expectativas.

Concluíram neste estudo que os pacientes pareceram satisfeitos com a explicação recebida para questões em geral, contudo consideraram deficientes as explicações para questões mais específicas. Ficaram satisfeitos com as informações sobre os tratamentos (quimioterapia e radioterapia), entretanto sentiram falta de esclarecimentos sobre o processo e a natureza da doença e seu prognóstico.

As limitações encontradas no estudo **15** foram basicamente em relação à amostra, excluíram os que não sabiam ler alemão, perda de pacientes desde o recrutamento até o seguimento, resultando em apenas um terço de dados avaliáveis; estes resultados refletem as opiniões dos mais jovens (< 70 anos), amostra mais saudável.

As recomendações do estudo **15** são para que os médicos se esforcem para melhorar suas habilidades de comunicação e rotineiramente avaliar a QV dos pacientes.

Häggmark et al. (2001) realizaram um estudo na Suécia para investigar os efeitos do apoio informacional na satisfação com a informação e QV em pacientes com câncer recebendo radioterapia curativa. Os pacientes foram randomizados em três grupos recebendo diferente suprimento informacional antes de iniciar o tratamento: 1) informação padrão e informação grupal e/ ou individual fornecido por uma enfermeira, 2) informação padrão e folheto e 3) apenas informação padrão.

Os pacientes do grupo 1 ficaram significativamente mais satisfeitos com todos os aspectos da informação sobre a radioterapia do que os pacientes dos grupos 2 e 3, que não diferiram um do outro. Não encontraram correlação significativamente significativa entre satisfação com a informação e ansiedade ou depressão medido pelo HADS. Este estudo mostra que a informação fornecida por enfermeiras seja grupal ou individualmente tem uma importância significativa no preparo de pacientes para receber radioterapia. Assim como o estudo **15**, este estudo mostra o importante papel da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente (HÄGGMARK et al., 2001).

Sorensen, Rossel e Holm (2004) em seu estudo para avaliar o processo de comunicação médico-paciente durante a primeira visita do paciente com câncer de pulmão e colorretal em uma unidade de oncologia a ser informado sobre a possibilidade de entrar em um ensaio clínico com quimioterapia no Reino Unido, encontraram que 66% dos pacientes avaliaram o processo de comunicação geral como “muito boa” enquanto que somente 26% dos médicos avaliaram desta forma. Somente 3% dos pacientes avaliaram como “aceitável” e nenhum como “pobre” comunicação, em contraste, a avaliação dos médicos foi de 28% e 2% respectivamente.

Com relação às informações referentes ao diagnóstico, a maioria (75%) dos pacientes relatou ter recebido informação suficiente e 19% reportaram que não foi suficiente. Observaram que os médicos subestimam a percepção do paciente no processo de comunicação e prováveis explicações é que eles superestimam sua própria contribuição ou pode ser que a habilidade de compreensão e desejo de obter informação pelos pacientes foi realmente subestimada ou ainda pode ser que os médicos tenham dificuldade em estimar a quantidade e o tipo de informação que os pacientes querem e sua eficácia em transmitir a informação (SORENSEN, ROSSEL e HOLM, 2004). Este estudo corrobora com o estudo **15**, pois ambos perceberam que os pacientes sentiram falta de esclarecimentos sobre sua doença e recomendam aos médicos maior tato ao prover informações aos pacientes oncológicos.

Outro estudo que avalia as experiências e expectativas de pacientes com câncer em relação ao suporte informacional foi o realizado na China por Liu, Mok e Wong (2005) cujos resultados mostraram que os pacientes chineses com câncer têm uma necessidade substancial de receber apoio emocional e informacional durante o período de hospitalização. Suas redes de apoio incluem médicos, enfermeiros, membros da família e outros pacientes, colegas de enfermagem. As expectativas de apoio de diferentes origens variam de acordo com a natureza da relação entre os pacientes com câncer e o provedor de suporte. Os pacientes são ativos na

procura de informação e eles perceberam a comunicação com médicos e enfermeiros como benéfico.

O estudo **16** é descritivo e exploratório, de corte transversal, avaliou a rede social e a QV em mulheres sobreviventes de câncer colorretal a longo-prazo, utilizando o instrumento SF-36 e seus escores resumidos, MCS e PCS e a rede social através do SNI.

A média de idade das participantes do estudo **16** foi 72 anos e o tempo médio desde o diagnóstico inicial de câncer colorretal foi 9 anos. A maioria das participantes relatou estado de saúde geral atual como “muito boa” (39%) ou “boa” (35%).

As co-morbidades mais relatadas foram artrite ou reumatismo, hipertensão, depressão ou ansiedade e osteoporose ou fratura óssea.

Escore PCS declinaram significativamente com aumento da idade e aumento da massa corporal. PCS foi modestamente mais baixo entre as mulheres que foram submetidas a um estoma comparado com as que não realizaram esta cirurgia. A média dos escores PCS e MCS declinaram significativamente de acordo com número de co-morbidades das participantes. Escores MCS foram mais baixos entre sobreviventes com menores níveis educacionais.

Para pacientes ≥ 65 anos ($n = 209$), a média dos escores para as escalas PCS e MCS foram semelhantes aos valores publicados de população geral de mesma idade e sexo.

Muitas participantes do estudo eram casadas ou viviam com parceiro e tinham ao menos três filhos. A maioria tinha um confidente além do marido ou parceiro e os viam semanalmente ou diariamente. Muitas mulheres participavam de serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, somente 9% haviam participado de um grupo de apoio ao câncer e muitas delas não participaram de organizações ou atividades comunitárias.

Ao relacionar rede social com qualidade de vida relacionada à saúde no estudo **16**, todos os escores para medidas resumidas de rede social foram associados positivamente com

MCS, incluindo tamanho da rede, número de laços vistos ao menos uma vez por mês e conectividade social geral. Contudo, nenhum foi associado com PCS.

Nas relações com componentes individuais de rede social com qualidade de vida relacionada à saúde; cinco componentes foram estatisticamente significantes para MCS: número de crianças que viam ao menos uma vez por mês, número de parentes íntimos, número de amigos íntimos, número de amigos íntimos vistos ao menos uma vez por mês e frequência de participação em organizações ou atividades comunitárias. Dois componentes de conectividade social foram estatisticamente significantes para PCS: frequência de participação em serviços religiosos e tempo gasto participando em organizações ou atividades comunitárias.

Concluíram no estudo **16** que há uma significativa associação entre rede social e qualidade de vida relacionada à saúde. O contato face a face com vários amigos e parentes todo mês parece ser associado fortemente com melhor saúde mental entre as sobreviventes. Assim como as características da rede social proporcionam bem-estar e sobrevivência entre indivíduos recentemente diagnosticados com câncer, elas também podem ter um papel vital na manutenção ou até melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde entre os sobreviventes a longo-prazo.

Como limitações citam o fato do estudo ser transversal e que o uso do SF-36 pode ter caracterizado inadequadamente a qualidade de vida relacionada à saúde da amostra, pois não utilizaram um instrumento específico que poderia revelar as diferenças na qualidade de vida relacionada à saúde associada com tratamentos do câncer colorretal.

Recomendam para pesquisas futuras o uso do SF-36 juntamente com instrumentos específicos da doença para melhor caracterizar os dados obtidos e outras investigações para elucidar se intervenções para melhorar a rede social, tais como membro de grupos de apoio ou

mobilidade aumentada pode ter um papel na melhora da qualidade de vida entre sobreviventes de câncer.

O estudo 17 também de corte transversal examinou os efeitos do tamanho da rede social, assim como o apoio emocional e instrumental tem sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer colorretal, através do SF-12 e seus escores resumidos MCS e PCS, a rede social pelo SNI e questões de apoio emocional e instrumental foram usadas do Yale and Harvard Aging Project questionnaire.

A amostra de 636 pacientes recentemente diagnosticados com câncer colorretal apresentou escores médios de 37,3 para PCS e 51,6 para MCS. Encontraram uma associação entre estado civil e PCS: pacientes casados ou que viviam com parceiros tinham um pior estado de saúde física comparados com os que não tinham parceiros; e uma associação estatisticamente significativa entre idade e MCS: pacientes ≤ 54 anos tinham uma QV significativamente pior quando comparados com pacientes ≥ 55 anos de idade.

Ao examinar o apoio estrutural, os pacientes foram classificados em quatro níveis de integração social baseado no SNI: 28,5% foram caracterizados como mais integrados, com 8-12 contatos ou laços sociais; 20,3% como moderadamente integrados; 36% como moderadamente isolados e 15,3% como mais isolados, com apenas um contato social. Não houve uma associação entre apoio estrutural e a qualidade de vida relacionada à saúde ou com os escores PCS e MCS entre os quatro níveis de integração social.

Entre os pacientes que recebiam apoio emocional 82,8% relataram receber apoio suficiente, enquanto 17,2% relataram necessitar de apoio adicional. Entre os pacientes que recebiam apoio instrumental 79,6% relataram que a quantidade de apoio instrumental recebido foi suficiente, enquanto 20,2% relataram que mais apoio poderia ter sido útil.

A disponibilidade do apoio emocional e instrumental foi significativamente associada com melhor escore para saúde mental (MCS). Os pacientes que não tiveram apoio emocional

e instrumental apresentaram significativamente piores escores para saúde mental do que os pacientes que tinham apoio disponível e dos que não precisavam de ajuda.

Também encontraram no estudo **17** uma significativa associação entre o escore físico (PCS) e a disponibilidade de apoio instrumental, contudo os pacientes que tiveram apoio instrumental disponível apresentaram pior escore para saúde física comparados com os que não receberam e com os que não precisavam de ajuda.

Os pacientes que relataram apoio emocional e instrumental adequados tiveram maiores escores para saúde mental e a diferença foi estatisticamente significativa.

Particularmente interessante foi encontrarem no estudo **17**, que o tamanho da rede social não foi associado com diferenças clinicamente significantes nos escores MCS e PCS, entretanto, a média dos escores MCS e PCS foram relativamente similares entre os vários níveis de integração social.

Concluíram que a disponibilidade de apoio instrumental teve efeitos opostos no estado de saúde física e mental nos pacientes com câncer, enquanto ter apoio instrumental disponível foi associado com maiores escores de saúde mental, ter este apoio disponível foi associado com piores escores para saúde física.

Como o estudo **17** demonstrou que uma percepção subjetiva do paciente de ter adequado apoio foi associado com saúde mental, acreditam que o apoio social percebido é mais importante do que o tamanho da rede social ou a quantidade de apoio.

As limitações encontradas no estudo 17 foram que as informações a respeito do apoio social foram obtidas após o diagnóstico do câncer, tentaram resolver o problema com questões iniciadas com a frase: “*Antes da doença...*” para avaliar o contexto pré-câncer, mas não conseguiram; o estudo não avaliou dados longitudinais e 98% da amostra foi constituída de homens que faziam parte do Veterans Affairs Health System, não podendo generalizar os resultados para a população feminina ou para pacientes não-veteranos.

Acreditam que entender como o apoio social influencia a saúde física e mental é importante, porque os ambientes e as redes sociais potencialmente são modificáveis. Ao promover desenvolvimento ou fortalecimento de estruturas sociais existentes, pode ser possível melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Recomendam que maior ênfase necessita ser depositada no entendimento de como vários tipos de apoio social, individual e coletivamente, influenciam a saúde física e mental em pacientes com câncer colorretal.

Burns, Craft e Roder (2005) realizaram um estudo longitudinal na Austrália em pacientes (de ambos os sexos) com câncer avançado (incluindo colorretal), cujo objetivo foi avaliar se o suporte emocional poderia influenciar a qualidade de vida dos pacientes e tempo de sobrevivência, utilizaram o SF-36. Encontraram que os pacientes mais jovens (< 55 anos) tendem a dividir seus sentimentos com mais confidentes do que os mais velhos (> 75 anos) e que os pacientes casados dividiram seus sentimentos com mais confidentes do que os não-casados, diferenças estas, estatisticamente significante.

A maioria das pessoas casadas dividia seus sentimentos com os parceiros, enquanto que os não-casados dividiam com outros membros da família. No geral, os pacientes tinham vasta rede social, cujos confidentes eram desde parceiros e familiares, até amigos, médicos, enfermeiras, pastores e assistentes sociais. Concluíram que os pacientes que receberam suporte emocional por maior número de confidentes, tiveram uma sobrevida maior, apresentaram um melhor estado de desempenho, melhor estado de saúde geral e conseqüentemente obtiveram uma melhor qualidade de vida (BURNS, CRAFT e RODER, 2005), corroborando com o estudo **16**.

No estudo de Boudioni et al. (2001), realizado no Reino Unido investigaram como os homens com câncer colorretal e de próstata diferem das mulheres com câncer colorretal quanto ao suporte informacional e emocional. Encontraram diferenças estatisticamente

significantes, onde os homens com câncer colorretal requerem menos informação sobre terapias complementares e mais sobre o prognóstico do que as mulheres. Também encontraram que os homens requerem menos suporte emocional, confiança e informação sobre os efeitos colaterais do tratamento do que as mulheres. Apesar do estudo **17** não realizar comparações entre os sexos, estes estudos se assemelham pelo fato de que os homens referiram necessitar de menos suporte emocional.

Com relação ao papel do enfermeiro, Liu, Mok e Wong (2005) e seu estudo que avaliou o suporte emocional nos chineses com câncer durante o período de internação, encontraram que a maioria dos pacientes somente expressou suas necessidades emocionais para seus familiares mais próximos e não esperavam receber suporte emocional dos profissionais de saúde, contudo eles preferiam os profissionais da saúde para fornecer informação positiva. Eles enfatizaram que as enfermeiras deveriam ser sensíveis para com suas explicações, prestar atenção ao progresso positivo do tratamento e evitar mensagens negativas para manter a esperança.

O estudo concluiu que as enfermeiras necessitam conhecer as necessidades físicas e psicológicas dos pacientes, providenciar mais oportunidades e espaço para os pacientes com seus familiares, promover e apoiar o suporte oferecido pelos familiares, contribuindo indiretamente ao suporte social (LIU, MOK e WONG, 2005).

O estudo **18** é descritivo e exploratório, de corte transversal investigou a relação entre o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e a dimensão Função Emocional (FE) do QLQ-C30 e analisou a relação entre ansiedade e depressão medidas pelo HADS e dimensões selecionadas do QLQ-30 em pacientes após terem realizado cirurgia para câncer colorretal.

Altos níveis de estresse e piores níveis funcionais foram encontrados nos pacientes com recorrência ou metástase quando comparados com os pacientes sem evidência da doença.

A prevalência de casos de ansiedade foi 7,8% (10/128), considerada baixa, provavelmente porque o número de pacientes com metástase foi relativamente pequeno e de depressão foi 36,7% (47/128) de acordo com HADS.

Ao relacionar o HADS com os escores da função emocional do QLQ-C30, as diferenças entre as categorias foram mais pronunciadas para ansiedade do que para depressão. Encontraram relações estatisticamente significantes entre a dimensão FE e cada um dos três escores do HADS (ansiedade, depressão e escore total). Como altos escores de FE refletem melhor funcionamento e altos escores do HADS significam mais sofrimento/ angústia, os coeficientes de correlação estimados são negativos.

Correlacionando o HADS com outras dimensões do QLQ-C30, as dimensões função física, função cognitiva, fadiga e QV geral apresentaram associações estatisticamente significantes com depressão, porém nenhuma foi significativamente associada com ansiedade.

No estudo **18**, para todas as comparações estatisticamente significantes, o sofrimento psicológico aumentado foi associado com função prejudicada ou sofrimento marcante.

A forte associação entre o HADS-Anxiety e a função emocional indica que o QLQ-C30 suficientemente avalia ansiedade em pacientes com câncer colorretal. A associação entre a função emocional e o HADS-Depression foi mais fraca do que entre função emocional e HADS-A, embora altamente significativa.

A forte associação entre depressão baseado no HADS e QV geral e outras dimensões sugere que a significância da depressão necessita ser avaliada, pois todas as associações foram mais fortes para depressão do que para ansiedade.

Concluíram no estudo **18** que a função emocional do QLQ-C30 abrangeu principalmente ansiedade no grupo de pacientes ambulatoriais com câncer colorretal após um ano da cirurgia, que a depressão não foi suficientemente avaliada pela função emocional e que depressão tem um forte impacto nas dimensões de QV geral comparado com ansiedade.

O estudo **18** apresenta viés de amostra, porque os resultados foram obtidos de apenas uma instituição, os pacientes foram informados do diagnóstico de câncer por seus cirurgiões e não por oncologistas e somente 18 pacientes tinham metástase, o que possivelmente pode ter afetado os escores de qualidade de vida e possivelmente diminuído o poder de generalização. Os autores também recomendam o uso de um instrumento adicional para avaliar depressão quando for utilizar o QLQ-C30 em pacientes ambulatoriais de câncer colorretal.

Voogt et al. (2005) estudaram os sentimentos positivos e negativos em pacientes com câncer avançado na Holanda e examinaram como eles se relacionaram com ansiedade e depressão. Encontraram que os pacientes apresentaram menores escores para sentimentos positivos do que a população geral enquanto que os escores para sentimentos negativos foram similares, medidos pelo Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). No grupo com câncer avançado, encontraram baixa prevalência de depressão (5,2%) e ansiedade (4,8%), medido pelo HADS, e altos escores na função emocional (80,8%) do QLQ-C30, que significa menos problemas emocionais, ou seja, melhor funcionamento, assim como o estudo **18**.

Comparando com outras doenças, temos o estudo de Kroenke et al. (2005) que avaliou os sintomas depressivos em mulheres com câncer colorretal e adenomas colorretal distal nos Estados Unidos e cerca de 8% das mulheres foram caracterizadas com altos níveis de sintomas depressivos. As mulheres com sintomas depressivos tinham menos comportamentos de vida saudável do que as mulheres assintomáticas. Elas foram mais comumente fumantes, sedentárias, com maior ingestão energética e de carnes vermelhas, estavam em período pós-menopausa e tiveram menopausa precoce. Também encontraram que as mulheres com adenomas e apresentando altos níveis de sintomas depressivos tinham um elevado risco para incidência de câncer colorretal.

