

AVALIAÇÃO DA SOBREVIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

Assessment of Survival and Quality of Life with Colorectal Cancer

Evaluación de supervida y Calidad de Vida de Pacientes con Cáncer Colorrectal

1. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

RESUMO

O câncer colorretal (CCR) é a terceira causa mais comum de câncer no mundo e seu tratamento faz-se através de quimioterápicos isolados ou combinados a anticorpos monoclonais. Entretanto, os efeitos dessas combinações no que se refere à qualidade de vida dos pacientes são, ainda hoje, pouco estudados.

Objetivos: Verificar a influência do tratamento com fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina (FOLFOX) e irinotecano (FOLFIRI) e quando associados ao anticorpo monoclonal bevacizumabe sobre a qualidade de vida e supervida de pacientes portadores de CCR.

Métodos: Foram entrevistados 15 pacientes portadores de CCR, divididos em grupos com base no tratamento utilizado, avaliando-se a qualidade de vida dos mesmos através dos questionários EORTC-QLQ-C30/versão 3.0 e EORTC-QLQ-CR38.

Resultados: Notou-se que pacientes sem metástase apresentam uma tendência a uma melhor qualidade de vida quando comparados a pacientes com metástase. Além disso, observou-se a tendência a uma melhor qualidade de vida no grupo de pacientes com metástase em tratamento com FOLFOX associado ao bevacizumabe quando comparado ao grupo que utilizou FOLFOX isolado. Pacientes com metástase em tratamento com FOLFIRI associado ao bevacizumabe, apesar de um melhor índice de funcionalidade, apresentaram mais sintomas quando comparados a pacientes com metástase em tratamento apenas com FOLFIRI. De acordo com literatura, a associação de bevacizumabe com a terapia convencional demonstrou uma tendência a promover o aumento na supervida global e diminuição da progressão da doença em 5 a 6 meses.

Conclusão: A associação de bevacizumabe às terapias convencionais demonstrou uma tendência a melhorar qualidade de vida dos pacientes, caracterizada por aumento de supervida global e supervida livre de progressão de doença.

Descritores: Câncer colorretal, FOLFOX, FOLFIRI, bevacizumabe, qualidade de vida, supervida.

ABSTRACT:

Colorrectal cancer (CCR) is the third cause of cancer around the world and its treatment is done by the use of antineoplastic drugs alone or combined to monoclonal antibodies. However, the effects of these combinations on the patient's quality of life are, until now, poorly understood.

Objectives: Verify the influence of fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin (FOLFOX) and irinotecan (FOLFIRI) treatments alone or when associated to bevacizumab monoclonal antibody related to CCR patient's quality of life.

Methods: 15 patients with CCR were interviewed and divided in groups based on the treatments received, and its quality of life was evaluated through the questionnaires EORTC-QLQ-C30/version 3.0 and EORTC-QLQ-CR38.

Results: We notice that patients without metastasis presented a better quality of life when compared to patients with metastasis. Indeed, we observed a tendency to a better quality of life in the group of patients with metastasis when treated with FOLFOX associated to bevacizumab when compared to the group that used FOLFOX alone. Patients with metastasis, when treated with FOLFIRI associated to bevacizumab, although presented a better function scale, also showed more symptoms when compared to patients with metastasis treated only with FOLFIRI. According to literature reports, the association of bevacizumab with conventional therapy demonstrated a tendency to promote an increase in overall survival and a reduction in the disease progression in an average of 5-6 months.

Conclusion: The association of bevacizumab with conventional therapy demonstrated a tendency to increase patient's quality of life, characterized by an increase in its overall survival and progression-free survival.

Descriptors: colorrectal cancer, quality of life, FOLFOX, FOLFIRI, bevacizumab.

Recebido: 30/08/2010

Aceito: 20/11/2010

Autor para correspondência:

Débora Dummer Meira

EMESCAM - Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza Vitória - ES - Brasil
CEP: 29045-402
FAX: (27) 3334-3509.

E-mail:
debora.meira@emescam.br

RESUMEN:

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa más común en el mundo y su tratamiento se hace a través de quimioterápicos aislados o combinados con anticuerpos monoclonales. Sin embargo, los efectos de esas combinaciones, en lo que se refiere a la calidad de vida de los pacientes son, aún hoy, poco estudiados.

