

**AVALIAÇÃO TARDIA DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA
VERSUS PACIENTES COM COLOSTOMIA DEFINITIVA
APÓS TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA
DE RETO**

MARIANE MESSIAS REIS LIMA SILVA

**Dissertação apresentada a Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

**Orientador: Dr. Samuel Aguiar Júnior
Co-Orientadora: Dra. Erika Maria Monteiro
Santos**

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Silva, Mariane Messias Reis Lima

Avaliação tardia da qualidade de vida de pacientes com preservação esfinteriana versus pacientes com colostomia definitiva após tratamento de adenocarcinoma de reto / Mariane Messias Reis Lima Silva - São Paulo, 2013.

71p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Samuel Aguiar Junior

Descritores: 1. QUALIDADE DE VIDA. 2. COLOSTOMIA. 3. ADENOCARCINOMA. 4. ESFINCTER ANAL. 5. NEOPLASIAS RETAIS

DEDICATÓRIA

Em memória de Mirailde Lima Silva, amiga e sogra, uma mulher guerreira, que em meio a tantas lutas da vida batalhou também contra o câncer de reto.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, O clemente, Misericordioso, Soberano do dia do juízo, Fortaleza e Socorro bem presente nas horas de angústia, Pai e Amigo, Alfa e Ômega. A TI SENHOR o meu louvor e agradecimento, sem TI nada seria possível, e Contigo posso todas as coisas.

A todos os pacientes que participaram dessa pesquisa doando uma parte preciosa de seu tempo para responderem o questionário, possibilitando a nós profissionais da saúde o “saber” através da experiência de suas próprias vidas. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Obrigada!!!

Ao meu orientador Dr. Samuel Aguiar Júnior pela grande oportunidade que me deste para realizar essa pesquisa, pelo apoio e compreensão durante todos esses meses. Lhe tenho muito apreço e admiração. Você foi um conduto de bênçãos em minha vida...

À Dra. Erika Maria Monteiro Santos pelas valiosas sugestões e correções ao meu trabalho.

À Aline, estatística do A.C.Camargo Cancer Center, pelo excelente trabalho realizado, obrigada pela paciência, pelo empenho e boa vontade.

Aos membros da equipe médica do Núcleo de Tumores Colorretais do A.C.Camargo Cancer Center, Dr. Wilson Nakagawa, Dr. Fabio de Oliveira Ferreira, Dr. Ademar Lopes, Dr. Celso Milani, Dr. Ranyell Spencer. Agradeço pela compreensão e apoio para a realização da pesquisa no setor.

Ao Dr. Celso Abdon e a enfermeira Bárbara da oncologia clínica, muito obrigada pela receptividade e apoio para que eu pudesse aplicar os questionários nesse setor, vocês tornaram esse percurso mais suave.

A enfermeira Rita de Cassia Freitas Bandeira, obrigada por aquela conversa naquele final de tarde, eu era apenas uma estranha, mas você me tratou muito bem e conversou comigo abertamente sobre o que chamou de “bum” do momento, qualidade de vida. Obrigada.

A Pós-graduação pelo oportunidade do mestrado, por acolher aos alunos como seus filhos. Agradeço especialmente a Vanusa, que foi a primeira pessoa da pós com quem tive contato, e posso dizer sem dúvida que o marketing realizado por essa excelente profissional traz para a pós-graduação todos os anos uma gama de alunos, e um desses alunos fui eu.

À Biblioteca, em especial a Suely pela paciência ao ensinar e pelo capricho e cuidado que tem na formatação de cada trabalho. Obrigada pelo acolhimento.

Ao meu esposo Maséias que sonhou esse sonho comigo e fez parte da realização e concretização de mais essa etapa da minha vida. Obrigada pelo incentivo, compreensão, essa vitória também é sua! **Love**.

À minha linda mãe Glória, aos meus irmãos Felipe e Lucas Neto, as minhas avós Clarita e Mariana, aos meus cunhados Vanina, Miraldo e Miquéias, muito obrigada queridos pelas orações, pelo amor, apesar da distância vocês sempre estiveram pertinho do meu coração.

Às amigas Carol, Ana Gomes, Magnalva, Pricilinha, Zainne, Denise, Paula, Débora, Ariana, Erica Conti, todas vocês tornaram a minha vida muito mais feliz. “...amizade parece um barco que cruza o mar, navegando tranquilo me ensina viver e amar.”.

À toda minha família e amigos que estão em São Paulo, Bahia e em Petrolina-PE, que torceram para que esse mestrado fosse realizado com êxito. Obrigada!