Outro estudo comparativo foi realizado na Sérvia por Filipovic' et al. (2007) em pacientes com câncer de cólon e com doença inflamatória intestinal. Encontraram que os

pacientes recentemente diagnosticados com câncer de cólon apresentaram menores níveis de depressão e ansiedade do que os pacientes recentemente diagnosticados com doença inflamatória intestinal, utilizando os questionários Hamilton's Depression Rating Inventory, Hamilton's Anxiety Rating Inventory e Paykel's Stressful Events Rating Scale.

Kurtz et al. (2002) em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, encontraram que os pacientes com câncer colorretal do sexo feminino, descendentes de africanos e com duas ou mais co-morbidades, foram os que apresentaram maiores escores de depressão medido pelo Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D). Encontraram que limitações na função física e social, medido pelo SF-36, e o número de sintomas relacionados ao câncer foi o que mais causou sintomatologia depressiva nos pacientes idosos (> 75 anos) com câncer colorretal no decorrer do primeiro ano após o diagnóstico. Também encontraram que os escores de sintomas depressivos diminuíram enquanto que os escores da função física e social do SF-36 aumentaram com o tempo, indicando melhor nível de funcionamento.

Na comparação entre os sexos, encontramos o estudo realizado por Deimling et al. (2006) nos Estados Unidos, onde os homens com câncer colorretal relataram maiores aborrecimentos em relação ao câncer, porém as mulheres obtiveram maiores médias para ansiedade, medido pelo The Profile of Mood States (POMS) e depressão, medido pelo CES-D do que os homens.

Stommel et al. (2004) em estudo realizado nos Estados Unidos, com pacientes com vários tipos de câncer, inclusive câncer de cólon, também encontraram que as mulheres foram mais afetadas por sintomatologia depressiva do que os homens, utilizando o CES-D. Os pacientes com três ou mais co-morbidades crônicas também obtiveram maiores escores de depressão do que os pacientes com menos co-morbidades. Na avaliação longitudinal, encontraram que os escores de depressão declinaram após um ano do diagnóstico inicial.

Van Wilgen et al. (2006) analisaram a depressão em pacientes com diferentes tipos de câncer (inclusive colorretal) na Holanda após o tratamento e compararam com um grupo controle utilizando o instrumento CES-D e o domínio Somatic Retarded Activity deste instrumento. A prevalência de sintomas depressivos para os pacientes com câncer colorretal foi surpreendentemente baixa, apenas 7%; eles também apresentaram escores mais baixos em todas as escalas do CES-D do que os pacientes com outros tipos de câncer e quando comparados com o grupo controle apresentaram menores escores para o domínio Somatic Retarded Activity.

Os pacientes após tratamento para câncer colorretal no estudo de Van Wilgen et al. (2006) obtiveram menores escores em todos os resultados, significando menos sintomas depressivos, corroborando com o estudo **18**, onde a prevalência de depressão foi 36,7%, também considerada baixa. No estudo de Van Wilgen et al. (2006) o número de mulheres no grupo e o número de pacientes com tratamento duplo (cirurgia e radioterapia) foi baixo, e acreditam que isto pode ter afetado a prevalência de depressão.

O estudo **19** é um experimento de corte longitudinal, um Ensaio Clínico Randomizado Controlado, com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção psicossocial a longo-prazo, através de visitas domiciliares a pacientes com câncer colorretal.

A intervenção consistiu em cinco visitas domiciliares realizadas por enfermeiro ou médico do projeto, para prover apoio emocional e informacional e encorajar os pacientes a fazer uso de suas próprias redes sociais para enfrentar a doença, sem interferir com medicações ou outros tratamentos.

As entrevistas foram realizadas aos dois grupos (experimental e controle) para coletar os dados de QV e foram realizadas por estudantes de medicina cegos aos grupos.

Foram realizadas 1060 visitas domiciliares. O apoio emocional foi estabelecido através da discussão de diversos assuntos durante as reuniões, tais como reações emocionais,

se o câncer foi totalmente removido, o medo da recorrência, morte, sobre a palavra câncer, a estigmatização e auto-percepção em relação à palavra, a rede social, relações com os parceiros, sobre hospital e exames médicos, trabalho e religião. Forneceram diferentes tipos de recomendações com relação à dieta, exercício, relaxamento, uso de laxantes e outras medicações, sobre visitar um psicólogo ou médico geral, estar junto com outras pessoas, cuidados com estoma, sobre tratamentos alternativos, sinais de infecção e grupos de apoio.

Não houve diferença significativa entre os dois grupos de randomização em razão das respostas em qualquer ponto do tempo.

A proporção de pacientes do estudo **19**, sofrendo de ansiedade severa aumentou de 4-5%, aos três meses para 4-7 % aos 24 meses de seguimento. Quando combinaram depressão borderline e severa, a proporção de pacientes com depressão caiu de 12% aos três meses para 6% aos 24 meses. Não há diferença significativa entre os dois grupos (Experimental e Controle) com relação à ansiedade e depressão em qualquer tempo durante o seguimento.

Aos três meses, seguinte ao período mais intenso de intervenção, a única diferença significativa foi o efeito benéfico nos sintomas de fadiga para o GE. Aos três meses, observaram insignificantes tendências em ambas subescalas do HADS e todas as do QLQ-C30 em favor do grupo experimental, mas não permaneceu durante o período total de dois anos de seguimento e não foi observado no QLQ-CR38.

Não encontraram um efeito geral da intervenção no nível de bem-estar, exceto para função social; o grupo controle teve um menor nível de função social na primeira entrevista, mas a diferença diminuiu com o tempo comparada com o grupo experimental.

Concluem no estudo **19**, que nenhum efeito geral da intervenção ocorreu no bem-estar, que pode ter sido devido às entrevistas realizadas para avaliar a qualidade de vida e/ ou pelo fato de que as visitas domiciliares foram realizadas por não-especialistas.

Embora o grupo controle não tenha recebido visitas domiciliares, este grupo recebeu algum tipo de intervenção psicossocial em dois aspectos: durante o procedimento de inclusão eles relataram sua história relacionada à doença, podendo ser considerada uma intervenção inespecífica, e através das entrevistas, cujos estudantes de certa maneira, conduziram uma intervenção apenas por ouvir os pacientes do grupo controle.

Observaram uma insignificante tendência de melhor bem-estar para o grupo de intervenção do que para o grupo controle no HADS e QLQ-C30 nos primeiros três meses de seguimento após a intervenção ter sido mais intensa ou mais freqüente e pode ser apontado como um possível efeito da intervenção intensiva a curto-prazo sobre o bem-estar.

Recomendam que futuros estudos de intervenção psicossocial incluam triagem para angústia e sofrimento no início do estudo e recomendam testar o efeito de intervenções mais curtas, porém mais intensas realizadas por terapeutas treinados.

Pugliese et al. (2006) em estudo realizado na Itália, aplicaram uma intervenção que consistia em uma abordagem psicológica integrada, que avaliou adaptação, atenção, desordens psicopatológicas durante uma entrevista psicodinâmica, QV pelo QLQ-C30 e depressão e ansiedade pelo HADS, em pacientes com câncer colorretal avançado antes e 18 semanas após o tratamento quimioterápico. Após a intervenção, ocorreu uma redução significativa na ansiedade quando comparado ao período pré-tratamento, porém não houve uma diferença significativa para depressão antes e após o tratamento; diferente dos resultados do estudo **19** em que a ansiedade aumentou e a depressão diminuiu.

Todas as escalas do QLQ-C30 permaneceram estáveis durante o tratamento e encontraram menores escores para a função emocional e para estado de saúde global/ QV geral, e assim como o estudo **19**, os pacientes apresentaram maior escore, significando mais sintomas, para a escala de fadiga (PUGLIESE et al., 2006).

A entrevista após o tratamento mostrou um significativo aumento de pacientes que positivamente experienciaram o impacto do tratamento médico na QVRS, na qualidade do cuidado, na ansiedade e depressão, nos relacionamentos inter-pessoais e no tempo livre. Concluíram que o apoio da abordagem integrada é um meio adicional de habilitar os pacientes a enfrentar seu diagnóstico e tratamento (PUGLIESE et al., 2006).

Outro estudo de intervenção foi realizado por Xiaomei e Jingchuan (2008) na China, onde médicos, enfermeiros e estudantes realizaram a intervenção que consistia de educação anti-câncer e atividades para reabilitação física, mental e social durante dois anos em pacientes com câncer, incluindo colorretal, durante o tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, bioterapia e medicina tradicional chinesa), enquanto o grupo controle foi considerado de auto-reabilitação e não recebeu instruções especiais.

Avaliaram a QV através do QLQ-C30 e encontraram que a QV geral antes do tratamento foi considerada baixa em ambos os grupos. Após dois anos, o GE apresentou melhoras significativamente mais altas do que o GC nos escores de QV geral, função social, estado mental e auto-avaliação e concluíram que a intervenção realizada proporcionou melhora na QV dos pacientes (XIAOMEI e JINGCHUAN, 2008).

Acreditamos que independente do tipo de intervenção, as visitas domiciliares, abordagens psicológicas e/ ou atividades de reabilitação sejam capazes de proporcionar uma melhoria na QV, em maior ou menor grau, em pacientes com câncer colorretal.

O estudo **20** é uma pesquisa qualitativa, de delineamento fenomenológico, onde os pacientes relataram suas experiências através de entrevistas semi-estruturas, realizadas por duas enfermeiras treinadas, que realizaram perguntas abrangentes como “*Como tem sido sua vida com um diagnóstico de câncer colorretal?*” e perguntas mais específicas a respeito do impacto na vida diária, de QV, sobre estratégias de enfrentamento usadas, nível de despreparo e impacto nas crianças (filhos).

Uma análise de conteúdo foi usada para codificar os dados transcritos das entrevistas. Os códigos foram analisados, comparados e agrupados em categorias de acordo com elementos comuns. Definições para as categorias foram desenvolvidas e refinadas, após análise e consenso, as categorias foram agrupadas em grandes grupos chamados de domínios.

Os dados das entrevistas codificados resultaram em seis domínios:

Domínio 1: “Sentimento de que a vida é interrompida”.

Os participantes relataram que suas vidas foram interrompidas pelo impacto da doença, que os sintomas não foram experimentados meramente como sintomas, eles representaram perdas, por exemplo: perda de controle sobre seu intestino, flatos, no peso, na sexualidade, problemas para dormir e outros. Relataram fadiga e insônia, às vezes, relacionado com quimioterapia e que as rotinas diárias foram afetadas pelos sintomas físicos.

Domínio 2: “Experiência com médicos”.

A interação com os médicos foi considerada estressante para muitos participantes, porém confortante para outros. Os participantes tiveram diferentes reações com os médicos, uns relataram sentimento de esperança, outros sentiram falta de compaixão dos médicos, outros ficaram irritados e desapontados e alguns expressaram desordem no modo no qual a informação foi proferida, ou seja, o modo como os médicos informavam sobre o diagnóstico ou tratamento foi desagradável, não preparando o paciente para receber a notícia do diagnóstico ou tratando-os como meros pacientes e não como uma pessoa.

Domínio 3: “Sentindo-se despreparados para tudo”.

Alguns participantes reportaram sentimento de despreparo para todos os aspectos da experiência do câncer colorretal. O nível de despreparo foi muito significativo em sua magnitude, extensão e intensidade.

Domínio 4: “Repensando o papel de pais”.

Muitos participantes lutaram com muitos aspectos da paternidade com as crianças, principalmente com as mais jovens, em como e o que dizer a elas sobre seu câncer. Alguns ainda não haviam falado com os filhos, outros evitavam falar a respeito, para que não afetasse negativamente as crianças, apenas um disse que a doença não afetou seu papel de pai.

Alguns participantes tentaram passar mais tempo com seus filhos e queriam tranquilizá-los com resultados positivos. Outros começaram a fazer coisas diferentes com seus filhos, como assistir a jogos juntos e ajudá-los com as lições escolares.

Domínio 5: “Perguntando-se ‘Por que eu?’”.

A maioria dos participantes procurou achar um sentido existencial de sua doença. Este domínio envolveu seis categorias: procurando razões para a pergunta “*Por que eu?*”; a preocupação sobre as implicações da doença para si e para a família; as condições que a incerteza da doença traz, ocupando-se em rever a vida, valendo-se da fé e confrontando-se com a morte.

Domínio 6: “Lidando com isto”.

Este domínio inclui três categorias maiores incluindo um conjunto de abordagens usadas pelos participantes para lidar com seu câncer colorretal: sendo positivos/ otimistas, aceitando ajuda de outros e adaptando-se a estratégias ativamente.

Os participantes utilizaram as frases “*enfrentamento positivo*” e “*lutando mentalmente*”, eles tentaram manter uma visão positiva apesar do diagnóstico e tratamento. Muitos deles discutiram a importância de aceitar a ajuda de outros e descreviam o modo como enfrentavam a doença, os desafios encontrados. Viver o momento foi importante para eles.

Concluíram no estudo **20** que a experiência dominante dos participantes focou em quatro aspectos: expressar a doença de modo que se tornem capazes de recriar uma semelhança de normalidade ou de seu estado pré-doença, tentar dizer as crianças sobre a

doença de maneira estável, gerar ou manter uma perspectiva positiva, não importa como, e controlar concretamente o sofrimento e os sintomas da doença.

“Recuperando suas vidas normais” emergiu como tema dominante e explica as experiências dos participantes do estudo. Eles tentaram compreender e controlar seu estresse físico e psicológico para viver a vida normalmente.

A maioria dos domínios conceituais continha evidência de um estresse importante na vida dos participantes do estudo. Até quando os participantes tentaram ser esperançosos e descrever os benefícios da doença em suas vidas, como por exemplo, a aproximação com os membros da família. Eles simultaneamente falaram sobre sua força para controlar sintomas inoportunos e algumas vezes imobilizantes, de sua força com interesses existenciais e seu profundo aborrecimento sobre como dizer e apoiar os filhos durante a doença.

Os autores do estudo **20** aconselham a interpretar os dados com cautela, pois a amostra foi pequena e relativamente homogênea, a maioria era caucasiano, classe média a média-alta e com alto nível educacional, chegando a doutorado.

Recomendam para futuras pesquisas a necessidade de desenvolver e testar intervenções baseadas em evidências que articulem as experiências relatadas pelos pacientes.

Como implicações, o estudo sugere a necessidade de avaliar cuidadosamente o impacto do câncer colorretal que esclarecem as experiências dos pacientes na categoria central *“recuperando suas vidas normais”*. Muitos pacientes reconhecem a importância de manter sua rotina diária. O controle efetivo dos sintomas é necessário para reduzir o estresse diário da doença e do tratamento.

Os resultados do estudo **20** mostram que os médicos e outros profissionais que trabalham com pacientes com câncer deveriam oferecer maior apoio a eles sobre como buscar por significados para explicar este evento potencialmente devastador da vida. Ensinar

estratégias de enfrentamento ativo enquanto tentam viver suas vidas tão completa e normalmente quanto possível.

Wright et al. (2006) também realizaram um estudo qualitativo e fenomenológico no Canadá, com pacientes com câncer retal avançado e recorrente através de entrevistas para descrever as experiências física, psicológica, social e emocional destes pacientes após cirurgia com intenção curativa. O grupo foi constituído por 10 pacientes e seis temas emergiram das entrevistas: 1) “tudo que é importante é sua saúde”, os pacientes ficaram agradecidos por terem sobrevivido e sentiram necessidade de se adaptar às mudanças físicas; 2) “opções limitadas” de tratamento, eles sentiram que não tinham conhecimento direto de seu cuidado; 3) “acreditar em seu próprio sentido intuitivo de corpo”, eles relataram que foi o próprio sentido intuitivo que os levaram a procurar por tratamento, ou seja, apresentavam sintomas e se esforçavam para se adequar ao tratamento, encontrando muitas barreiras como ansiedade, raiva e eventualmente profunda assistência em ter um diagnóstico e um plano de tratamento; 4) “morbidade não antecipada”, freqüentemente eles não anteciparam a extensão da morbidade associada ao tratamento apesar das discussões com os profissionais da saúde quanto aos riscos, benefícios e razões do tratamento; 5) “percepção errônea de cura”, eles acreditavam estarem curados após a cirurgia e ficaram muito confusos e ansiosos com questões ligadas à recorrência; 6) “informação necessária apropriada e em tempo”, a necessidade de informação sentida pelos pacientes foi alta.

Outro estudo qualitativo realizado no Japão por Mizuno et al. (2007) investigou as experiências de pacientes que recentemente passaram pela situação estressante de serem diagnosticados com câncer colorretal e submetidos à cirurgia. Entrevistaram 12 pacientes e três domínios emergiram de suas experiências: 1) “cargas/ pesos”, 2) “aceitando o diagnóstico de câncer” e 3) “vivendo a vida normalmente”. Os ‘pesos’ ou ‘cargas’ referidos pelos pacientes incluíram problemas relacionados com a demanda do diagnóstico e da cirurgia, se

consideravam vulneráveis, com condição física hipersensível, ciência da morte e morrer, de possível recorrência; fadiga, conflitos sobre o cuidado de saúde e muita preocupação gasta pela família foram considerados penosos e fizeram os pacientes sentirem falta de controle sobre seus comportamentos, condições ou situações; outra situação considerada penosa foi pedir por assistência ou suporte/ apoio, alguns pacientes desejavam mais informações dos profissionais de saúde e outros queriam dividir seus sentimentos e pensamentos sobre a doença e a falta de oportunidade de conversar foi onerosa; também se perguntaram ‘por que isto aconteceu comigo?’. Quanto ao segundo domínio certos passos foram aparentes na aceitação do diagnóstico: aprenderam a ser grato pelas experiências vividas, desenvolveram força de vontade para enfrentar a doença, passaram a sentirem-se recuperados e não ficando depressivos. Finalmente, para viver suas vidas normalmente, os pacientes mencionaram ações de como resistir à vulnerabilidade, como construir uma rotina diária e pedir ajuda.