Objetivos: Verificar la influencia del tratamiento con fluorouracil, leucovorin, oxaliplatino (FOLFOX) y irinotecan (FOLFIRI) y cuando asociados al anticuerpo monoclonal bevacizumab sobre la calidad de vida y sobrevida de pacientes portadores de CCR.

Métodos: Fueron entrevistados 15 pacientes portadores de CCR, divididos en grupos con base en el tratamiento utilizado, evaluándose la calidad de vida de los mismos a través de los cuestionarios EORTC-QLQ-C30/versión 3.0 y EORTC-QLQ-CR38.

Resultados: Se notó que pacientes sin metástasis presentan una tendencia a una mejor calidad de vida cuando comparados a pacientes con metástasis. A parte de eso, se observó la tendencia a una mejor calidad de vida en el grupo de pacientes con metástasis en tratamiento con FOLFOX asociado al bevacizumab cuando comparado al grupo que utilizó FOLFOX aislado. Pacientes con metástasis en tratamiento con FOLFIRI asociado al bevacizumab, a pesar de un mejor índice de funcionalidad, presentaron más síntomas cuando comparados a pacientes con metástasis en tratamiento únicamente con FOLFIRI. De acuerdo con la literatura, la asociación de bevacizumab con la terapia convencional demostró una tendencia a promover el aumento en la sobrevida global y la disminución de la progresión de la enfermedad en 5 a 6 meses.

Conclusión: La asociación de bevacizumab a las terapias convencionales demostró una tendencia a mejorar la calidad de vida de los pacientes, caracterizada por el aumento de la sobrevida global y de la sobrevida libre de progresión de la enfermedad.

Descriptores: Cáncer colorrectal, FOLFOX, FOLFIRI, bevacizumab, calidad de vida, sobrevida.

INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado por alterações genéticas que se acumulam progressivamente no ácido desoxirribonucleico (DNA) de uma célula normal¹, dando origem a uma massa celular anormal com crescimento excessivo e desordenado em relação aos tecidos normais do organismo, que persiste proliferando mesmo quando cessa o estímulo que o originou².

O câncer colorrectal (CCR) é a terceira causa mais comum de câncer no mundo e a segunda em países desenvolvidos, atingindo ambos os sexos com proporções semelhantes. As estimativas para o Brasil em 2010, publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), apontam 13.310 novos casos de CCR em homens e 14.800 em mulheres.³ Segundo Goldman e Ausiello, as taxas mais elevadas se concentram em países industrializados como EUA, Canadá e Nova Zelândia e nos países do noroeste da Europa.⁴ Diante disso, é possível observar que em regiões mais desenvolvidas do Brasil – sul e sudeste – a incidência de CCR é superior às regiões norte, nordeste e centro-oeste.³ Apesar das causas do CCR não estarem completamente elucidadas, alguns hábitos têm sido relacionados ao seu surgimento, principalmente dietas ricas em gorduras animais e carne vermelha, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, assim como sedentarismo, consumo excessivo de álcool e tabagismo.^{5,6} Estima-se que a adoção de dieta apropriada e de mudança no estilo de vida poderia reduzir a incidência de CCR em cerca de 50%.⁴ Além disso, fatores hereditários, doenças intestinais e constipação intestinal crônica podem elevar o risco de desenvolvimento de CCR.⁷

As principais modalidades terapêuticas utilizadas para tratar o câncer são as combinações de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo que a escolha do tratamento é baseada no tipo e extensão do tumor, nas condições do paciente (estado funcional, idade, patologia concomitante), na qualidade de vida durante o tratamento e sobrevida.² Atualmente, diversos novos tratamentos têm sido estudados em Oncologia Clínica para melhorar o tratamento do câncer, destacando-se dentre eles o uso de fármacos com alvo molecular definido. Essa classe de fármacos atua preferencialmente sobre as células neoplásicas, bloqueando mecanismos específicos das mesmas, sendo menos tóxicos que a quimioterapia convencional.⁸

Nas duas últimas décadas muitos esforços foram feitos para se desenvolver os principais fármacos com alvo molecular definido, os anticorpos monoclonais (MAbs, sigla do inglês monoclonal antibodies). Os MAbs são direcionados a proteínas celulares específicas e possuem mecanismos múltiplos de inibição tumoral.⁹ Destaca-se, dentre esta classe de medicamentos, o bevacizumab, anticorpo monoclonal humanizado recombinante direcionado ao VEGF.

Os tratamentos quimioterápicos convencionais para o tratamento de CCR incluem os protocolos FOLFOX (Fluorouracil (5-FU),

Leucovorin (LV), Oxaliplatina) e FOLFIRI (5-FU, LV, Irinotecano). A inclusão do Mab anti VEGF bevacizumab aos esquemas quimioterápicos convencionais é indicada para o tratamento de primeira linha de pacientes com carcinoma metastático do cólon ou do reto, representando um avanço terapêutico neste segmento, sendo aprovado no Brasil e registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em setembro de 2005 para o tratamento do CCR.¹⁰ Entretanto, os efeitos dessas combinações, no que se refere à qualidade de vida dos pacientes são, ainda hoje, pouco estudados.

Entende-se, portanto, a importância desse estudo ao avaliar a qualidade de vida dos pacientes que fazem uso dessas combinações de medicamentos, assim como a inserção do farmacêutico na área de Oncologia Clínica possibilita o monitoramento dos eventos que impactam na saúde e bem estar do paciente relacionado aos tratamentos utilizados. Por isso, faz-se necessária a implementação de pesquisas nessa área, dando suporte ao paciente em relação às reações adversas causadas pelo tratamento, bem como a influência do tratamento e da doença na sua qualidade de vida.

Neste estudo, avaliamos a influência da doença e do seu tratamento com terapias convencionais FOLFOX e FOLFIRI individualmente e, quando associadas ao bevacizumab, sobre a qualidade de vida dos pacientes por meio de questionários específicos e o índice de sobrevida a partir de revisão bibliográfica.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados quinze (15) pacientes com câncer colorrectal, atendidos em uma clínica particular (Núcleo Especializado em Oncologia-NEON), Vitória/ES, todos submetidos à ressecção cirúrgica. Os participantes foram escolhidos de acordo com o perfil do tratamento (de acordo com a tabela 1), além de terem idade acima de 18 anos e de concordarem com os critérios estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Protocolo	Número de pacientes	Presença de metástase	Identificação dos grupos
FOLFOX	4	Não	SMOX
FOLFOX	4	Sim	CMOX
FOLFIRI	3	Sim	FI
FOLFOX + Bevacizumab	2	Sim	BVOX
FOLFIRI + Bevacizumab	2	Sim	BVFI

Tabela 1: Grupo de pacientes organizados de acordo com o tratamento utilizado

Na avaliação da qualidade de vida foram utilizados os instrumentos European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality

of Life Questionnaire "Core" 30 Items (EORTC QLQ-C30) versão 3.0 que incorpora aspectos físicos, emocionais e sociais relevantes aos pacientes com câncer e o questionário suplementar, específico para pacientes com CCR, o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Colorectal Cancer Module (EORTC QLQ-CR38), que permite a avaliação da qualidade de vida de acordo com as características específicas da doença.¹¹

O EORTC QLQ-C30 é um questionário câncer-específico, com 30 perguntas que compõem: cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, itens que avaliam sintomas, avaliação do impacto financeiro da doença e do tratamento; e uma medida de saúde global e qualidade de vida. O instrumento suplementar específico para pacientes com CCR, EORTC QLQ-CR38, consiste de 38 questões: 19 são respondidas por todos os pacientes e as outras 19 questões são respondidas por subgrupos de pacientes (homens ou mulheres; pacientes com ou sem estoma – bolsa de colostomia). O instrumento apresenta duas escalas funcionais, sete escalas de sintomas/problemas. Os itens sobre Satisfação Sexual, Perda de Peso e Perspectiva Futura são considerados isoladamente. Utilizamos os dois questionários de maneira a abranger o máximo de aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes com CCR.