Apesar dos temas dos estudos de Wright et al. (2006) e de Mizuno et al. (2007) terem recebido diferentes nomes dos domínios do estudo **20**, percebemos que eles se assemelham, pois em ambos os estudos, os pacientes perceberam mudanças em suas vidas e tiveram que se adaptar a elas, os pacientes apresentaram necessidade de informação recebida por médicos e enfermeiros, pois as acharam insuficientes e ficaram confusos, também tinham medo da morte e se confrontavam com perguntas do porquê estar acontecendo com eles e que apesar de tudo (diagnóstico, sintomas da doença, tratamento, efeitos colaterais e recorrência) sentiram-se agradecidos por estarem vivos e tentaram viver normalmente. O único tema não abordado nestes estudos foi o papel de pais, ou seja, o relacionamento dos pacientes com seus filhos.

Concluimos que embora os pacientes tenham enfrentado diversas dificuldades, eles foram capazes de realizar ações e modificações em suas condutas, gradualmente aceitaram seu diagnóstico de câncer e reassumiram suas vidas normalmente.

6.2.6 QUALIDADE DE VIDA E ASPECTOS INERENTES AO PACIENTE

Síntese dos estudos que compõem a categoria qualidade de vida e os aspectos inerentes ao paciente.

Estudos	Instrumentos de QV utilizados	Domínios de QV afetados	Síntese do conhecimento
21, 22, 23 e 24	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 e QLI.	<p>Função física e saúde/ QV global, sintomas de fadiga, náusea e vômito, insônia, constipação e diarreia nas mulheres e satisfação sexual prejudicada para os homens.</p> <p>Função física, fadiga e dor em pacientes ≥ 70 anos.</p> <p>Desempenho de papel, QV global, sintomas de fadiga e insônia em pacientes desnutridos.</p>	<p>Os quatro estudos são quantitativos, de delineamento não-experimental, sendo dois estudos coortes onde se testou a correlação entre sexos e faixas etárias e dois exploratórios que descreveram a diferença entre pacientes bem e mal-nutridos e outro investigou se a QV prediz sobrevivência.</p> <p>Um utilizou instrumento geral e os demais utilizaram instrumentos específicos.</p> <p>Os resultados indicam que sexo feminino, idade superior a 70 anos e desnutrição são associados com pior qualidade de vida.</p> <p>Consideram importante avaliar a gravidade e importância clínica da cirurgia na qualidade de vida em pacientes idosos.</p> <p>As variáveis: subescala 'saúde e físico', QV global, história de tratamento e estágio do tumor ao diagnóstico foram associadas significativamente com sobrevivência.</p>

Esta categoria engloba os estudos **21** a **24**, todos de delineamento não-experimental e se refere a aspectos ou características inerentes ao paciente com câncer colorretal. O estudo **21** abordou a diferença de qualidade de vida entre os sexos, o **22** a diferença entre faixas etárias, o **23** a diferença no estado nutricional enquanto que o **24** investigou se a satisfação do paciente com sua qualidade de vida prediz tempo de sobrevivência.

O estudo **21** é de corte longitudinal, estudo coorte e prospectivo, que se propôs a examinar como a QV muda com o tempo e se o sexo influencia na QV percebida, antes e após procedimento cirúrgico em pacientes com câncer retal, utilizando o QLQ-C30 e QLQ-CR38.

Quanto às escalas funcionais do QLQ-C30, no período pós-operatório recente (na alta hospitalar), a maioria dos escores foi notadamente pior do que os valores de 'baseline' (pré-operatório); a maioria dos escores voltou aos valores de início aos seis meses de pós-operatório. A função física foi significativamente melhor para os homens do que para as mulheres durante todo o período observado, eles alcançaram os níveis de 'baseline' depois de dois anos, enquanto as mulheres não alcançaram durante o período observado.

O desempenho de papel apresentou queda chegando até 50 % abaixo dos valores de 'baseline' em ambos os sexos. O item de saúde/ QV global teve os valores mais baixos para ambos os sexos na alta hospitalar, foi significativamente melhor para os homens aos três meses e permaneceu significante até dois anos após a cirurgia.

Encontraram diferenças significantes entre os sexos para as escalas de fadiga, náusea e vômito, insônia, constipação e diarreia, com as mulheres apresentando mais sintomas.

Com relação ao módulo específico, no estudo **21** os homens relataram maiores dificuldades com satisfação sexual do que as mulheres; com o tempo, estes problemas sexuais criaram altos níveis de tensão nos homens. A mudança nos hábitos alimentares foi significativamente maior para as mulheres do que para os homens no pós-operatório, elas também apresentaram maiores escores para dor abdominal.

Concluíram no estudo **21** que a qualidade de vida muda depois da cirurgia e diferem entre homens e mulheres. As mulheres parecem ser afetadas por prejudicada função física e saúde/ QV global. O sexo feminino é associado significativamente com maiores níveis de fadiga e aumentada tensão após a cirurgia. Quanto à satisfação sexual prejudicada, os homens estão mais sobre tensão do que as mulheres.

Schmidt et al. (2005), utilizando os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-CR38, em pacientes com câncer retal na Alemanha, também encontraram diferenças entre os sexos, cujas mulheres relataram mais insônia, fadiga, perda de apetite e constipação do que os homens, enquanto eles apresentaram melhores escores para função física e sofreram mais do que as mulheres em relação à sexualidade prejudicada, corroborando com o estudo **21**.

Em estudo realizado na Espanha por Lara, Piñero e Perucho (2004), utilizando o Nottingham Health Profile, as mulheres apresentaram piores escores do que os homens em todas as dimensões e conseqüentemente pior QV global.

No estudo de Nicolussi e Sawada (2008) realizado no Brasil em pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante, através do instrumento QLQ-C30 encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, onde os homens apresentaram melhores escores para as funções emocional e cognitiva, enquanto que as mulheres apresentaram maiores escores, significando mais sintomas para dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite.

O estudo **22** é também de corte longitudinal, estudo coorte e prospectivo, cujo objetivo foi determinar como a idade na época da cirurgia afeta a QV em paciente com câncer retal após ressecção cirúrgica. Avaliaram a QV antes e após a cirurgia desde a alta hospitalar até dois anos depois, utilizando os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-CR38.

Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com a faixa etária de 40 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80 e acima de 80 anos. Encontraram significantes diferenças entre pacientes

com 69 anos e mais jovens e aqueles com 70 anos e mais velhos; portanto, subdividiram em dois grupos para análise: pacientes com até 69 anos e pacientes acima de 70 anos.

Nas escalas funcionais, a função física foi significativamente maior para pacientes \leq 69 anos antes da cirurgia e permaneceram melhores durante todo o tempo exceto na alta hospitalar. Os escores de desempenho de papel caíram quase 50% dos dados de pré-operatório (baseline) na alta hospitalar e foram significativamente mais baixos para pacientes \leq 69 anos, que recuperaram significativamente após três meses. Saúde/ QV geral foi significativamente melhor para pacientes \leq 69 anos antes da cirurgia, aos três meses até um ano após a cirurgia. As funções cognitiva e social foram maiores para pacientes \leq 69 anos com significantes valores aos três meses para função cognitiva e aos 12 meses para função social. As funções emocional e psicológica foram similares para os dois grupos.

Quanto às escalas de sintomas, os resultados foram similares, com a maioria dos escores baixos no pós-operatório recente e alcançando os dados de 'baseline' depois de seis meses. Pacientes \geq 70 anos apresentaram significativamente mais fadiga dos três aos 12 meses, também apresentaram significativamente mais dor depois de três e seis meses. Insônia, perda de apetite, diarreia e constipação foram similares. Somente náusea e vômito foram significativamente maiores depois de seis meses para pacientes \leq 69 anos.

Com relação à escala específica de câncer retal no estudo **22**, encontraram significantes diferenças entre os grupos para função sexual, satisfação sexual e tensão com o tratamento. A função sexual foi prejudicada para ambos os grupos mas foi pior para pacientes \leq 69 anos em todo período observado. Tensão devido a sexualidade prejudicada foi significativamente maior para pacientes \leq 69 anos principalmente aos três e 24 meses. Tensão devido o tratamento foi significativamente pior para pacientes \geq 70 anos aos três meses. Durante o mesmo período, os valores de tensão quanto ao tratamento aumentaram para

pacientes ≤ 69 anos e alcançaram maiores níveis do que aqueles para pacientes ≥ 70 anos depois de 24 meses após a cirurgia.

Concluíram no estudo **22** que a idade causa efeitos significantes na qualidade de vida. O índice de complicações foi maior nos pacientes idosos e sobrevivência foi melhor para pacientes ≤ 69 anos. Os pacientes ≥ 70 anos relataram significativamente piores escores para função física. Desempenho de papel foi melhor durante o período pós-operatório recente, mas piorou depois de três meses até 24 após a cirurgia. A saúde/ QV geral também foi melhor para pacientes ≤ 69 anos. Os resultados indicam a gravidade e importância clínica da cirurgia retal na qualidade de vida de pacientes idosos.

Amemiya et al. (2007) em estudo realizado no Japão avaliou pacientes idosos (≥ 75 anos) durante o pré e pós-operatório de cirurgia para câncer gástrico e colorretal, utilizando o SF-12 e o EuroQol, encontraram que poucos pacientes apresentaram diminuição nas atividades de vida diária e a maioria exibiu melhor QV após a cirurgia, contrariando o estudo **22**, cujos idosos apresentaram complicações e déficits para função física. Porém, este estudo não comparou dados com pacientes mais jovens, avaliaram apenas os idosos; também devemos analisar com cautela, pois a população japonesa apresenta maior expectativa de vida.

O estudo **3** desta revisão integrativa encontrou que os escores de desempenho de papel e função social aumentaram nos idosos (> 60 anos) e diferenças em relação aos sintomas como fadiga, insônia, diarreia e dificuldades financeiras foram maiores entre os mais jovens (< 60 anos) e menores entre os idosos (> 60 anos).

O estudo **4** desta revisão também encontrou diferenças, as escalas funcionais foram maiores entre os pacientes mais jovens (< 60 anos) e menores entre os mais velhos (> 60 anos), cujos déficits foram mais proeminentes para desempenho de papel, funções emocional, cognitiva e social e problemas financeiros.

Não encontramos uma unanimidade com relação à faixa etária, porém observamos que tanto os adultos jovens quanto os idosos apresentam déficits em alguma função ou relatam mais sintomas do que outros em algum momento no pós-operatório e sabemos que tanto o câncer quanto o tratamento cirúrgico causam impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

O estudo **23** é descritivo, exploratório e transversal, realizado nos Estados Unidos em 58 pacientes, que investigou a relação entre estado nutricional e QV no câncer colorretal.

O estado nutricional foi avaliado usando medidas laboratoriais de albumina sérica, pré-albumina e transferrina e pelos instrumentos de avaliação nutricional SGA (Subjective Global Assessment) e BIA (Bioelectrical Impedance Analysis), e a QV pelo QLQ-C30.

A hipótese era que pacientes desnutridos com câncer colorretal avançado poderiam ter qualidade de vida pior do que os bem-nutridos com doença semelhante.

A prevalência de desnutrição, determinado pelo SGA foi 41% (24 pacientes). Os pacientes bem-nutridos apresentaram significativamente melhores escores na saúde global/ QV geral, na função física e desempenho de papel. Interessantemente, a média do escore para desempenho de papel foi 41,6 pontos mais alto nos pacientes bem-nutridos, indicando uma grande diferença clinicamente significativa.

Os pacientes bem-nutridos demonstraram significativamente melhores escores nas escalas de sintomas: fadiga, dor, insônia, perda de apetite e constipação, significando apresentarem menos sintomas, comparados com os desnutridos, com as diferenças representando moderada ou grande significância clínica.

Quando comparado os escores do QLQ-C30 com o estado nutricional dos pacientes do estudo **23** medido pelo Subjective Global Assessment (SGA), encontraram que o estado de bem-nutrido foi significativamente associado com um aumento na saúde/ QV geral, na função física e desempenho de papel, sugerindo melhora nas funções. Similarmente, o estado de

bem-nutrido foi associado com uma diminuição nos sintomas de fadiga, dor, insônia e perda de apetite, sugerindo diminuição dos sintomas.

Concluíram no estudo **23** que um bom estado nutricional, medido pelo SGA, foi associado com uma melhora marcante na maioria das escalas de funções e sintomas de QV.

Concluíram que desnutrição está associada com pior QV nos pacientes com câncer colorretal avançado, quando medida pelo QLQ-C30. Coletivamente, os resultados sugerem que estado nutricional pode ser usado como uma importante variável de estratificação em estudos que avaliam resultados de qualidade de vida em câncer avançado.

As limitações do estudo **23** foram: sendo retrospectivo impossibilitou a inferência causal da desnutrição; não foi realizado teste de confiabilidade para o uso do SGA e BIA, apenas foi minimizado o viés por restringir o uso destes instrumentos por nutricionista bem-treinado com técnica clínica; e o tamanho pequeno da amostra.

Pakiz et al. (2004) realizaram um estudo de intervenção nos Estados Unidos em pacientes que tiveram um adenoma ou um pólipso maligno operado e exploraram a relação entre mudanças dietéticas e QVRS, utilizando o instrumento quality-of-life factors (QF). Os participantes foram randomizados em grupo controle (GC) e de intervenção (GI), o GI foi orientado a realizar mudanças no padrão alimentar para atingir o objetivo do estudo, que incluía o consumo de menores níveis de gordura e aumentar a quantidade de fibras, vegetais, frutas e cálcio e foram seguidos durante um ano.

O GI aumentou significativamente o consumo dos alimentos propostos em 12 meses. Não encontraram diferenças significativas nos escores de QF total para os dois grupos no final do estudo e nem mudanças significativas com o tempo de seguimento. Encontraram que os escores para o GI foram significativamente maiores para o domínio 'health action' que diz respeito às fontes de informação sobre nutrição/ saúde utilizada, porém não encontraram diferenças significantes nos outros domínios entre os grupos. Os domínios 'health action' e

auto-cuidado apresentaram mudanças significativas com o tempo para o GI e o domínio satisfação com a vida para o GC. Concluíram que embora os participantes do GI realizaram modificações significantes em seu comportamento dietético, estas mudanças não causaram impacto na qualidade de vida percebida (PAKIS et al., 2004).

Blanchard, Courneya e Stein (2008) em estudo realizado no Canadá avaliaram a aderência a recomendações como, por exemplo, aumentar o consumo de frutas e vegetais em sobreviventes de câncer, incluindo colorretal e a QVRS, através do RAND-36. Encontraram que a minoria (14,8% a 19,1%) conhecia as recomendações de consumo de frutas e vegetais ao menos 5x/ dia, que os sobreviventes que conheciam as recomendações apresentaram maior QVRS do que os que não conheciam e concluíram que a aderência a uma dieta saudável pode melhorar a QVRS de sobreviventes de câncer.

Os estudos de Pakiz et al. (2005) e Blanchard, Courneya e Stein (2008) avaliaram a QV em pacientes ambulatoriais que conheciam ou mudaram o comportamento alimentar e com isto apresentaram estabilidade ou melhora na QV, enquanto que o estudo **23** avaliou a QV em pacientes hospitalizados, com dados que avaliaram o estado nutricional e não investigaram a mudança alimentar. Como os pacientes bem-nutridos apresentaram melhores escores de QV e que mudança para uma alimentação saudável provê uma melhora na QV, podemos inferir que uma mudança no padrão alimentar em pacientes com câncer colorretal desnutridos pode proporcionar-lhes uma melhora nas escalas funcionais, de sintomas e saúde/ QV global.

O estudo **24** é descritivo e exploratório, de corte transversal, visou determinar se a satisfação do paciente com sua QV, medida pelo QLI (Quality of Life Index), poderia prever duração/ extensão da sobrevivência em pacientes com câncer.

Os pacientes responderam o questionário na admissão hospitalar antes de serem submetidos a uma terapia. Também coletaram informações sobre idade ao diagnóstico,

estágio da doença ao diagnóstico e história de tratamento. A única informação requerida de seguimento foi data de morte ou data do último contato/ notícia de estar vivo.

Encontraram no estudo **24** que a subescala ‘saúde e físico’ teve o menor escore, enquanto que o maior escore foi para a subescala família. O único parâmetro que mostrou uma associação estatisticamente significativa com sobrevivência foi a subescala ‘saúde e físico’.

Encontraram quatro variáveis que associaram significativamente com sobrevivência e foram a subescala ‘saúde e físico’, a QV global, a história de tratamento e o estágio do tumor ao diagnóstico. Cada variável foi preditiva de sobrevivência independente uma da outra.

Concluíram no estudo **24** que a satisfação do paciente com QV, medida pelo QLI, provê útil informação prognóstica em pacientes com câncer colorretal independente do estágio do tumor ao diagnóstico e história de tratamento.

Como limitações citam que restringiram a pacientes que falavam inglês, a amostra não é amplamente representativa, a maioria dos pacientes estavam em estágio avançado e iniciaram tratamento em outro hospital, o estudo não estabelece uma relação causal e não avaliaram a significância prognóstica das mudanças ocorridas na QV durante o tratamento.

Recomendam que estes resultados requerem investigações futuras em largos estudos coortes, que podem ter importantes implicações para a estratificação do paciente em ensaios clínicos e auxiliar na decisão clínica.

Efficace et al. (2005) realizaram um ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico em pacientes com câncer colorretal avançado em tratamento quimioterápico de sete países, visando a sobrevivência geral e a QVRS, utilizando o QLQ-C30. Encontraram que as escalas de função física e QV global, assim como no estudo **24** foram preditivas de maior sobrevivência, além de outras escalas como função social, fadiga, náusea e vômito,

perda de apetite e os parâmetros biomédicos como estado de desempenho, número de 'sites' envolvidos, contagem de células brancas e fosfatase alcalina.

Hohenberger et al. (2005) em seu estudo realizado na Alemanha em pacientes com carcinoma retal invasivo operado, encontraram que a classificação R (que especifica a ausência ou presença de tumor residual após o tratamento), a extensão anatômica (descrita pela classificação TNM), estágio tumoral e invasão venosa extra-mural foram os parâmetros que mais influenciaram a sobrevivência dos pacientes com câncer retal.

7 CONCLUSÕES

Na busca por evidências disponíveis sobre o conhecimento científico produzido relacionado à qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto, obtivemos em nossa revisão integrativa artigos com temas relevantes relacionados à qualidade de vida, a saber: sobrevivência a curto e a longo-prazo, influência da atividade física e do seguimento por exames na qualidade de vida, avaliação psicossocial e aspectos inerentes ao paciente.

Em relação à qualidade de vida e o tempo de sobrevivência a curto-prazo, ou seja, até cinco anos após o diagnóstico, identificamos seis artigos de delineamento não-experimental, estudos descritivos e exploratórios, com nível de evidência 6, considerado fraco. Observamos que os pacientes com câncer colorretal tratados e sobreviventes no período de cinco anos, apresentam as funções física, social, emocional e cognitiva e desempenho de papel afetado; e sintomas como dor, fadiga, insônia, náusea e vômito, perda de apetite, dispnéia, constipação e diarreia, em maior ou menor grau, de acordo com a idade do paciente, o estágio da doença, remissão ou recorrência e aparecimento de metástase, e que os pacientes com estomas, apesar de relatarem menores escores de qualidade de vida, as diferenças entre eles e os pacientes sem estomas não foram significativas.

Quanto à qualidade de vida e o tempo de sobrevivência a longo-prazo, ou seja, após cinco anos do diagnóstico, encontramos três estudos também de nível de evidência fraco (nível 6), todos estudos descritivos e exploratórios; nos quais detectamos que outros fatores além do câncer afetam a qualidade de vida dos sobreviventes de câncer colorretal, tais como: estilo de vida, presença de co-morbidades, sedentarismo, maior massa corporal; com déficits principalmente relacionados à função física, desempenho de papel e QV global e sintomas de depressão e distúrbios intestinais e urinários, afetando também as mulheres com estomas e com recorrência do câncer.

Na temática qualidade de vida e atividade física, identificamos três estudos com diferentes níveis de evidência, um estudo clínico randomizado controlado – nível 2, um

estudo coorte – nível 4 e um descritivo e exploratório – nível 6. Os estudos mostraram que o tratamento para o câncer influencia negativamente a atividade física, ou seja, muitos pacientes param de se exercitar durante o tratamento e não retomam o padrão após o mesmo, causando prejuízos nas funções funcionais (desempenho de papel) e adicionais (relacionada ao câncer colorretal) e que a prática de exercícios e o aumento da aptidão física influenciam positivamente a qualidade de vida com uma melhora significativa desta e com uma diminuição no nível de ansiedade em sobreviventes.

Relacionados à temática de qualidade de vida e seguimento por exames, encontramos dois artigos, um estudo coorte, nível de evidência 4 que acompanhou os pacientes em seguimentos mais e menos intensos, através de realizações de exames e encontraram que o grupo de acompanhamento mais intenso ou mais freqüente apresentou melhor qualidade de vida, com pequena diferença, porém estatisticamente significativa; e um ensaio clínico randomizado controlado, com nível de evidência forte (nível 2) que comparou pacientes em seguimento com clínicos e cirurgiões através de realizações de diferentes exames, os quais não encontraram diferenças significantes na qualidade de vida dos pacientes. Estes estudos sugerem que os protocolos de seguimento devam ser revisados a fim de evitar exames e consultas desnecessários.

Com relação à qualidade de vida e avaliação psicossocial, detectamos seis estudos, sendo quatro descritivos e um qualitativo, de nível de evidência 6 e um ensaio clínico randomizado controlado, nível 2, que avaliaram aspectos relacionados à ansiedade e depressão, ao suporte social (apoio instrumental, emocional e informacional) e a rede social, onde os pacientes apresentaram como domínios mais afetados: desempenho de papel, função emocional, social, física e mental com déficits para imagem corporal e sintomas de depressão, ansiedade e insônia. Encontraram que fatores como idade, sexo, maior massa corporal e presença de co-morbidades causam ansiedade e depressão e levam a uma diminuição dos

escores de qualidade de vida; que o enfermeiro, além da família e amigos, é considerado uma fonte de apoio/ suporte; que intervenção psicossocial melhora a qualidade de vida e que apesar das mudanças ocorridas na vida dos pacientes com câncer, eles conseguem se adaptar e continuam a viver normalmente.

Quanto aos aspectos inerentes aos pacientes, encontramos quatro estudos, sendo dois estudos coortes (nível 4 de evidência) e dois descritivos e exploratórios (nível 6). Os estudos coortes testaram a correlação entre qualidade de vida e sexo e qualidade de vida e faixa etária, encontraram que as mulheres e os pacientes maiores de 70 anos relataram menor qualidade de vida, cujos domínios mais afetados foram a função física, QV global, sintomas de fadiga, náusea e vômito, constipação e diarreia para as mulheres e a função física, fadiga e dor para os idosos. Um estudo descritivo avaliou o estado nutricional, encontrando que os pacientes desnutridos apresentam pior qualidade de vida com déficits para desempenho de papel, QV global, fadiga e insônia, e o outro estudo descritivo investigou se a qualidade de vida poderia influenciar o tempo de sobrevivência e encontrou que melhor função física e QV global, tipo de tratamento e estágio inicial do tumor influencia positivamente, aumentando o tempo de sobrevivência.

Com relação aos instrumentos utilizados nestas publicações, encontramos 17 instrumentos diferentes, dos quais seis são instrumentos gerais, dois específicos para câncer, dois específicos para câncer colorretal e sete avaliam questões específicas como ansiedade, depressão, rede social, satisfação com a vida, experiências e dimensões relacionadas à saúde. Os mais utilizados foram o QLQ-C30, considerado o mais recomendado para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer (BOWLING, 2001), o QLQ-CR38 e o FACT-C, específicos para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito subjacente à utilização da revisão integrativa como método de pesquisa, segundo Cooper (1984) é localizar e integrar as inferências de projetos de pesquisas individuais, tanto às premissas centrais na validação do conhecimento quanto as envolvidas na análise de dados originais, com o objetivo de apresentar o estágio atual do conhecimento sobre aquele tópico específico ou lançar luzes sobre assuntos ainda não solucionados.

Durante a presente revisão integrativa, tivemos a oportunidade de construir uma síntese do conhecimento científico relacionada a qualidade de vida apresentada pelo paciente com câncer de cólon e reto. Contudo, observamos como lacunas no conhecimento, a falta de estudos que retratem evidências fortes, ou seja, estudos sobre intervenções de enfermagem ao paciente com câncer de cólon e reto visando o processo de reabilitação destes pacientes e que proporcionem melhoria em sua qualidade de vida.

Quanto à produção científica nacional, encontramos apenas um estudo desenvolvido no Brasil, mostrando-nos a necessidade de mais estudos sobre esta temática. Com relação à atuação do enfermeiro nestes estudos, observamos sua participação como autor principal em apenas dois estudos. Sabemos que a qualidade de vida é um termo emergente e muitos pesquisadores têm estudado a temática em dissertações e teses nas universidades; porém muitas vezes, artigos provenientes destes estudos não estão sendo publicados e quando publicados, nem sempre o são em periódicos indexados em bases de dados, por isto detectamos a escassez de artigos nacionais e de contribuição do enfermeiro.

A deficiência encontrada quanto à produção nacional, à participação do enfermeiro e aos poucos estudos de intervenção nos faz pensar em como melhorar o cenário de nossa produção científica.

O enfermeiro pode atuar ativamente em estudos de avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cólon e reto através de intervenções de suporte psicossocial ao indivíduo e a sua família, incluindo o apoio emocional, o informacional e até o instrumental;

através de programas para a realização de atividade física e sessões de relaxamento sem que estas intervenções interfiram no tratamento e desde que não haja contra-indicações, levando a um bem-estar físico, mental e social e conseqüentemente a uma qualidade de vida melhor.

Acreditamos, que a tríade de enfermeiros pesquisadores, clínicos e educadores, deve ser fortalecida, que através da Prática Baseada em Evidências, o educador possa auxiliar na formação de pesquisadores para que desenvolvam estudos de intervenção eficazes para propiciar subsídios ao enfermeiro atuante na prática clínica para juntos estabelecer o planejamento do processo de reabilitação do paciente com câncer colorretal, visando à melhoria na qualidade de vida desta população.

9 REFERÊNCIAS

AARONSON, N.K.; AZMEDZAI, S.; BERGMAN, B. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ C-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J. Natl Cancer Inst**; v. 85, p. 365-376, 1993.

AMEMIYA, T. et al. Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. **Ann Surg**, v. 246, n. 2, p. 222-228, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS – ABRASO. Ostomia – A cirurgia da vida. Produzido por ABRASO. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/ostomia.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing and integrative review. **AORN Journal**, v.67, n.4, p.877-880, apr. 1998.

BEYEA, S.C. Evaluating evidence found on the internet. **AORN J.**, v.72, n.5, p. 906-910, 2000a.

_____. Finding internet recourses to support evidence-based practice. **AORN J.**, v.72, n.3, p. 367-369, 2000b.

BLANCHARD, C.M.; COURNEYA, K.S.; STEIN, K. Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American Cancer Society's SCS-II. **J Clin Oncol**, v. 26, p. 2198-2204, 2008.

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, 538 p.

BOUDIONI, M. et al. Do men with prostate or colorectal cancer seek different information and support from women with cancer? **British Journal of Cancer**, v. 85, n. 5, p. 641-648, 2001.

BOWLING, A. **Measuring Disease**. Second edition, Open University Press: Philadelphia, USA; 2001.

BRABO, E.P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

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, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: Classificação de Tumores Malignos**/ traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.

BREUKINK, S.O. et al. Prospective evaluation of quality of life and sexual functioning after laparoscopic total mesorectal excision. **Dis Colon Rectum**, v. 50, p. 147-155, 2006.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNALF, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2000. Chapter 3, p. 231-250.

BRUNHEROTTI, M.R. **Intervenções no extravasamento de quimioterápicos vesicantes: revisão integrativa da literatura**. 2007. 143f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BURNS, C.M.; CRAFT, P.S.; RODER, D.M. Does emotional support influence survival? Findings from a longitudinal study of patients with advanced cancer. **Support Care Cancer**, v. 13, p. 295-302, 2005.

CAMILLERI-BRENNAN, J.; STEELE, R.J.C. The impact of recurrent rectal cancer on quality of life. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 27, p. 349-353, 2001a.

_____. Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. **Br J Surg**, v. 88, n. 12, p. 1617-1622, 2001b.

_____. Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. **Colorrectal Dis.** v. 4, p. 61-6, 2002.

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.

CASSIANI, S.H. de B. **Buscando significado para o trabalho:** o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras. 1994. 197f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

CELLA, D.F.; TULSKY, D.S. Measuring the quality of life today: methodological aspects. **Oncology** (Huntingt), v. 4, n. 5, p. 29-38, 1990.

CLOSS, S.J.; CHEATER, F.M. Evidence for nursing practice: a classification of the issues. **J. Adv. Nursing**, v. 30, n. 1, p. 10-17, 1999.

COOPER, H.M. **The Integrative research review.** Bervelly Hills: SAGE Publications, 1984. 142p.

COURNEYA, K.S.; e al. The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-HOPE) trial in cancer survivors: physical fitness and quality of life outcomes. **Psycho-Oncology**, v. 12, p. 357-374, 2003.

COURNEYA, K.S. et al. Exercise issues in older cancer survivors. **Critical Reviews in Oncology/ Hematology**, v. 51, p. 249-261, 2004.

DEIMLING, G.T. et al. The health of older-adult, long-term cancer survivors. **Cancer Nursing**, v. 28, n. 6, p. 415-424, 2005.

DEIMLING, G.T. et al. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 15, n. 4, p. 306-320, 2006.

DIMEO, F.C.; THOMAS, F.; RAABE-MENSSEN, C.; PRÖPPER, F.; MATHIAS, M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. **Support Care Cancer**, v. 12, p. 774-779, 2004.

DUNKIN, M.J. Types of errors in synthesizing research in education. **Rev. Educ. Res.**, v. 66, p. 87-97, 1996.

EFFICACE, F. et al. Does a patient's self-reported health-related quality of life predict survival beyond key biomedical data in advanced colorectal cancer? **European Journal of Cancer**, v. 42, p. 42-49, 2005.

ELLIOTT, B.A. et al. Health-related quality of life (HRQoL) in patients with cancer and other concurrent illnesses. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 457-462, 2004.

ENGEL, J. et al. Comparison of breast and rectal cancer patients' quality of life: results of a four year prospective field study. **European Journal of Cancer Care**, v. 12, p. 215-223, 2003a.

_____. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. **Ann Surg.**, v. 238- n. 2, p. 203-213, 2003b.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, London, v. 22, p. 502-508, 1995.

FENTON, R.G.; LONGO, D.L. Biologia celular do câncer. In: BRAUNWALD, E.; et al. **Harrison Medicina Interna**. 15^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002. p. 541-549.

FILIPOVIC', B.R. et al. Depression and anxiety levels in therapy-naïve patients with inflammatory bowel disease and cancer of the colon. **J Gastroenterol**, v. 13, n. 3, p. 438-443, 2007.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999a.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatria**, v. 21, p. 21-28, 1999b.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

GALVA, M.A.M. Qualidade de vida e saúde. **Revista de Enfermagem – UERJ**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-382, 1998.

GALL, C.A. et al. Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. **Dis Colon Rectum**, v. 50, p. 801-809, 2007.

GALVÃO, C.M. **A prática em evidência**: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. Ribeirão Preto. 2002. 114f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50. 2003.

GANONG, L.H. Integrative Reviews of Nursing Research. **Research in Nursing & Health**, v.10, p.1-11, fev. 1987.

GEMELLI, L.M.G.; ZAGO, M.M.F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 34-40. jan./fev. 2002.

GILL, T.M., FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GOSELINK, P. et al. Quality of life after total mesorectal excision for rectal cancer. **Colorectal Disease**, v. 8, p. 15-22, 2005.

GROSSMANN, E.M. et al. Follow-up of colorectal cancer patients after resection with curative intent – the GILD trial. **Surgical Oncology**, v. 13, p. 119-124, 2004.

HÄGGMARK, C. et al. Effects of information supply on satisfaction with information and quality of life in cancer patients receiving curative radiation therapy. **Patient Education and Counseling**, v. 45, p. 173-179, 2001.

HAMER, S. Evidence-based practice. In: HAMER, S.; COLLINSON, G. **Achieving evidence-based practice**: a handbook for practitioners. London: Bailliere Tindall, 1999. p.3-

12.

HOHENBERGER, W.; BITTORF, B.; PAPADOPOULOS, T.; MERKEL, S. Survival after surgical treatment of cancer of the rectum. **Langenbecks Arch Surg**, v. 390, p. 363-372, 2005.

INGERSOLL, G.L. Evidence-based nursing: what is it and what it isn't. **Nursing Outlook**, v. 48, n. 4, p. 151-152, july/aug. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Produzido por INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=325>. Acesso em: 29 fev. 2008.

JEFFERY, M.; HICKEY, B.E.; HIDER, P.N. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, CD002200, 2007.

JEPHCOTT, C.R.; PALTIEL, C.; HAY, J. Quality of life after non-surgical treatment of anal carcinoma: a case control study of long-term survivors. **Clinical Oncology**, v. 16, p. 530-535, 2004.

KAMEO, S.Y. **Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

KERR, J. et al. Doctor-Patient Communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. **Dis Colon Rectum**, v. 46, n. 8, p. 1038-1046, Aug. 2003.

KOOP, I.; BAUHOFER, A.; KOLLER, M. Understanding quality of life in patients with colorectal cancer: comparison of data from a randomized controlled trial, a population based cohort study and the norm reference population. **Inflammation Research**, v. 53, Supplement 2, p. S130-S135, 2004.

KRAINOVICH-MILLER, B. Literature Review. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6ed. St. Louis: Mosby/ Elsevier, 2006. p. 78-110.

KROENKE, C.H. et al. Depressive symptoms and prospective of colorectal cancer in women. **Am J Epidemiol.**, v. 162, n. 9, p. 839-848, 2005.

KURTZ, M.E. et al. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. **Support Care Cancer**, v. 10, n. 6, p. 494-501, 2002.

KUZU, M.A. et al. Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. **Dis Colon Rectum**, v. 45, p. 1359-1366, 2002.

LARA, F.J.P.; PIÑERO, A.N.; PERUCHO, A.F. Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer. **Rev Esp Enferm Dig.**, Madrid, v. 96, n. 11, p. 746-757, 2004.

LIU, J-E.; MOK, E.; WONG, T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 3, p. 262-270, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. O Papel da Pesquisa em Enfermagem. In: _____. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 1, p. 3-17.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6ed. St. Louis: Mosby/ Elsevier, 2006a.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Nonexperimental designs. In: _____. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6ed. St. Louis: Mosby/ Elsevier, 2006b. p. 238-259.

MARGAREY, J.M. Elements of a systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 7, p. 376-382, nov. 2001.

MARTINS, M. de F.M; GOMES, M. da M. Procurando a melhor evidência clínica. In: GOMES, M. da M. **Medicina baseada em evidências: Princípios e práticas**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001. cap. 4, p.65-80.

MARZIALE, M.H.P. Produção científica da enfermagem brasileira: A busca pelo impacto internacional. Editorial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 285-6, 2005.

MAYER, R.J. Câncer do trato gastrointestinal. In: BRAUNWALD, E.; et al. **Harrison Medicina Interna**. 15ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002. Cap. 90, p. 613-623.

MCKIBBON, K.; MARKS, S. Searching the best evidence. Part 1: Where to look. **Evidence-Based Nursing**, v.1, n.3, p.68-69, 1998.