Todas as respostas das escalas e itens foram transformadas em escore de 0 a 100. Nas escalas funcionais e na escala Estado de Saúde/Qualidade de Vida um escore alto representa um elevado nível de funcionamento ou elevada qualidade de vida. Nas escalas e itens de sintomas, um escore alto significa um nível elevado de sintomatologia ou efeitos colaterais.¹³ A análise dos escores obtidos é realizada conforme estruturado na tabela 2 e 3 específico para cada questionário, segundo Fayers et al., 2001 apud Santos, 2003.

Os questionários são compostos por perguntas fechadas e pré-codificadas onde se busca a precisão matemática e os modelos estatísticos

da codificação numérica. As entrevistas são estruturadas, ou seja, expõem cada informante da amostra aos mesmos estímulos, produzindo dados numéricos e quantificáveis (método quantitativo). Devido ao número reduzido de pacientes utilizados neste estudo, o que inviabilizaria uma análise estatística mais robusta, foram determinadas as médias dos escores analisados por grupo e comparou-se esses valores. Além disso, com a avaliação da qualidade de vida pelo método quantitativo tem-se a possibilidade de mensurar as características essenciais ou distintas da vida de pessoas submetidas a certas condições, como é o caso dos pacientes submetidos ao tratamento de CCR. Especificamente, este método mede a percepção de doentes quanto à própria posição no sistema de valores da cultura em que vive e em relação às suas expectativas e padrões pessoais.¹⁴

A avaliação da sobrevida teve como base os dados já descritos na literatura. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) em 26 de fevereiro de 2008 (nº161) e todos os pacientes participantes do estudo concordaram com os critérios constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos dos questionários aplicados aos 15 (quinze) pacientes com CCR e em tratamento com as terapias em estudo, pode-se observar que para o EORTC QLQ-C30 considerando pacientes do grupo SMOX e CMOX, todos apresentaram a média de escores das escalas funcionais a partir de 50. De maneira geral, pacientes do SMOX apresentam um melhor escore médio (70,9) quando comparado a pacientes do CMOX 58,7 (Figura 1).

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

Tabela 2 - Escalas e Itens do EORTC QLQ-C30, questões correspondentes, número de itens e variação de cada item (FAYERS et al., 2001 apud SANTOS, 2003).

* Siglas das Escalas: EGS/QV = Estado Geral de Saúde/ QV; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FE = Função Emocional; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispnéia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; CON = Constipação; DIA = Diarréia; DIF = Dificuldades Financeiras.

** Diferença entre a maior e a menor resposta possível de cada item.

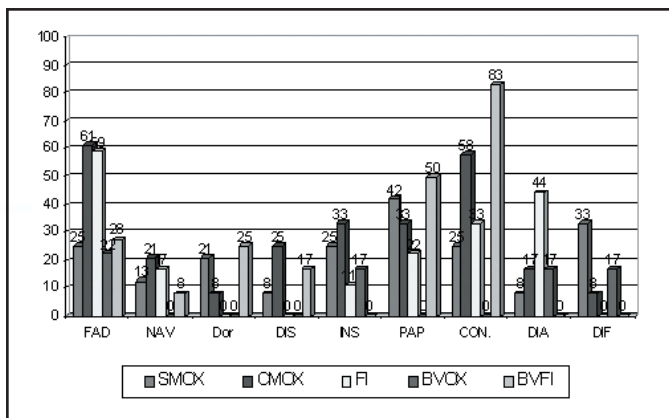


Figura 2: Média das Escalas de Sintomas do EORTC QLQ-C30
 Nota: fadiga (FAD), náuseas e vômitos (NAV), dor (Dor), dispnéia (DIS), insônia (INS), perda de apetite (PAP), constipação (CON), diarreia (DIA), diarreia (DIA) e dificuldades financeiras (DIF)