MELNYK, B.M. Strategies for overcoming barriers in implementing evidence-based practice. **Pediatric Nursing**, v.28, n. 2, p. 159-161, 2002.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: _____ **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott WilliamsWilkins, 2005. Cap1, p. 3-24

MENDES, K.D.S. **Transplante de Fígado**: Evidências para o cuidado de enfermagem. 2006. 202f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MEYERHARDT, J.A.; MAYER, R.J. Follow-up strategies after curative resection of colorectal cancer. **Semin Oncol.**, v. 30, n. 3, p. 349-360, 2003

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIZUNO, M. et al. Experiences of Japanese patients with colorectal cancer during the first six months after surgery. **Oncol Nurs Forum**, v. 34, n. 4, p. 869- 876, 2007.

MOREIRA, M.C. et al. A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 595-600, 2006.

MORRIS, J.; PEREZ, D.; McNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 85-91, 1998.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paulista de Enfermagem**, (no prelo), 2008.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Ed Reichmann & Affonso Editores, 2002, 526p.

OZOLS, R.F. et al. Clinical cancer advances 2006: Major research advances in cancer treatment, prevention, and screening – A report from the American Society of Clinical Oncology. **J Clin Oncol**, v. 25, n. 1, p. 146-162, 2007.

PAIVA, S.M.M. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PAKIZ, B. et al. Quality of life and diet intervention in individuals at risk for recurrence of colorectal adenomas. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 85-93, 2005.

POLLACK, J. et al. Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. **British Journal of Surgery**, v. 93, p. 1519-1525, 2006.

POLETTI, N.A.A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. 2000. 269f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

POLIT, D.F.; BECH, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª. ed. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2004.

PUGLIESE, P. et al. An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 4, 9p., 2006.

REIS, F.B.; CICONELLI, R.M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Rev. Bras. Ortop.**, v. 37, n. 3, p. 51-55, 2002.

RENEHAN, A.G. et al. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. **BMJ**, 2002.

RENNER, K. et al. Quality of life after surgery for rectal cancer: Do we still need a permanent colostomy? **Dis Colon Rectum**, v. 42, p. 1160-1167, 1999.

RUTLEDGE, D.N.; DE PALMA, J.A.; CUNNINGHAM, M. A process model for evidence-based literature syntheses. **Oncology Nursing Forum**, v. 31, n. 3, p. 543-550, 2004.

SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SAUSVILLE, E.A.; LONGO, D.A. In: BRAUNWALD, E.; et al. **Harrison Medicina Interna**. 15ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002. Cap. 84, p. 562-580.

SAWADA, N.O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** 2002. 82f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SCHMIDT, C.E. et al. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. **Dis Colon Rectum**, v. 48, p. 483-492, 2005.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SIDERIS, L. et al. Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics. **Dis Colon Rectum**, v. 48, p. 2180-2191, 2005.

SILVA, V.C.E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente.** 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M.M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 614-619, 2006.

SILVEIRA, R.C.C.P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de hickman:** a busca de evidências. 2005. 134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIMON, J.M. Evidence-based practice in nursing. **Nurs Diag**, v. 10, n. 3, p.3, jan/mar 1999.

SMELTZER, C.S.; BARE, B.C. (Eds) **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2v. 2005.

SORENSEN, J.B.; ROSSEL, P.; HOLM, S. Patient-physician communication concerning participation in cancer chemotherapy trials. **British Journal of Cancer**, v. 90, n. 2, p. 328-332, 2004.

SPENCE, R.A.; JOHNSTON, P.G. **Oncologia.** Rio de Janeiro – R.J. Editora Guanabara – Koogan, 2003.

SPENCE, R.R. et al. Randomised controlled trial of a supervised exercise rehabilitation program for colorectal cancer survivors immediately after chemotherapy: study protocol. **BMC Cancer**, v. 7, p. 154, 2007.

STETLER, C.B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**, v. 28, n. 7/8, p. 45-5, 1998.

STOMMEL, M. et al. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. **Health Psychol.**, v. 23, n. 6, p. 564-573, 2004.

TITLER, M.G. Uso da pesquisa na prática. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap.19, p. 268-287.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN WILGEN, C.P. et al. Measuring somatic symptoms with the CES-D to assess depression in cancer patients after treatment: comparison among patients with oral/oropharyngeal, gynecological, colorectal, and breast cancer. **Psychosomatics**, v. 47, n. 6, p. 465-470, 2006.

VIGNA-TAGLIANTI, F. et al. Quality of systematic reviews used in guidelines for oncology practice. **Annals of Oncology**, v. 17, n. 4, p. 691-701, 2006.

VIRONEN, J.H. et al. **Dis Colon Rectum**, v. 49, p. 568-578, 2006.

VOOGT, E. et al. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. **Psycho-Oncology**, v. 14, n. 4, p. 262-273, 2005.

WHITTEMORE, R.; GREY, M. Experimental and quasiexperimental designs. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6ed. St. Louis: Mosby/ Elsevier, 2006. p. 220-237.

WHITTEMORE, R.; KNALF, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

WILSON, T.R.; ALEXANDER, D.; KIND, P. Measurement of health-related quality of life in the early follow-up of colon and rectal cancer. **Dis Colon Rectum**, v. 49, p. 1692-1702, 2006.

WRIGHT, F.C. et al. Qualitative assessment of patient experiences related to extended pelvic resection for rectal cancer. **J Surg Oncol.**, v. 93, n. 2, p. 92-99, 2006.

XIAOMEI, H.; JINGCHUAN, F. The effect of a complex healing treatment on 2-year survival rate of patients with malignant tumors. **Integr Cancer Ther.**, v. 7, n. 1, p. 18-23, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do Artigo	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE QUALIDADE DE VIDA

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Definição utilizada: <input type="checkbox"/> QV Geral <input type="checkbox"/> QV relacionada à Saúde <input type="checkbox"/> outra: _____ Especificar a definição utilizada: _____ _____ _____
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico/ Mental <input type="checkbox"/> Nível de Independência <input type="checkbox"/> Relações Sociais <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais <input type="checkbox"/> Sexualidade e Interesses Sexuais <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____ _____
Quanto ao instrumento utilizado:	Qual é(são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)? _____ _____ _____ O pesquisador justifica a escolha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Justificativa: _____ _____ _____ O instrumento utilizado é validado para a população do estudo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

O pesquisador solicita aos participantes da pesquisa dados complementares sobre QV, QVRS e/ ou outros dados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? <input type="checkbox"/> Avaliação individual para QV <input type="checkbox"/> Indicação de itens adicionais (não abordado pelo pesquisador) <input type="checkbox"/> Dados sócio-demográficos <input type="checkbox"/> Dados clínicos <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____
--	--

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Tipo de Publicação/ Delineamento de Pesquisa (Segundo POLIT, BECH e HUNGLER, 2004 e LOBIONDO-WOOD e HABER 2006)	Pesquisa: <input type="checkbox"/> Quantitativa <input type="checkbox"/> delineamento experimental <input type="checkbox"/> delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> delineamento não-experimental Corte: <input type="checkbox"/> transversal <input type="checkbox"/> longitudinal <input type="checkbox"/> Qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia/ Etnociência <input type="checkbox"/> Fenomenologia/ Hermenêutica <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada Não Pesquisa: <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Revisão Sistemática <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Outras. Qual? _____
Objetivos	
População	Faixa etária: <input type="checkbox"/> Adulto jovem <input type="checkbox"/> Adulto idoso (>60anos) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Estomas: <input type="checkbox"/> Sem estoma <input type="checkbox"/> Com estoma Tipo: <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> _____ Local da assistência/ pesquisa: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> enfermaria <input type="checkbox"/> ambulatório <input type="checkbox"/> Comunidade/ Residência
Amostra (Segundo POLIT, BECH, HUNGLER, 2004)	Amostragem de não-probabilidade: <input type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> quota <input type="checkbox"/> proposital (intencional) Amostragem de probabilidade: <input type="checkbox"/> aleatória simples (randômica) <input type="checkbox"/> aleatória estratificada <input type="checkbox"/> de grupo <input type="checkbox"/> sistemática <input type="checkbox"/> outro tipo de amostragem _____

	Tamanho (n): inicial _____ final _____ Critérios de inclusão/ exclusão: _____ _____ _____ _____
Tratamento dos Dados (Análise estatística)	
Nos estudos de intervenção, qual(is) a(s) intervenção(ões) usada(s)?	Variáveis: () Independente (intervenção): _____ _____ () Dependente _____ _____ Grupos: Experimental _____ Controle _____
Resultados	
Conclusões	
Nível de evidência (Segundo MELNIK, B.M., FINEOUT- OVERHOLT, E., 2005)	() I – Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaio Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC () II – pelo menos um ECRC bem delineado () III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização () IV – estudos de caso-controle e de coorte bem delineados () V – RS de estudos descritivos ou qualitativos () VI – único estudo descritivo ou qualitativo () VII – opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas

APÊNDICE B – Referências bibliográficas dos estudos incluídos na presente Revisão Integrativa

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. **Journal of Clinical Oncology**, v. 22, n. 23, p. 4829-4836, 2004.

_____. Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study. **European Journal of Cancer**, v. 42, p. 1848-1857, 2006.

COURNEYA, K.S.; FRIEDENREICH, C.M. Relationship between exercise pattern across the cancer experience and current quality of life in colorectal cancer survivors. **The Journal of Alternative and complementary Medicine**, v. 3, n. 3, p. 21-226, 1997.

COURNEYA, K.S.; FRIEDENREICH, C.M. ARTHUR, K.; BOBICK, T.M. Physical exercise and quality of life in postsurgical colorectal cancer patients. **Psychology, Health and Medicine**, v. 4, n. 2, p. 181-187, 1999.

COURNEYA, K.S.; FRIEDENREICH, C.M. QUINNEY, H.A.; FIELDS, A.L.A.; JONES, L.W.; FAREY, A.S. A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors. **European Journal of Cancer Care**, v. 12, p. 347-357, 2003.

GUPTA, D.; LIS, C.G.; GRANICK, J.; GRUTSCH, J.F.; VASHI, P.G.; LAMMERSFELD, C.A. Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 59, n. 7, p. 704-709, 2006.

HAMASHIMA, C. Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 17, p. 571-576, 2002.

HOULDIN, A.D.; LEWIS, F.M. Salvaging their normal lives: A qualitative study of patients with recently diagnosed advanced colorectal cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 33, n. 4, p. 719-725, 2006.

KERR, J.; ENGEL, J.; SHLESINGER-RAAB, A.; SAUER, H.; HÖLZEL, D. Doctor-Patient Communication: Results of a four-year prospective Study in rectal cancer patients. **Dis Colon Rectum**, v. 46, n. 8, p 1038-1046, 2003.

KJELDSEN, B.J.; THORSEN, H.; WHALLEY, D.; KRONBORG, O. Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 34, n. 5, p. 509-515, 1999.

LIS, C.G.; GUPTA, D.; GRANICK, J.; GRUTSCH, J.F. Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer? **Supportive Care in Cancer**, v. 14, p. 1104-1110, 2006.

MICHELONE, A.P.C.; SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 875-883, 2004.

RAMSEY, S.D.; ANDERSEN, M.R.; ETZIONI, R.; MOINPOUR, C.; PEACOCK, S.; POTOSKY, A.; URBAN, N. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. **Cancer**, v. 88, n. 6, p. 1294-1303, 2000.

RAMSEY, S.D.; BERRY, K.; MOINPOUR, C.; GIEDZINSKA, A.; ANDERSEN, M.R. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. **Am J Gastroenterol.**, v. 97, n. 5, p. 1228-1234, 2002.

RAUCH, P.; MINY, J.; CONROY, T.; NEYTON, L.; GUILLEMIN, F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. **J Clin Oncol.**, v. 22, n. 2, p. 354-360, 2004.

ROSS, L.; THOMSEN, B.L.; KARLSEN, R.V.; BOESEN, E.H.; JOHANSEN, C. A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients – The INCA Project. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 949-961, 2005.

SAPP, A.L.; TRENTAM-DIETZ, A.; NEWCOMB, P.A.; HAMPTON, J.M.; MOINPOUR, C.M.; REMINGTON, P.L. Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors. **Cancer**, v. 98, n. 8, p. 1749-1458, 2003.

SCHMIDT, C.E.; BESTMANN, B.; KUHLER, T.; LONGO, W.E.; KREMER, B. Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer. **World Journal of Surgery**, v. 29, n. 2, p. 190-197, 2005.

SCHMIDT, C.E.; BESTMANN, B.; KUHLER, T.; LONGO, W.E.; ROHDE, V.; KREMER, B. Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. **World Journal of Surgery**, v. 29, p. 1630-1641, 2005.

SULTAN, S.; FISHER, D.A.; VOILS, C.I.; KINNEY, A.Y.; SANDLER, R.S.; PROVENZALE, D. Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer. **Cancer**, v. 10, n. 12, p. 2737-2743, 2004.

TRENTHAM-DIETZ, A.; REMINGTON, P.L.; MOINPOUR, C.M.; HAMPTON, J.M.; SAPP, A.L.; NEWCOMB, P.A. Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors. **The Oncologist**, v. 8, p. 342-349, 2003.

TSUNODA, A.; NAKAO, K.; HIRATSUKA, K.; YASUDA, N.; SHIBUSAWA, M.; KUSANO, M. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. **International Journal of Clinical Oncology**, v. 10, n. 6, p. 411-417, 2005.

TSUNODA, A.; NAKAO, K.; HIRATSUKA, K.; YASUDA, N.; TSUNODA, Y.; KUSANO, M. Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery. **Acta Oncologica**, v. 46, n. 1, p. 77-82, 2007.

WATTCHOW, D.A.; WELLER, D.P.; ESTERMAN, A.; PILOTTO, L.S.; MCGORM, K.; HAMMETT, Z.; PLATELL, C.; SILAGY, C. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. **British Journal of Cancer**, v. 94, n. 8, p. 1116-1121, 2006.

APÊNDICE C – Síntese dos estudos incluídos na presente Revisão Integrativa

ESTUDO 1

AUTOR (ES):	Ramsey, S.D.; Andersen, M.R.; Etzioni, R.; Moinpour, C.; Peacock, S.; Potosky, A.; Urban, N.
TÍTULO:	Quality of life in survivors of colorectal carcinoma
FONTE/ ANO:	Cancer, 2000.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 172 pacientes foram selecionados do Cancer Surveillance System (CSS) com carcinoma de cólon e reto como diagnóstico primário e único e > 19 anos ao diagnóstico, excluindo o estágio 0 (TNM), e sobreviventes por pelo menos 1 ano após o diagnóstico.</p> <p>A coleta dos dados ocorreu em 2 fases: 1) entre abril e novembro de 1996. N = 74. 2) entre maio e dezembro de 1997. N = 98. N final total = 172.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar estado de saúde geral e várias dimensões específicas da doença em pessoas com carcinoma colorretal, focando nestas medidas de QVRS, comparando os sobreviventes de carcinoma colorretal com diferentes estágios TNM e tempo desde o diagnóstico que foi dividido em 4 períodos (13-24 meses, 25-36 m, 37-60 m e > 60 m).</p> <p>Utilizaram os instrumentos FACT-C e HUI, e uma questão de saúde global.</p>
RESULTADO:	<p>No geral, os entrevistados relataram um relativo alto nível de QVRS. A QVRS variou substancialmente entre os respondentes nos primeiros três anos após o diagnóstico. Depois de três anos, respondentes em todos os estágios, exceto IV parecem ter estabilizado em um nível relativamente alto de QVRS.</p> <p>As escalas mais afetadas foram dor, bem-estar funcional e social em todos os estágios e tempo desde o diagnóstico. Status de baixa renda foi associado com piores resultados para dor, deambulação e bem-estar social e emocional. Somente escores de bem-estar emocional melhoraram significativamente com o tempo em ambas fases.</p>
CONCLUSÃO:	Aqueles indivíduos que permaneceram um longo tempo de remissão do carcinoma colorretal puderam experienciar uma QVRS relativamente alta, embora déficits (audição, visão e dor) permanecem em várias áreas, particularmente naqueles com baixo status sócio-econômico.

ESTUDO 2

AUTOR (ES):	Michelone, A.P.C., Santos, V.L.C.G.
TÍTULO:	Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.
FONTE/ ANO:	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 48 sobreviventes de câncer colorretal atendidos pelo SUS no período de 1995 a 2000, > 18 anos e residentes na XIV DIR-SP. Sendo 31 (64,6%) sem ostomia e 14 (35,4%) com ostomia.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Analisar e comparar a QV dos sobreviventes de câncer colorretal, com e sem ostomia, atendidos pelo SUS na XIV Divisão Regional da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.</p> <p>Verificar as associações estatísticas existentes entre os escores de QV e as características demográficas e clínicas entre os dois grupos.</p> <p>Utilizaram o instrumento WHOQOL-bref e o correlacionou com os dados sócio-demográficos e clínicos.</p>
RESULTADO:	<p>A QV foi avaliada como “boa” para 17 (548%) do grupo sem ostomia e 9 (52,9%) dos com ostomia; e “muito boa” para 6 (19,3%) sem ostomia e 4 (23,5%) com ostomia. Sem diferença estatisticamente significativa.</p> <p>Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os domínios: Físico, onde os católicos ostomizados tiveram maiores escores do que os ostomizados de outras religiões; e Relações Sociais, onde os não ostomizados que voltaram ao trabalho apresentaram maiores escores do que os que não retornaram.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluíram que os pacientes não ostomizados apresentaram maiores escores médios para todos os domínios quando comparados àqueles obtidos pelos ostomizados, apesar de não serem constatadas diferenças significativas entre os grupos.</p> <p>Conforme observaram em outros estudos, eles acreditam que a presença de colostomia não parece ter afetado significativamente a qualidade de vida dessa clientela.</p> <p>Ressaltam que há poucas pesquisas acerca da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal e ostomizados, e que o foco das pesquisas tem sido na qualidade de sobrevivência.</p>

ESTUDO 3

AUTOR (ES):	Arndt, V; Merx, H.; Stegmaier, C.; Ziegler, H.; Brenner, H.
TÍTULO:	Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study.
FONTE/ ANO:	Journal of Clinical Oncology, 2004.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 439 homens e mulheres entre 18 e 80 anos diagnosticados recentemente com câncer colorretal invasivo entre 01/10/1996 e 28/02/1998 em Saarland (sudoeste da Alemanha), foram recrutados para o estudo.</p> <p>N = 309 (final) pacientes, participaram do seguimento, 1 ano após o recrutamento.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Descrever a QV dos pacientes com câncer colorretal 1 ano depois do diagnóstico quando os efeitos do tratamento agudo são esperados terem diminuído.</p> <p>Identificar limitações específicas de QV destes sobreviventes de câncer colorretal em comparação com homens e mulheres da população geral.</p> <p>Na primeira fase, coletaram dados sócio-demográficos através de entrevistas e variáveis clínicas dos registros médicos.</p> <p>Na segunda fase, um ano após o recrutamento utilizaram o questionário EORTC QLQ-C30.</p> <p>Compararam com resultados do QLQ-C30 de um estudo publicado da população geral alemã, de 1998, derivados de uma amostra representativa de 1.139 mulheres e 889 homens, idade entre 16 e 92 anos.</p>
RESULTADO:	<p>Várias limitações foram observadas para as escalas de função Emocional e Social e de sintomas: fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.</p> <p>As diferenças a respeito dos escores funcionais e de sintomas foram predominantemente encontrados no grupo de idade mais jovem (< 60 anos), enquanto que os pacientes com câncer mais velhos (> 60 anos) e os da população geral avaliaram sua saúde e QV similarmente.</p> <p>Na comparação com a população geral, os pacientes com câncer colorretal apresentaram os escores minimamente piores para função física, cognitiva, desempenho de papel e saúde global.</p>
CONCLUSÃO:	Déficits na função emocional e social e limitações específicas como fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras são os principais fatores que prejudicam a QV entre pacientes com câncer colorretal e parecem afetar predominantemente os pacientes mais jovens (< 60 anos).

ESTUDO 4

AUTOR (ES):	Arndt, V; Merx, H.; Stegmaier, C.; Ziegler, H.; Brenner, H.
TÍTULO:	Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study.
FONTE/ ANO:	European Journal of Cancer, 2006.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 439 pacientes entre 18 e 80 anos diagnosticados recentemente com câncer colorretal invasivo entre 10/1996 e 02/1998 em Saarland (sudoeste da Alemanha). N = 309 pacientes, participaram do seguimento, 1 ano após o recrutamento. N = 222 pacientes, 2 anos após o primeiro seguimento (3 anos após o diagnóstico).</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Em estudo anterior, os autores encontraram que as funções emocional e social são os maiores fatores que afetam a QV de pacientes com câncer colorretal 1 ano após o diagnóstico e predominantemente afetou os mais jovens (< 60 anos). Neste estudo, vão discutir acerca desta questão, se estes déficits na QV persistem com um período de tempo maior e se os pacientes mais jovens continuavam a sofrer em particular.</p> <p>Na primeira fase, coletaram dados sócio-demográficos e clínicos. Na segunda fase, utilizaram o questionário EORTC QLQ-C30. Na terceira fase, utilizaram o EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38.</p> <p>Compararam com resultados do QLQ-C30 de um estudo publicado da população geral alemã, de 1998, derivados de uma amostra representativa de 1.139 mulheres e 889 homens, idade entre 16 e 92 anos.</p>
RESULTADO:	<p>Na comparação interna do grupo de câncer entre o primeiro e terceiro ano após o diagnóstico, os pacientes livres da doença (n = 196) relataram uma QV muito próxima aos obtidos anteriormente, mas escores menores nas funções e maiores dos sintomas, indicando uma gradual redução da QVRS. Sintomas como insônia e dispnéia aumentaram. Nos pacientes mais velhos (> 60 anos), na média, seus escores de QV pioraram.</p> <p>Pacientes com recorrência da doença (n = 26) apresentaram prejuízo em quase todas as escalas funcionais e de sintomas.</p> <p>Comparação com a população geral: a maioria dos pacientes relatou alta QV geral, mas encontraram diferenças clinicamente significantes para as funções emocional e social e sintomas como dispnéia, constipação e diarreia.</p> <p>As diferenças entre os grupos com respeito às escalas funcionais foram maiores entre os grupos mais jovens (<60 anos) com déficits para desempenho de papel, funções emocional, cognitiva e social e problemas financeiros.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Após três anos do diagnóstico, a maioria dos pacientes relatou alta QV geral, mas déficits nas funções emocional e social e limitações específicas como fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras persistem.</p> <p>Pacientes mais jovens continuam a serem mais fortemente afetados pela seqüela física e psicossocial do câncer colorretal.</p> <p>Melhora na QV do primeiro ao terceiro ano após o diagnóstico em pacientes que permaneceram livres da doença foi modesto e limitado a menos dificuldades financeiras, uma melhor perspectiva futura e menores problemas com estomas.</p>

ESTUDO 5

AUTOR (ES):	Rauch, P.; Miny, J.; Conroy, T.; Neyton, L.; Guillemin, F.
TÍTULO:	Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer.
FONTE/ ANO:	Journal of Clinical Oncology, 2004.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 121 pacientes que foram submetidos a cirurgia curativa primária para câncer retal entre 1990 e 1996 em 2 hospitais franceses (Comprehensive Anticancer Center, Nancy e University Hospital, Besançon), com história de adenocarcinoma retal com 15 cm da borda anal, ao menos com 2 anos de seguimento e livres da doença (sem recorrência ou metástase).</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar o impacto de fatores relacionados ao paciente e ao tratamento na QV a longo-prazo.</p> <p>Comparar a QV dos sobreviventes de câncer retal que estavam livres da doença há 2 anos com uma população geral de idade similar e que nunca foram diagnosticados com câncer.</p> <p>Utilizaram os instrumentos: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 e o Duke questionnaire.</p> <p>Compararam os dados do QLQ-C30 e do Duke com respostas da população geral da Noruega e da Alemanha.</p>
RESULTADO:	<p>Pacientes com estomas relataram melhor função social avaliado pelo Duke, com menos ansiedade e maior auto-estima, do que os pacientes sem estomas, porém relataram mais incontinência urinária.</p> <p>O QLQ-CR38 não distingue entre estes grupos.</p> <p>Dor abdominal ou pélvica residual e constipação tiveram a maior influencia negativa na QV.</p> <p>Pacientes relataram menos dor do que a população geral.</p> <p>Escore físico do QLQ-C30 também foram maiores entre sobreviventes de câncer retal do que a população geral Norueguesa ou Alemã.</p>
CONCLUSÃO:	<p>QV é alta entre sobreviventes de câncer retal, incluindo pacientes com estomas.</p> <p>Uso simultâneo de vários questionários de QV parece ter valor no seguimento e monitoramento dos efeitos da terapia.</p> <p>O impacto da dor residual e constipação na QV a longo-prazo deve ser considerada quando estabelecer um regime de tratamento.</p>

ESTUDO 6

AUTOR (ES):	Tsunoda, A.; Nakao, K.; Hiratsuka, K.; Yasuda, N.; Tsunoda, Y.; Kusano, M.
TÍTULO:	Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery
FONTE/ ANO:	Acta Oncologica, 2007.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 100 (inicial e final) pacientes com câncer colorretal submetidos à ressecção cirúrgica com intenção curativa, entre dezembro de 2001 a novembro de 2004, no Showa University Hospital, e que estavam livres de completa recorrência no período de seguimento.</p> <p>Obs. Os questionários não foram recebidos de 4 a 12 pacientes por mês.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Examinar como a QV dos pacientes após cirurgia para câncer colorretal muda com o tempo. Identificar as variáveis que influenciam na QV dos pacientes 1 ano seguinte à cirurgia.</p> <p>Utilizaram o instrumento QLQ-C30 na semana anterior a cirurgia e mensalmente até 1 ano após a cirurgia.</p> <p>Analisaram o PS (estado de desempenho) no pré-operatório.</p>
RESULTADO:	<p>Os escores de 5 dimensões QV: Função Física, Desempenho de papel, Fadiga, Dor e Dispneia caíram significativamente abaixo dos valores pré-operatório no 1º. mês depois da cirurgia; porém retornaram aos valores pré-operatório com 3 meses depois.</p> <p>Os escores de 7 dimensões de QV: QV Global, funções Emocional e Social, Insônia, Perda de apetite, Diarréia e Dificuldades Financeiras melhoraram após 4 meses.</p> <p>Outros escores incluindo Função Cognitiva, Náusea e Vômito, e Constipação permaneceram sem mudança.</p> <p>Análise de regressão mostrou que o estado de desempenho pré-operatório predisse várias escalas de QV um ano após a cirurgia.</p>
CONCLUSÃO:	<p>A QV geral dos pacientes com câncer colorretal estabilizou cerca de 3 meses após a cirurgia.</p> <p>Estado de desempenho pré-operatório mostrou um largo impacto em várias dimensões da QV.</p>

ESTUDO 7

AUTOR (ES):	Ramsey, S.D.; Berry, K; Moynour, C.; Giedzinska, A.; Andersen, M.R..
TÍTULO:	Quality of life in long term survivors of colorectal cancer.
FONTE/ ANO:	The American Journal of Gastroenterology, 2002.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 227 pacientes sobreviventes foram selecionados do Cancer Surveillance System (CSS) com câncer de cólon e reto como diagnóstico primário e único e > 19 anos ao diagnóstico, e passado pelo menos 60 meses do tempo do diagnóstico até a data da pesquisa.</p> <p>A amostra excluiu o estágio 0 (TNM) e dividiu o tempo desde o diagnóstico em 3 períodos: 5-9 anos, 10-14 anos e ≥ 15 anos.</p> <p>A pesquisa foi conduzida entre setembro/ 1998 e agosto/ 1999.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar estado de saúde geral e várias dimensões específicas da doença em indivíduos que estão ao menos 5 anos do seu diagnóstico inicial de câncer colorretal.</p> <p>Utilizaram os instrumentos HUI, CES-D, o item que avalia saúde geral e mede vitalidade do SF-36 e questões do FACT-C a respeito de ostomia e função intestinal e seus efeitos na dieta, função social e imagem corporal.</p> <p>Compararam com dados da população geral de mesma idade.</p>
RESULTADO:	<p>Sobreviventes relataram relativamente uma uniforme e alta QV, sem restrição de estágio e tempo desde o diagnóstico.</p> <p>Altos níveis de co-morbidades influenciaram negativamente a QVRS. A presença de diarreia foi negativamente e significativamente associada com QV. Altos níveis de renda foram significativamente associados com mais escores favoráveis para depressão.</p> <p>Comparados com populações de mesma idade, os sobreviventes há mais tempo relataram maior QV geral, mas com altos índices de depressão. 16% dos pacientes relataram 3 ou + movimentos intestinais por dia e 49% apresentaram diarreia crônica recorrente.</p>
CONCLUSÃO:	Aqueles que conquistaram remissão do câncer colorretal podem experimentar uma QV relativamente alta, embora sintomas físicos como diarreia e sintomas depressivos permanecem como problema.

ESTUDO 8

AUTOR (ES):	Hamashima, C.
TÍTULO:	Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients.
FONTE/ ANO:	Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2002.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 164 (inicial) pacientes com câncer retal que receberam cirurgia como seu tratamento inicial no St. Marianna University Hospital entre 1978 e 1997, foram selecionados no Kanagawa Cancer Registry, em agosto de 1999 e 110 pacientes (N final – 67,1%) participaram do estudo.</p> <p>Sendo 72 pacientes sem estoma e 38 com estoma.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Comparar QV a longo-prazo de pacientes em pós-operatório com câncer retal com e sem estoma utilizando o instrumento EuroQol, na versão japonesa.</p> <p>Realizaram comparações do índice de sobrevivência cumulativa de 5 e 10 anos entre pacientes com e sem estoma, por sexo e tempo de sobrevivência (< 8 anos e ≥ 9 anos).</p>
RESULTADO:	<p>Pacientes com estoma tiveram menor disfunção intestinal, maior desordem urinária e igual atividade sexual comparados com os pacientes sem estoma, e disseram que tinham diminuído a atividade sexual após a cirurgia, porém estas diferenças não foram significantes.</p> <p>O índice de sobrevivência cumulativa de 5 e 10 anos foi maior para os pacientes sem estoma comparados com os pacientes com estoma.</p> <p>Por sexo, nas mulheres os itens: estágio da doença, presença de estoma, hábito de fumar, número familiar e frequência de visitas hospitalares afetaram a QV, contudo nenhum item afetou os homens.</p> <p>Itens como idade, desordem urinária, consumo de álcool e sair para passear afetaram a QV no grupo sobrevivente a longo-prazo (≥ 9 anos).</p>
CONCLUSÃO:	<p>A presença de um estoma não afetou a QV nos homens, mas afetou nas mulheres.</p> <p>A QV do grupo de sobreviventes a longo-prazo (≥ 9 anos) foi associada com vários itens a respeito do estilo de vida, sintomas e atividade usual, e a associação não dependeu da presença do estoma.</p> <p>A QV a longo-prazo pode ser identificada de acordo com as características dos pacientes com câncer retal, independente da presença de um estoma.</p>

ESTUDO 9

AUTOR (ES):	Trentham-Dietz, A.; Remington, P.L.; Moinpour, C.M.; Hampton, J.M.; Sapp, A.L.; Newcomb, P.A.
TÍTULO:	Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors.
FONTE/ ANO:	The Oncologist, 2003
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 726 mulheres diagnosticadas em Wisconsin com câncer de cólon (502) ou reto (224), com números na lista telefônica, foram recrutadas para o estudo entre 1990-1991 e participaram da primeira fase. Sendo que 98% tinham câncer invasivo confirmado.</p> <p>N = 307 (final – 69%) sobreviventes e localizadas, participaram do seguimento entre abril e dezembro de 1999, mas somente 259 foram avaliadas acerca da QV.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Descrever a QVRS geral das mulheres sobreviventes de câncer colorretal a longo-prazo e os fatores que podem modificar seus níveis de QV.</p> <p>Na primeira fase, as participantes completaram uma entrevista estruturada aproximadamente 1 ano após o diagnóstico; foram obtidas informações sobre o conhecimento ou suspeita dos fatores de risco para câncer de intestino grosso, e completaram um questionário sobre frequência alimentar. QV não foi avaliada, pois o objetivo na época foi avaliar os fatores de risco para incidência da doença.</p> <p>No seguimento, apenas 259 mulheres responderam o questionário SF-36, questões a respeito do conhecimento e dos fatores de risco suspeitados, questões pertinentes ao diagnóstico original de câncer colorretal e tratamento.</p> <p>Avaliaram as nove escalas de domínio do SF-36 e combinaram oito escalas para formar dois escores resumidos, a escala Mental Component Summary (MCS) e a Physical Component Summary (PCS). Também calcularam o índice de massa corporal.</p>
RESULTADO:	<p>Uma substancial proporção de participantes relataram o valor máximo possível (100) para as escalas função física (46%), social (47%) e emocional (60%).</p> <p>O escore médio de PCS foi menor para participantes com mais idade, maior número de co-morbidades e maior massa corporal. Os escores médios de MCS e de vários domínios do SF-36 também foram menores para as sobreviventes com maior número de co-morbidades.</p> <p>O estado de saúde física geral foi menor entre as mulheres com estomas, e com recorrência do câncer colorretal nos primeiros 5 anos.</p> <p>O escore de MCS também foi menor naquelas com menores níveis educacionais.</p> <p>As mulheres parecem relatar QVRS comparáveis com as mulheres de idade semelhante da população geral.</p>
CONCLUSÃO:	Concluem que com o passar do tempo, o que influencia a QV em mulheres sobreviventes de câncer colorretal não é o diagnóstico inicial, mas outros fatores como a idade, peso corporal e co-morbidades.