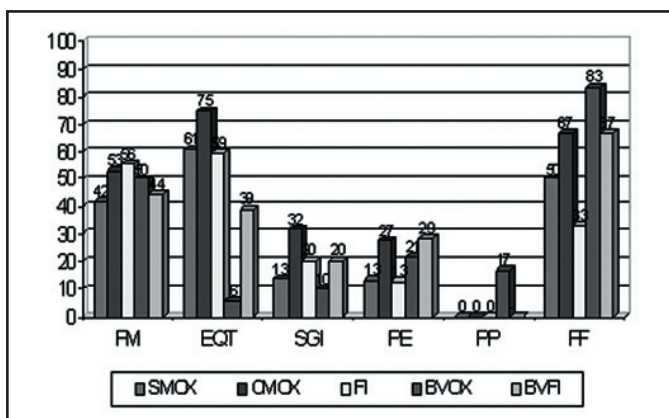


Figura 3: Média das Escalas de Sintomas do EORTC QLQ-CR38
 Nota: problemas de micção (PM), efeitos da quimioterapia (EQT), sintomas gastrointestinais (SGI) problemas esfinterianos (PE), perda de peso (PP) e perspectiva futura (PF).

Para o questionário EORTC QLQ-C30, ao comparar pacientes do grupo FI e BVFI na escala funcional (FF, FE e FC) apresentaram índices mais elevados no BVFI (Figura 1). Sendo que BVFI apresentou um escore médio de 81,3 comparado com 73,7 do FI.

Nas escalas de sintomas os escores de FAD, NAV, INS e DIA apresentaram índices mais elevados nos pacientes de FI. Nos escores dor, DIS e PAP foi observado maior índice em pacientes do BVFI (Figura 2). Sendo assim, os pacientes BVFI apresentaram escore médio (23,5) próximo ao do FI (20,8).

Ao analisar o questionário EORTC QLQ-CR38 escores para escala de sintomas, observou-se que a ocorrência de PM e EQT é superior em FI. Enquanto os escores das escalas de PE e PF apresentaram maiores índices em BVFI. Entretanto, o paciente FI-2 possui estoma (bolsa de colostomia) não sendo incluído neste item, pois seus sintomas estão relacionados à presença de estoma, que abordam itens específicos para esta escala.

Para os escores das escalas de sintomas gastrointestinais e perda de peso os dois grupos obtiveram os mesmos índices, destacando-se a não ocorrência de perda de peso na última semana (Figura 3). O escore médio do BVFI apresentou maior quando comparado ao FI.

O item sexualidade, que relaciona escalas de função sexual, teve escore variado para cada paciente, ou seja, alguns pacientes tiveram pouco ou nenhum desejo sexual e/ou atividade sexual nas últimas quatro semanas. Apesar das variações quanto à sexualidade masculina, mais de 50% dos pacientes homens não referiram mudanças na imagem corporal, ou seja,

sente-se satisfeito com o corpo. Apenas os pacientes não sexualmente ativos responderam sentir-se menos atraentes ou menos masculinos, insatisfeitos com o corpo como consequência do tratamento. Quanto à escala de imagem corporal feminina, 62,5 % das pacientes referiram pouca ou nenhuma mudança na imagem corporal, e sentem-se satisfeitas com o corpo. Enquanto 37,5% se sentiram pouco ou não atraentes e menos femininas como consequência do tratamento.

Quanto aos estudos realizados sobre a sobrevida de pacientes com CCR em tratamento com terapia convencional e associação com bevacizumabe, temos vários resultados de estudos reunidos na figura a seguir (Figura 4).

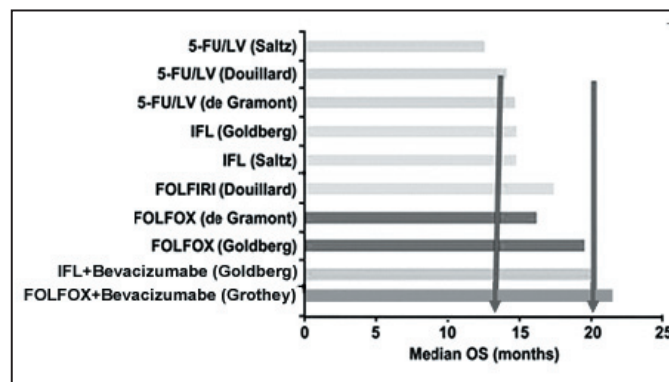


Figura 4: Estudos de sobrevida em análise reunida por Goldberg, 2006 (Modificado)¹⁵⁻¹⁸

Nota: 5-FU (fluorouracil), LV (Leucovorin), IFL (Irinotecano, fluorouracil em bolus, leucovorin em bolus), FOLFIRI (Fluorouracil infusão contínua, Leucovorin, Irinotecano), FOLFOX (Fluorouracil infusão contínua, Leucovorin, Oxaliplatina)

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, observa-se um grande sucesso no desenvolvimento dos fármacos com alvo molecular definido, especialmente os anticorpos monoclonais, que expandiram as opções de tratamento para vários pacientes com câncer.

Quanto aos estudos realizados sobre a sobrevida de pacientes com CCR em tratamento com terapia convencional temos que de acordo com dois estudos fase III, randomizados, multinacionais, o uso de irinotecano, como tratamento em pacientes com carcinoma metastático do cólon e reto ou para doença recorrente ou progressiva após tratamento baseado em 5-FU/LV, resultou em significativa melhora das taxas de resposta objetivas, tempo de progressão do tumor e sobrevida. O tratamento com FOLFIRI resultou num tempo para progressão do tumor mediano de 6,7 meses ($p = 0,001$), comparado com 4,4 meses com a infusão de apenas 5-FU/LV.

Em estudo fase III, randomizado, duplo-cego, com controle ativo, foi avaliada a combinação de bevacizumabe com irinotecano + 5-FU e leucovorin in bolus (IFL) como tratamento para carcinoma metastático do cólon ou do reto e resultou numa sobrevida global mediana. Em relação à sobrevida livre de progressão, a sobrevida foi de 10,6 meses para IFL + bevacizumabe, e de 6,2 meses para o grupo com IFL + placebo. A associação de FOLFIRI + bevacizumabe resultou numa sobrevida semelhante ao encontrado com IFL + bevacizumabe.¹⁵⁻¹⁶

Estudos realizados por Gramont et al.¹⁷; Goldberg; Douillard, et al. em que faz-se a comparação de um grupo em terapia com 5-FU/LV e o outro FOLFOX obtiveram sobrevida livre de progressão da doença de 6,6 meses e 8,2 meses respectivamente. A comparação da sobrevida global FOLFOX apresenta melhores níveis.^{15-16,18}

Quando FOLFOX é associado à bevacizumabe parece conferir uma vantagem de 5 a 6 meses, em média, de sobrevida global quando comparado com quimioterapia feita com apenas um agente.¹⁶

De acordo com os dados supracitados, observamos que a adição de bevacizumabe à quimioterapia padrão aumenta a sobrevida global dos pacientes, porém, quanto à qualidade de vida dos mesmos, poucos dados

foram descritos na literatura até então. Em nosso trabalho, observamos que o grupo BVOX apresentou um melhor nível de funcionamento, ou seja, melhor qualidade de vida e menor ocorrência de sintomas quando comparado ao CMOX. Para o grupo BVFI, observou-se uma melhor funcionalidade em relação ao FI, para o EORTC QLQ-C30, já para as escalas de sintomatologia dos dois questionários, BVFI apresentou um quadro sintomático um pouco mais acentuado comparado ao FI. Corroborando nossos dados, recentemente, foi publicado um estudo utilizando um outro fármaco com alvo molecular definido o cetuximabe, que é um anticorpo monoclonal quimérico anti-receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR). No referido estudo, pacientes com câncer de cabeça e pescoço foram tratados com cetuximabe adicionado aos quimioterápicos carboplatina e fluoracil e foi percebido que a adição de cetuximabe não afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes, em nenhum escore analisado. Pelo contrário, a adição de cetuximabe melhorou a saúde global dos pacientes, sendo que alguns escores analisados (dor e perda de apetite) foram muito favoráveis a este tratamento combinado.¹⁸

Um dado que chama a atenção é em relação aos diferentes perfis do impacto da doença e do tratamento sobre a sexualidade dos homens e das mulheres. Foi observado que entre os pacientes homens, mais da metade são sexualmente ativos e os que não são, justificaram devido à idade avançada, tratamento e bolsa de colostomia. Sendo que apenas os pacientes não sexualmente ativos apresentaram uma diminuição de escore em relação à imagem corporal. Diferentemente, ao observar a sexualidade feminina, a maior parte das mulheres não apresentava vida sexual ativa, fato que se atribui aos efeitos do tratamento ou à ausência de parceiro (viuvez ou divórcio), apesar da maior parte das pacientes não observarem mudanças em relação à imagem corporal.