ESTUDO 10

AUTOR (ES):	Courneya, K.S.; Friedenreich, C.M.
TÍTULO:	Relationship between exercise pattern across the cancer experience and current quality of life in colorectal cancer survivors.
FONTE/ ANO:	The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 1997.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório, de design retrospectivo.</p> <p>N = 130 sobreviventes com câncer colorretal diagnosticados entre janeiro de 1992 e agosto de 1995 em Alberta, Canadá e recebido uma forma de terapia adjuvante (exemplo: quimioterapia, radioterapia) e não estarem recebendo tratamento ativo durante o estudo.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Identificar os principais padrões de exercícios de sobreviventes de câncer colorretal durante a experiência do câncer e determinar sua relação com a QV atual.</p> <p>Os participantes foram orientados a relatar seu padrão de exercício durante três períodos (por ex., pré-diagnóstico, durante o tratamento e após o tratamento) e sua QV atual.</p> <p>Foram coletados dados demográficos e clínicos, índice de massa corporal, o questionário: Leisure Score Index (LSI) do Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ) para avaliar o comportamento de exercício, que avalia a frequência de leve, moderado a extremo de exercício feito durante o tempo livre por pelo menos 15 minutos numa semana típica.</p> <p>Utilizaram o FACT-C para avaliar a QV e o Satisfaction With Life Scale (SWLS) para avaliar a satisfação com a vida.</p>
RESULTADO:	<p>Detectaram 4 padrões de exercícios: Mantenedores (ativos nos 3 períodos), Relapsos Temporários (ativos pré-diagnóstico e pós-tratamento e inativos durante), Relapsos Permanentes (ativos pré-diagnóstico e inativos durante e pós-tratamento) e Não Praticantes (inativos nos 3 períodos).</p> <p>As dimensões física, emocional e social de QV foram significativamente mais altas do que as dimensões funcional e adicional (relacionadas ao câncer colorretal). A dimensão funcional foi a que mais correlacionou com satisfação com a vida (SWLS) geral.</p> <p>Os níveis de exercício diminuíram do pré-diagnóstico ao tratamento ativo e então aumentaram pós-tratamento, mas não retornaram aos níveis pré-diagnóstico; revelando que o tratamento ativo teve um significativo efeito negativo no nível de participação de exercício.</p> <p>Relapsos Permanentes relataram a mais baixa QV.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluíram que o tratamento para o câncer tem um impacto negativo nos níveis de exercício e que aqueles indivíduos previamente ativos que falharam em reiniciar os exercícios depois do tratamento, relataram a mais baixa QV, um a quatro anos depois.</p>

ESTUDO 11

AUTOR (ES):	Courneya, K.S.; Friedenreich, C.M.; Arthur, K.; Bobick, T.M.
TÍTULO:	Physical exercise and quality of life in postsurgical colorectal cancer patients.
FONTE/ ANO:	Psychology, Health and Medicine, 1999.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	IV
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo coorte, de design prospectivo.</p> <p>N = 126 (inicial) pacientes pós-cirúrgicos por câncer colorretal, em seguimento no Tom Baker Cancer Center (TBCC) em Calgary, Alberta, Canadá entre setembro de 1996 e dezembro de 1997 e terem recebido aprovação médica para participar do estudo; excluindo os com co-morbidades, complicações cirúrgicas e com problemas psicológicos, outros se recusaram a participar por falta de interesse ou se acharam dominados pela experiência do câncer, restando 53 pacientes que participaram do estudo.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Examinar a relação entre exercício físico e QV em pacientes com câncer colorretal.</p> <p>Coletaram dados demográficos e clínicos e calcularam o índice de massa corporal.</p> <p>Utilizaram os questionários de QV: FACT-C e SWLS; LSI do GLTEQ para avaliar o comportamento de exercício e um registro de exercício para monitorar seu comportamento de exercício durante os próximos 4 meses.</p> <p>Baseline: coletaram dados de QV. Mensalmente por 4 meses: participantes informaram seu comportamento de exercício referente ao mês anterior. Aos 4 meses: coletaram dados de QV.</p>
RESULTADO:	<p>As dimensões física, emocional, social e adicional foram significativamente maiores do que a funcional no início do estudo. No quarto mês do seguimento, a dimensão emocional foi significativamente maior do que as demais.</p> <p>Correlacionando com o exercício físico, mudanças na frequência de exercício leve e moderado foram significativamente relacionadas com QV no quarto mês do seguimento tão bem quanto com as mudanças na QV.</p> <p>As mudanças no exercício leve correlacionaram positivamente com as dimensões: física, funcional, social, adicional e QV total e satisfação com a vida ao quarto mês.</p>
CONCLUSÃO:	Concluem que mudanças na frequência de exercício (leve) do pré-diagnóstico para o pós-tratamento são positivamente associados com QV em pacientes com câncer colorretal.

ESTUDO 12

AUTOR (ES):	Courneya, K.S.; Friedenreich, C.M.; Quinney, H.A.; Fields, A.L.A.; Jones, L.W.; Farey, A.S.
TÍTULO:	A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors.
FONTE/ ANO:	European Journal of Cancer Care, 2003.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	II
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento experimental de corte longitudinal. Ensaio Clínico Randomizado Controlado.</p> <p>N = 102 sobreviventes de câncer colorretal do Cross Cancer Institute (CCI) em Edmonton, Alberta, Canadá, operados há pelo menos 3 meses, recuperados da cirurgia, passado pelo revised Physical Activity Readiness Questionnaire (rPAR-Q) e sem contra-indicações para o exercício determinado pelo teste de aptidão cardio-respiratório submáximo; recrutados entre outubro/ 1998 e abril/ 2001.</p> <p>Randomização de 2:1 (G Experimental : G Controle), porque anteciparam uma não-aderência de 50% em populações saudáveis. GE = 69 (inicial) e 62 (final); GC = 33 (inicial) e 31 (final), sendo que 93 participantes completaram as avaliações de QV e 88 (destes) completaram o teste de aptidão pós-teste.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Determinar os efeitos da intervenção de exercício realizado em casa na mudança na QV em sobreviventes de câncer colorretal ressecados recentemente, a maioria dos quais estavam recebendo terapia adjuvante.</p> <p>Intervenção: programa de exercícios personalizados ao menos 3-5 vezes/ semana, por 20-30 minutos até 65-75% do índice máximo cardíaco prognosticado; por 16 semanas. O GC foi orientado a não iniciar qualquer exercício estruturado durante o curso da intervenção.</p> <p>Foram avaliados no início e final do estudo (após 16 semanas): QV através do FACT-C, FACT-G e TOI (trial outcome index) que é a soma das escalas de bem-estar físico, funcional e a sub-escala colorretal do FACT; satisfação com a vida através do SWLS; depressão pela escala CES-D; ansiedade pelo STAI; fadiga pela escala de fadiga do FACT; aptidão cardiovascular pelo Modified Balke Treadmill Test; composição corporal pelo Harpenden calipers (medindo o calibre de 5 músculos); flexibilidade da lombar e coxa posterior através do sit-and-reach test; e o comportamento de exercício pelo LSI.</p>
RESULTADO:	<p>A aderência no GE foi boa (75,8%), mas a contaminação no GC foi problemática (51,6%). Não houve diferença significativa de QV entre GE e GC.</p> <p>Então, subdividiram o GE em 2 subgrupos, os que aumentaram a aptidão cardiovascular (subgrupo 1) e os que a diminuíram (subgrupo 2); os valores iniciais de QV não diferem entre os grupos. Os valores do FACT-C aumentaram para o subgrupo 1 e diminuíram para o subgrupo 2, enquanto que ansiedade e TOI diminuíram para o subgrupo 1 e aumentaram para o subgrupo 2.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Não houve diferença estatisticamente significativa na QV e teste de aptidão física, devido diminuída aderência no GE e contaminação do GC (sabiam que não podiam exercitar-se).</p> <p>Os dados sugerem que aumentada aptidão cardiovascular é associada com melhoramentos na QV em sobreviventes com câncer colorretal.</p>

ESTUDO 13

AUTOR (ES):	Kjeldsen, B.J.; Thorsen, H.; Whalley, D.; Kronborg, O.
TÍTULO:	Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer.
FONTE/ ANO:	Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1999.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	IV
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo coorte, design prospectivo.</p> <p>N = 597 (inicial) pacientes após cirurgia curativa para câncer colorretal, residentes em Funen, Dinamarca, menores de 76 anos, nenhum outro câncer nos 5 anos anteriores e nenhuma complicação adicional da doença no seguimento. Realizado entre dez/ 1983 e fev/ 1994.</p> <p>Randomização: Grupo 1: n = 290, tiveram exames esquematizados a cada 6 meses durante os 3 primeiros anos e então, 4, 5, 7.5, 10, 12.5, e 15 anos após a cirurgia. Grupo 2: n = 307 pacientes foram examinados a cada 5 anos desde a cirurgia. N = 350 (final) que completaram o seguimento.</p> <p>Mortes no G1 = 115 e no G2 = 132; restando 175 pacientes em cada grupo.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar a influência do programa de seguimento depois de cirurgia radical para câncer colorretal sobre a QVRS e avaliar a atitude dos pacientes nos check-ups. A investigação consistia na história médica, exames clínico, retal digital e ginecológico, teste de hemocultura-II, colonoscopia, raio-x de tórax e testes sanguíneos (nível de hemoglobina, razão de sedimentação de eritrócitos e enzimas hepáticas).</p> <p>Utilizaram o questionário NHP (Nottingham Health Profile) para avaliar a QV e o AFQ (Attitude to Follow-up Questionnaire), para avaliar a atitude do paciente nas visitas de seguimento e o impacto da operação do câncer em suas vidas diárias.</p> <p>Uma segunda randomização foi feita entre 50 pacientes, para investigar quantas vezes os pacientes visitavam seus clínicos gerais. Um entrevistador cego ao grupo de locação realizou entrevistas semi-estruturadas para saber o número de visitas ao seu médico clínico e as razões destas visitas por ano.</p>
RESULTADO:	<p>Dos 350 pacientes, 320 retornaram o NHP e 312 o AFQ.</p> <p>Os pacientes no G1 (159 pacientes) tiveram um total de 1146 visitas de seguimento no hospital, que foi significativamente maior do que as 322 no G2 (161 pacientes).</p> <p>Quanto ao NHP, a diferença nos escores entre os grupos foi pequena, mas estatisticamente significativa, com G1 relatando melhor QVRS; sugerindo que as visitas de check-up tiveram efeito positivo na QVRS.</p> <p>Segundo o AFQ, não houve diferenças significantes em relação ao período de nervosismo antes do check-up ou que o check-up causasse tensão a eles. Contudo, mais pacientes do G2 ficaram nervosos até receberem os resultados dos testes do check-up. A confiança nos check-up foi maior para o G1 e eles também foram mais positivos nas visitas.</p> <p>Dos 50 pacientes da segunda randomização, não houve diferença significativa entre os grupos na frequência de visitas ao seu clínico geral.</p>
CONCLUSÃO:	<p>As freqüentes visitas de check-up mostraram ter uma influencia positiva na QVRS dos pacientes e também nas suas atitudes em relação aos check-ups.</p> <p>O benefício relativamente pequeno para QVRS não justifica os caros exames de rotina freqüentes depois de cirurgia para câncer colorretal.</p>

ESTUDO 14

AUTOR (ES):	Wattchow, D.A.; Weller, D.P.; Esterman, A.; Pilotto, L.S.; McGorm, K.; Hammett, Z.; Platell, C.; Silagy, C
TÍTULO:	General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial.
FONTE/ ANO:	British Journal of Cancer, 2006.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	II
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento experimental de corte longitudinal. Ensaio Clínico Randomizado Controlado.</p> <p>N = 203 (inicial) pacientes com cirurgia para câncer de cólon (incluindo retossigmoide) com grau histológico estágios A, B e C de Dukes, conclusão de quimioterapia pós-operatória e seguimento acessível para clínico geral ou cirurgião. Foram recrutados dos hospitais no sul da Austrália, Victoria, oeste e norte da Austrália, entre março de 1998 e março de 2001.</p> <p>Randomização: G1 = 97 (inicial) e 76 (final, após 24meses) pacientes seguidos por clínico geral e G2 = 106 (inicial) e 81 (final), seguidos por cirurgião.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Determinar se, entre estes pacientes (seguidos por clínico geral ou cirurgião), o tipo de seguimento causa impacto nos resultados primários de QV, bem-estar psicológico e satisfação com o cuidado.</p> <p>Intervenção: seguimento com clínico geral ou cirurgião.</p> <p>Avaliaram no início, 12 e 24 meses: QV através dos escores do componente físico (PCS) e mental (MCS) do SF-12, e depressão e ansiedade baseado no HADS.</p> <p>Avaliaram aos 24 meses: a satisfação com o cuidado (PSVQ), o número e tipo de investigações (testes sanguíneos, teste para sangue oculto nas fezes, colonoscopia e raios-x); número e tipo de detecção de recorrências; e mortes por todas as causas após dois anos desde que entraram no estudo.</p>
RESULTADO:	<p>Aos 12 e 24 meses, não houve diferenças nos escores de QV para os componentes físico e mental, ansiedade, depressão ou satisfação do paciente.</p> <p>Na média, os participantes ficaram nos limites normais de ansiedade e depressão em todos os tempos. Pacientes do estudo tiveram baixa QV subjetiva em relação à saúde física no início (baseline), mas que melhorou com o tempo. Os dois grupos relataram altos níveis de satisfação com seu cuidado.</p> <p>Clínicos gerais pediram mais testes de sangue oculto nas fezes para seu grupo, enquanto que os cirurgiões solicitaram mais colonoscopias e ultrassons. Os resultados sugerem recorrência, tempo de detecção e índice de mortes similares em cada grupo.</p>
CONCLUSÃO:	Pacientes com câncer de cólon com seguimento liderado por cirurgião ou clínico geral apresentam resultados similares, embora os padrões de investigação variem.

ESTUDO 15

AUTOR (ES):	Kerr, J.; Engel, J.; Shlesinger-Raab, A.; Sauer, H.; Hölzel, D.
TÍTULO:	Doctor-Patient Communication: Results of a four-year prospective Study in rectal cancer patients.
FONTE/ ANO:	Diseases of the Colon and Rectum, 2003.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 443 pacientes com câncer retal, recrutados entre 1996 e 1998, registrados no Munich Cancer Registry. Durante o seguimento foram excluídos os pacientes com progressão da doença (recorrência local, em linfonodos ou metástases).</p> <p>Questionários foram enviados aos 443 pacientes e 329 (74,3%) retornaram ao menos um questionário. No ano 4, 129 pacientes foram excluídos devido à progressão da doença (N final = 200).</p> <p>Dados de QV foram avaliados em 322 pacientes, sendo no ano 1, n = 193; ano 2, n = 187; ano 3, n = 117 e ano 4, n = 93 pacientes, retornaram ao menos um questionário.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Examinar o efeito da comunicação médico-paciente na QV dos pacientes com câncer retal durante 4 anos.</p> <p>Utilizaram os instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38; e avaliaram a satisfação do paciente com a permanência hospitalar, a comunicação médica e cuidados pós-tratamento. Combinaram estes elementos e criaram variáveis de comunicação geral.</p>
RESULTADO:	<p>Encontraram que 39% da amostra relataram que alguns aspectos da comunicação que eles receberam, não foram claras (incompreensível ou pouca). Mais de 60% desejaram falar mais com seu médico. Pacientes mais jovens (< 70 anos) e aqueles em hospitais maiores foram os que mais comumente relataram que a comunicação não foi clara, foi incerta ou insuficiente.</p> <p>Quanto a QV, os escores para Desempenho de Papel, Funções Emocional e Social foram consistentemente mais baixos nos pacientes que relataram a comunicação como não clara ou incerta ou insuficiente.</p> <p>Adicionalmente, estes pacientes experienciaram mais problemas para dormir, pior imagem corporal, mais aborrecimentos financeiros e uma pior perspectiva futura.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Relatos de comunicação não clara/ incerta/ insuficiente foram associados com pior QV em pacientes com câncer retal sem progressão da doença.</p> <p>As diferenças na QV entre os pacientes que relataram comunicação clara e os que relataram comunicação não clara/ incerta/ insuficiente no período do diagnóstico persistem por três anos.</p> <p>Pacientes mais jovens reportaram menos satisfação com a comunicação e tiveram maiores necessidades de ajuda psicossocial.</p>

ESTUDO 16

AUTOR (ES):	Sapp, A.L.; Trentham-Dietz, A.; Newcomb, P.A.; Hampton, J.M.; Moinpour, C.M.; Remington, P.L.
TÍTULO:	Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors.
FONTE/ ANO:	Cancer, 2003.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 726 mulheres diagnosticadas em Wisconsin, sendo 98% de câncer invasivo de cólon (502) ou reto (224) no registro estadual de tumor, entre 1990-1991 e listadas na lista telefônica, foram recrutadas um ano após o diagnóstico.</p> <p>N = 307 (69%) sobreviventes e localizadas, aproximadamente 9 anos após, participaram do seguimento entre abril e dezembro de 1999, sendo que 259 completaram os questionários.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Medir as propriedades da rede social das mulheres sobrevivente de câncer colorretal a longo-prazo, incluindo tamanho da rede, número de membros da rede visto por mês, frequência de visita a um confidente e frequência de participação na comunidade.</p> <p>Na primeira fase, as participantes completaram uma entrevista estruturada, aproximadamente 1 ano após o diagnóstico; foram obtidas informações sobre o conhecimento ou suspeita dos fatores de risco para câncer de intestino grosso, dados clínicos e sócio-demográficos. QV não foi avaliada.</p> <p>No seguimento, das 443 mulheres vivas, 259 mulheres responderam o questionário SF-36, questões pertinentes ao diagnóstico original de câncer e tratamento, recorrência do câncer e outras condições médicas, e índice de massa corporal. Avaliaram a QV através do SF-36 e os escores resumidos, as escalas Mental Component Summary (MCS) e Physical Component Summary (PCS). Depois compararam os escores do MCS e PCS com dados publicados da população geral feminina de mesma idade dos EUA.</p> <p>Rede social foi avaliada pelo Berkman-Syme Social Network Index versão modificada, composto de laços social informal (esposo/ parceiro, confidente, crianças, parentes e amigos) e formal (instituições religiosas, serviço comunitário ou organização social e grupos de apoio ao câncer).</p>
RESULTADO:	<p>Pacientes \geq 65 anos, as médias PCS e MCS foram similares a publicados da população geral de mesma idade.</p> <p>A maioria relatou estado de saúde geral atual 'muito boa' (39%) ou 'boa' (35%). Escores PCS declinaram significativamente com aumento da idade e aumento da massa corporal.</p> <p>PCS foi modestamente mais baixo entre as mulheres com estoma comparado com as que não tinham.</p> <p>A média dos escores PCS e MCS declinaram significativamente de acordo com número de co-morbidades por participantes.</p> <p>Escore MCS foram mais baixos entre sobreviventes com menores níveis educacionais.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Rede social pode ter uma importante relação com QVRS, particularmente com saúde mental entre mulheres sobreviventes de câncer colorretal a longo-prazo.</p> <p>Estes resultados devem ser de interesse para aqueles que procuram entender ou melhorar a QVRS entre esta crescente população.</p>

ESTUDO 17

AUTOR (ES):	Sultan, S; Fisher, D.A.; Voils, C.I.; Kinney, A.Y.; Sandler, R.S.; Provenzale, D.
TÍTULO:	Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer.
FONTE/ ANO:	Cancer, 2004.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 636 participantes, veteranos de guerra com 40 a 80 anos com diagnóstico primário de adenocarcinoma de cólon ou reto, comprovados histologicamente entre 01/07/1997 e 01/01/2001, recrutados do Department of Veterans Affairs, Washington, EUA.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Examinar a relação entre apoio social e QVRS, medida pelo SF-12, em veteranos com câncer colorretal.</p> <p>Utilizaram o SF-12 e seus escores resumidos, as escalas Mental Component Summary (MCS) e Physical Component Summary (PCS); e o Berkman-Syme Social Network Index (SNI), usado como medida de apoio estrutural e determinar o tamanho da rede social.</p> <p>Questões de apoio emocional e instrumental foram usadas do Yale and Harvard Aging Project questionnaire.</p>
RESULTADO:	<p>Encontraram uma associação entre estado civil e PCS: pacientes casados ou que viviam com parceiros tinham um pior estado de saúde física comparados com os que não tinham parceiros e uma associação estatisticamente significativa entre idade e MCS: pacientes ≤ 54 anos tinham uma QV significativamente pior comparados com pacientes ≥ 55 anos de idade.</p> <p>Nenhuma diferença na média dos escores PCS e MCS foi encontrada entre pacientes que tinham mais extensa rede social e os que tinham menor rede social.</p> <p>A disponibilidade do apoio emocional e instrumental foi associada com maiores escores MCS, enquanto a disponibilidade de apoio instrumental foi associada com mais baixos escores físicos (PCS).</p>
CONCLUSÃO:	<p>Acredita-se que apoio social percebido é mais importante do que o tamanho da rede social ou quantidade de apoio.</p> <p>Sem restrição do tamanho da rede, a disponibilidade de apoio emocional e instrumental teve um impacto na QVRS em pacientes com câncer colorretal.</p>

ESTUDO 18

AUTOR (ES):	Tsunoda, A.; Nakao, K.; Hiratsuka, K.; Yasuda, N.; Shibusawa, M.; Kusano, M.
TÍTULO:	Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients.
FONTE/ ANO:	International Journal of Clinical Oncology, 2005
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 128 pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico por dois cirurgiões (AT e MS) entre 1994 e 2001 no Showa University Hospital, e que tinham sobrevivido por pelo menos um ano após a cirurgia.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Investigar a relação entre HADS e a dimensão Função Emocional (FE) do QLQ-C30 e analisar a relação entre ansiedade e depressão medidas pelo HADS e dimensões selecionadas do QLQ-30 em pacientes com câncer colorretal.</p> <p>Utilizaram os instrumentos HADS e QLQ-C30.</p>
RESULTADO:	<p>A prevalência de casos de ansiedade foi 7,8% (10/128) e de depressão foi 36,7% (47/128) de acordo com HADS.</p> <p>Encontraram relações estatisticamente significantes entre a dimensão FE e cada um dos três escores do HADS (ansiedade, depressão e escore total). Como altos escores de FE refletem melhor funcionamento, mas altos escores do HADS significam mais sofrimento/ angústia, os coeficientes de correlação estimados são negativos.</p> <p>Quatro dimensões da QV (FF, FC, Fadiga e QV geral) foram significativamente associadas com depressão e nenhuma com ansiedade.</p> <p>Para todas as comparações estatisticamente significantes, sofrimento psicológico aumentado foi associado com função prejudicada ou sofrimento marcante.</p> <p>Em geral, depressão foi mais altamente correlacionada com redução das dimensões de QV do que ansiedade.</p>
CONCLUSÃO:	<p>A dimensão FE do QLQ-C30 predominantemente avalia ansiedade.</p> <p>Depressão tem mais forte impacto na QV geral dos pacientes do que ansiedade.</p>

ESTUDO 19

AUTOR (ES):	Ross, L.; Thomsen, B.L.; Karlsen, R.V.; Boesen, E.H.; Johansen, C.
TÍTULO:	A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients – The INCA Project.
FONTE/ ANO:	Psycho-Oncology, 2005.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	II
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento experimental de corte longitudinal. Ensaio Clínico Randomizado Controlado.</p> <p>N = 249 (inicial) pacientes ≥ 18 anos tratados com cirurgia abdominal para câncer colorretal primário nos departamentos cirúrgicos de 8 hospitais em Zealand (leste da Dinamarca), que residiam em suas próprias casas sem qualquer sintoma de senilidade, entre setembro de 1996 a maio de 1999, foram selecionados para o estudo.</p> <p>Para randomização: N = 249 (64%) pacientes foram elegíveis, sendo G Experimental, n = 125 e G Controle n = 124. Após 24 meses, N = 144 (final), sendo 72 pacientes em cada grupo.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar o efeito da intervenção psicossocial a longo-prazo, consistida de visitas domiciliares a pacientes com câncer durante os primeiros 2 anos depois da cirurgia para câncer inicial. Testar a eficácia das visitas domiciliares no bem-estar e sobrevivência dos pacientes.</p> <p>Intervenção: visitas domiciliares 5 vezes durante os primeiros 2-3 meses e repetidas aproximadamente 4, 7, 11, 16 e 24 meses depois da alta hospitalar, totalizando 10 visitas, realizadas por enfermeiro ou médico do projeto.</p> <p>Com o objetivo de prover apoio emocional e informacional e encorajar os pacientes a fazer uso de suas próprias redes sociais para enfrentar a doença.</p> <p>Entrevistas: ambos os grupos, foram contatados aos 3, 6, 12 e 24 meses após a alta hospitalar para responderem os questionários: HADS, QLQ-C30 e QLQ-CR38.</p>
RESULTADO:	<p>Não há diferença significativa entre os 2 grupos de randomização em razão das respostas em qualquer ponto do tempo.</p> <p>A proporção de pacientes sofrendo de ansiedade severa aumentou de 4-5 %, aos 3 meses para 4-7 % aos 24 meses de seguimento. Quando combinada depressão borderline e severa, a proporção de pacientes com depressão caiu de 12% aos 3 meses para 6% aos 24 meses. Não há diferença significativa entre os 2 grupos (E/ C) com relação a ansiedade e depressão em qualquer tempo durante o seguimento.</p> <p>Aos 3 meses, seguinte a período mais intenso de intervenção, a única diferença significativa foi o efeito benéfico nos sintomas de fadiga para o GE. Aos 3 meses, observaram insignificantes tendências de melhor bem-estar no GE, em ambas subescalas do HADS e todas as do QLQ-C30, mas não permaneceu durante o período total de 2 anos e não foi observado no QLQ-CR38.</p> <p>Em geral, não encontraram efeito geral da intervenção no nível de bem-estar. A única diferença com o tempo nos 2 grupos foi para Função Social; o GC teve um menor nível de FS na primeira entrevista, mas a diferença diminuiu com o tempo comparada com o GE.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluem que nenhum efeito geral da intervenção ocorreu no bem-estar. A insignificante tendência de melhor bem-estar para o GE nos primeiros 3 meses pode ser apontada como um possível efeito no bem-estar da intervenção intensiva em curto período de tempo.</p>

ESTUDO 20

AUTOR (ES):	Houldin, A.D.; Lewis, F.M.
TÍTULO:	Salvaging their normal lives: A qualitative study of patients with recently diagnosed advanced colorectal cancer.
FONTE/ ANO:	Oncology Nursing Forum, 2006.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Qualitativa. Estudo Fenomenológico.</p> <p>N = 14 pacientes recentemente diagnosticados com câncer colorretal avançado (nos estágios III e IV), abordados na clínica ambulatorial de hematologia-oncologia no principal centro de câncer do nordeste dos EUA, relataram suas experiências.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Entrevistas confidenciais semi-estruturadas gravadas em audiotape, realizadas ou em clínica ambulatorial de câncer ou nas casas dos pacientes.</p> <p>Entrevistadores perguntaram aos participantes a descrever suas experiências com o diagnóstico e o tratamento do câncer colorretal.</p> <p>Análise de conteúdo, com codificação indutiva, foi usada para codificar os dados transcritos das entrevistas.</p> <p>Códigos abertos foram analisados, comparados e agrupados em categorias de acordo com elementos comuns.</p> <p>Definições para as categorias foram desenvolvidas e refinadas, e após análise e consenso, as categorias foram agrupadas em grandes grupos chamados de domínios.</p> <p>Principais variáveis pesquisadas: experiência de viver com o diagnóstico de câncer colorretal, impacto na vida diária, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento usadas, nível de despreparo e impacto nas crianças (filhos).</p>
RESULTADO:	<p>Os dados das entrevistas codificados resultaram em seis domínios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sentimento que a vida é interrompida. Os sintomas foram experienciados como perdas. 2) Experiência com médicos. A interação com os médicos foi considerada estressante para muitos e confortante para alguns. 3) Sentindo-se despreparados para tudo. O nível de despreparo foi muito significativo em sua magnitude, extensão e intensidade. 4) Repensando o papel de pais. Muitos participantes lutaram com muitos aspectos da paternidade com as crianças, principalmente as mais jovens, em como dizer a elas sobre seu câncer. 5) Perguntando-se “Por que eu?”. Envolveu 6 categorias: procurando razões para a pergunta “Por que eu?”; preocupações sobre as implicações da doença; condições que a incerteza da doença traz; ocupando-se em rever a vida; valendo-se da fé; e confrontando-se com a mortalidade. 6) Lidando com isto. Inclui 3 categorias: sendo positivos, aceitando ajuda de outros e adaptando-se ativamente. <p>A categoria central que explica as experiências dos participantes do estudo foi “recuperando suas vidas normais”.</p>
CONCLUSÃO:	<p>A experiência dominante dos participantes focou em 4 aspectos: expressar a doença de modo que se tornem capazes de recriar uma semelhança de normalidade ou de seu estado pré-doença, tentar dizer as crianças sobre a doença de modo estável, gerar ou manter uma perspectiva positiva, não importa como e controlar concretamente o sofrimento e os sintomas da doença.</p>

ESTUDO 21

AUTOR (ES):	Schmidt, C.E.; Bestmann, B.; Kuchler, T.; Longo, W.E.; Rohde, V.; Kremer, B.
TÍTULO:	Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study.
FONTE/ ANO:	World Journal of Surgery, 2005.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	IV
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo coorte e prospectivo.</p> <p>N = 519 (inicial) pacientes com câncer retal, incluindo borda do retossigmóide (16-20 cm do ânus), que foram submetidos à ressecção cirúrgica, entre janeiro de 1997 e dezembro de 2002.</p> <p>Foram excluídos os > 85 anos e com desordens psiquiátricas.</p> <p>N = 264 homens e n = 255 mulheres (inicial).</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar mudanças na QV depois de cirurgia para câncer retal, focando nas diferenças relacionadas sexo.</p> <p>Foram aplicados os instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38.</p> <p>Foram distribuídos antes da cirurgia, na alta hospitalar e aos 3, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia.</p> <p>Comparações foram feitas entre homens e mulheres.</p> <p>Dados de QV foram avaliados para 368 (70,9%) pacientes em pelo menos um período de tempo; sendo avaliados em 260 antes da cirurgia e 119 pacientes após 24 meses da cirurgia.</p>
RESULTADO:	<p>A maioria dos escores de QV caiu significativamente abaixo do 'baseline' (pré-operatório), no período pós-operatório recente. Do terceiro mês em diante, Saúde Global, Funções Emocional e Física melhoraram.</p> <p>Quanto ao gênero, as mulheres foram associadas significativamente com pior Saúde Global e Função Física e maiores escores na tensão do tratamento e fadiga.</p> <p>Homens relataram dificuldades com satisfação sexual; contudo, com o tempo, problemas sexuais criaram altos níveis de tensão nos homens, pior do que os níveis do início no pós-operatório recente. Estes problemas tenderam a piorar com o decorrer do tempo.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluem que QV muda depois da cirurgia e diferem entre homens e mulheres.</p> <p>Mulheres parecem ser afetadas por prejudicada Função Física e Saúde Global. O sexo feminino é associado significativamente com maiores níveis de fadiga e aumentada tensão após a cirurgia.</p> <p>Quanto à satisfação sexual prejudicada, os homens estão mais sobre tensão/ pressão do que as mulheres.</p>

ESTUDO 22

AUTOR (ES):	Schmidt, C.E.; Bestmann, B.; Kuchler, T.; Longo, W.E.; Kremer, B.
TÍTULO:	Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer.
FONTE/ ANO:	World Journal of Surgery, 2005.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	IV
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte longitudinal. Estudo coorte e prospectivo.</p> <p>N = 519 (inicial) pacientes com câncer retal, incluindo borda do retossigmóide (16-20 cm do ânus), que foram submetidos à ressecção cirúrgica com intenção curativa e livre de recorrência durante o período observado, entre janeiro de 1997 e dezembro de 2002.</p> <p>Dados de QV foram avaliados em 253 (54,2%) dos pacientes em pelo menos três períodos de tempo.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Avaliar o impacto da idade na QV de pacientes com câncer retal.</p> <p>Foram administrados os instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR-38. Foram distribuídos antes da cirurgia, na alta hospitalar e aos 3, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia.</p> <p>Comparações foram feitas entre grupos por idade.</p>
RESULTADO:	<p>Diferenças significantes foram observadas somente entre pacientes de idade 69 anos e mais jovens (G1 \leq 69 anos), n = 169, e aqueles de 70 anos e mais velhos (G2 \geq 70 anos), n = 85.</p> <p>Função Física e Desempenho de Papel foi melhor para pacientes \leq 69 anos; pacientes \geq 70 anos sofreram com dor e fadiga aumentadas.</p> <p>Pacientes do G1 tiveram mais dificuldade com satisfação sexual e com o tempo a tensão sexual foi pior para pacientes do G2 durante o período pós-operatório recente mas melhorou após; contudo pacientes do G1 tiveram níveis aumentados de tensão com o tempo.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluem que QV é dinâmica com o tempo e que a idade tem um impacto na QV e sexualidade.</p> <p>Pacientes \geq 70 anos são afetados por prejudicada Função Física, Saúde Global e fadiga, contudo a tensão aumentada do tratamento durante o período pós-operatório recente melhora com o tempo.</p> <p>Pacientes \leq 69 anos experimentaram tensão aumentada por causa da Função Sexual prejudicada.</p>

ESTUDO 23

AUTOR (ES):	Gupta, D.; Lis, C.G.; Granick, J.; Grutsch, J.F.; Vashi, P.G.; Lammersfeld, C.A.
TÍTULO:	Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis.
FONTE/ ANO:	Journal of Clinical Epidemiology, 2006.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 58 pacientes com câncer colorretal nos estágios III e IV, tratados no Cancer Treatment Centers of America, no Midwestern Regional Medical Center, EUA, entre março de 2001 e junho de 2003.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Investigar a relação entre estado nutricional e QV no câncer colorretal. Estado nutricional foi avaliado usando medidas laboratoriais de albumina sérica, pré-albumina e transferrina e pelos instrumentos de avaliação nutricional SGA (Subjective Global Assessment) e BIA (Bioelectrical Impedance Analysis), e a Qualidade de Vida, medida pelo EORTC QLQ-C30.</p> <p>A hipótese era que pacientes desnutridos com câncer colorretal avançado poderiam ter pior QV do que os bem-nutridos com doença semelhante.</p>
RESULTADO:	<p>A prevalência de desnutrição, determinado pelo SGA foi 41% (24 pacientes). Pacientes bem-nutridos tinham estatisticamente significante melhores escores de QV na saúde global, na Função Física e Desempenho de Papel do que os desnutridos.</p> <p>A média do escore Desempenho de Papel em desnutridos foi 41,6 pontos mais altos do que o correspondente escore nos mal-nutridos, indicando um funcionamento 'muito melhor' na perspectiva do paciente.</p> <p>Pacientes bem-nutridos demonstraram significativamente melhores escores nas escalas de sintomas: fadiga, dor, insônia, perda de apetite e constipação, significando apresentarem menos sintomas, comparados com os desnutridos, com as diferenças representando moderada ou grande significância clínica.</p> <p>Encontraram que um aumento na albumina sérica de 1g/ dl, e um aumento de 2 graus para 'phase angle' foram associadas com melhora da QV nos escores Função Física, Desempenho de Papel e fadiga, diferenças clinicamente significantes que são consideradas de moderada a alta na perspectiva do paciente.</p> <p>O estado de bem-nutrido, medido pelo SGA, foi associado com uma melhora marcante na maioria dos escores das escalas de funções e de sintomas de QV.</p>
CONCLUSÃO:	<p>Concluíram que desnutrição é associada com pior QV nos pacientes com câncer colorretal avançado, quando medida pelo QLQ-C30.</p> <p>Coletivamente, os resultados sugerem que estado nutricional pode ser usado como uma importante variável de estratificação em estudos que avaliam resultados de QV em câncer avançado.</p>

ESTUDO 24

AUTOR (ES):	Lis, C.G.; Gupta, D.; Granick, J.; Grutsch, J.F.
TÍTULO:	Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer?
FONTE/ ANO:	Supportive Care in Cancer, 2006.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	VI
DETALHAMENTO METODOLÓGICO/ AMOSTRAGEM:	<p>Pesquisa Quantitativa. Delineamento não-experimental de corte transversal. Estudo descritivo e exploratório.</p> <p>N = 177 pacientes com diagnóstico histológico de câncer colorretal em todos os estágios da doença, tratados no Cancer Treatment Centers of América no Centro Médico Regional de Midwestern, entre abril de 2001 e novembro de 2004.</p>
OBJETIVO/ INTERVENÇÃO:	<p>Determinar se a satisfação do paciente com sua QV, medida pelo QLI, poderia prever duração/ extensão da sobrevivência em pacientes com câncer colorretal submetidos a cuidado em um cenário de teste não-clínico.</p> <p>Utilizaram o instrumento QLI (Quality of Life Index).</p> <p>Os pacientes responderam o questionário na admissão hospitalar antes de serem submetidos a uma terapia. Também coletaram informações sobre idade ao diagnóstico, estágio da doença ao diagnóstico e história de tratamento.</p> <p>A única informação requerida de seguimento foi data de morte ou data do último contato/ notícia de estar vivo.</p>
RESULTADO:	<p>A subescala do QLI, Saúde e Físico teve o menor escore, enquanto que o maior escore foi para a subescala Família.</p> <p>Encontraram que a subescala Saúde e Físico do QLI foi preditiva de sobrevivência independente dos efeitos do estágio do tumor ao diagnóstico e história de tratamento.</p>
CONCLUSÃO:	Concluíram que a satisfação do paciente com QV, medida pelo QLI, provê útil informação prognóstica em pacientes com câncer colorretal independente do estágio do tumor ao diagnóstico e história de tratamento.