Por meio dessas entrevistas foi possível perceber a influência dos problemas pessoais nas escalas abordadas nos questionários, e a partir dos relatos dos pacientes notou-se a importância do apoio familiar e de uma equipe multiprofissional na condução favorável do tratamento. Conforme relato da paciente FI-1: *"...até agora posso dizer que tudo está bem, sob controle, graças à dedicação e competência dos médicos que me atendem, da minha família, de Deus que nunca me abandonou."* As entrevistas proporcionaram um contato importante com os pacientes submetidos à quimioterapia e que favoreceu um crescimento pessoal e profissional em relação à participação do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional em oncologia. E a partir de relatos de pacientes, como o da seqüência, pode-se observar a aceitação da presença do farmacêutico junto aos pacientes. *"...quando terminar as seções, se eu conseguir, vou dar graças a Deus pela vitória, pelos médicos, as enfermeiras que têm tanto carinho com a gente e pelos farmacêuticos que têm estudado para ajudar. Obrigada!"* Relato da paciente SMOX-3.

Este trabalho demonstra que há uma tendência a uma melhor qualidade de vida dos pacientes que foram tratados com a associação do bevacizumabe à terapia convencional, agregando dados importantes às pesquisas na área de Pesquisa Clínica com medicamentos com alvo molecular definido no Brasil. Entretanto, entendemos que este é um estudo pioneiro, que deve ser reavaliado com um número maior de pacientes. Dessa maneira, alguns parâmetros poderiam ser avaliados mais profundamente, resultando, assim, em melhores análises das estimativas de parâmetros de funcionalidade e sintomatologia, tão importantes em definir a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que participaram desta pesquisa, partilhando suas experiências de vida e tornando possível sua realização. Aos funcionários do Neon, que contribuíram para a realização desta pesquisa, especialmente ao Dr. Wesley Vargas Moura pelo incentivo e apoio durante as etapas de desenvolvimento deste trabalho. À Dra. Flávia Imbroisi Valle Errera, pela revisão do trabalho de monografia que deu origem a este manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Hanahan D. ; Weinberg R. A. The hallmarks of cancer review. Cell. v. 100, p. 57-70, jan. 2000
2. Cajaraville G. et al. Oncología. In: _____ Farmacia Hospitalaria. Cap.14, p.1171-1226.
3. Inca, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010- Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf> > Acesso em: 29 de julho de 2010, 16h50min
4. Goldman L; Ausiello D. Cecil tratado de medicina interna. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
5. Guimaraes J. R. Q. Manual de oncologia. 2. ed. São Paulo: BBS, 2006. cap.40,41
6. Inca, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008- Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf> > Acesso em: 21 fev 2008, 21h00min
7. Forenes N. M. et al. Guia de oncologia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo, Ed. Manole, 2005. cap. 17.
8. Meira D. D. et al. Different antiproliferative effects of matuzumab and cetuximab in A431 cells are associated with persistent activity of the MAPK pathway. European Journal of Cancer , v.45, p.1265 - 1273, 2009.
9. Meira D. D. et al. Combination of cetuximab with chemoradiation, trastuzumab or MAPK inhibitors. British Journal of Cancer , v.101, p.782 - 791, 2009.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RE n. 2315, de 20 de setembro de 2005. Dispõe descrições da resolução. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília. 26 set. 2005.
11. Aaronson N. K. et al. european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute. v. 85, p. 365-76,1993
12. Fayers P.M. et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3.ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2001.
13. Santos E. M. M. Câncer colorretal: qualidade de vida em pacientes tratados com intenção curativa. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências - Área de concentração Oncologia)- Programa de pós-graduação em Ciências, Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2003.