RESUMO

Silva MMRL. **Avaliação tardia da qualidade de vida de pacientes com preservação esfinteriana versus pacientes com colostomia definitiva após tratamento de adenocarcinoma de reto.** São Paulo; 2013. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introdução: De acordo com a OMS Qualidade de Vida (QL) é “a percepção do ser humano 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”. A literatura internacional mostra que tanto a colostomia definitiva quanto a preservação esfinteriana têm impactos negativos sobre a QL. **Objetivo:** Este projeto de pesquisa teve como objetivo comparar a qualidade de vida de pacientes em tratamento de câncer de reto com preservação esfinteriana *versus* pacientes com colostomia definitiva. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal comparativo com uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório do Núcleo de Tumores Colorretais do A. C. Camargo Cancer Center com 125 pacientes, os quais foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão, com amostra de conveniência após consulta médica. A coleta de dados aconteceu no período de abril de 2012 a julho de 2013 através dos questionários WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR29 e um formulário complementar sociodemográfico. Também foi preenchido um formulário clínico através de consulta em prontuário. Para a análise dos resultados o teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os escores dos domínios dos questionários WHOQOL-Bref, EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR29 entre os grupos de pacientes com preservação esfinteriana e com colostomia definitiva. **Resultados:** Os resultados mostraram que a saúde e a qualidade de vida global foram semelhantes entre os dois grupos, no entanto, os pacientes com colostomia definitiva apresentaram maiores escores para Escala de Função Emocional

($p = 0,016$) e Cognitiva ($p = 0,017$), significando uma melhor função. Para Escala de Sintomas os pacientes com preservação esfinteriana apresentaram maiores escores, ou seja, mais sintomas para frequência das fezes ($p < 0,001$), constipação ($p = 0,005$), incontinência fecal ($p = 0,001$), dor na nádega ($p = 0,023$) e náusea e vômito ($p = 0,036$), enquanto que os pacientes com colostomia definitiva apresentaram escores mais altos para disúria ($p = 0,033$). **Conclusão:** Não houve diferença significativa na Qualidade de Vida Global entre os pacientes com preservação esfinteriana e colostomia definitiva. Porém, as diferenças estatisticamente significativas na Escala Funcional favoreceram os pacientes com colostomia definitiva, isso também aconteceu na Escala de Sintomas para incontinência fecal, frequência das fezes, constipação e dor em nádegas.

SUMMARY

Silva MMRL. **[Late evaluation of quality of life of patients with sphincter preservation versus patients with definitive colostomy after treatment for rectum adenocarcinoma]**. São Paulo; 2013. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introduction: According to the WHO, Quality of Life (QL) is “the human being perception of the of his/her position in life in the contexts of culture and value systems in which he/she lives in relation to goals, expectations, patterns and concerns”. The international literature shows that the definitive colostomy as well as the sphincter preservation has negative impacts on QL.

Objective: The present study aims at comparing the quality of life of patients undergoing treatment for rectum cancer with sphincter preservation versus patients with definite colostomy. **Material and Methods:** this is a comparative, observational and cross section study with a quantitative approach. The study was conducted at the Outpatient's Center for Colorectal Tumors at A.C. Camargo Cancer Center with 125 patients who were selected according to inclusion criteria, with post medical checkup. Data collection was carried out during the period from April, 2012 to July, 2013 through the following questionnaires: WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR29 and a complementary sociodemographic form. A clinic form was also filled out during medical appointment in file. For the analysis of the result the Mann-Whitney nonparametric test was used for comparing the score domains of the WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR29 questionnaires among the groups of patients with sphincter preservation and definite colostomy. **Results:** The results showed that health and global quality of health were similar among the two groups, however, the patients with definite colostomy presented greater scores on the Emotional Function Scale ($p = 0,016$) and Cognitive ($p = 0,017$), meaning a better functioning. For the Symptom Scale the patients with sphincter preservation presented

greater scores, thereto, more symptoms for stool frequency ($p < 0,001$), intestinal constipation ($p = 0,005$), faecal incontinence ($p = 0,001$), buttock pain($p = 0,023$) and nausea and vomiting ($p = 0,036$), while the patients with definite colostomy presented higher scores for dysuria ($p = 0,033$).

Conclusion: There was no significant difference in Global Quality of Life among the patients with sphincter preservation and definite colostomy. However, the statistically significant differences in the Functional Scale favored the patients with definite colostomy, this also happened with the Symptom Scale for faecal incontinence, stool frequency, intestinal constipation and buttock pain.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estatística descritiva da idade dos 125 pacientes com câncer de reto incluídos no estudo segundo a presença de colostomia ou anastomose. São Paulo, 2013.....	23
Tabela 2	Distribuição dos 125 pacientes segundo variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2013.....	25
Tabela 3	Distribuição dos 125 pacientes segundo variáveis clínicas. São Paulo, 2013.....	26
Tabela 4	Distribuição dos pacientes segundo variáveis clínicas e sócio demográficas com cálculo da significância estatística. São Paulo, 2013.....	27
Tabela 5	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo dos escores do instrumento WHOQOL-bref de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal realizada nos pacientes tratados de câncer de reto. São Paulo, 2013.....	28
Tabela 6	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo nas escalas do instrumento EORTC QLQ C-30 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal realizada nos pacientes tratados de câncer de reto. São Paulo. 2013.....	30
Tabela 7	Média nas escalas do instrumento EORTC QLQ CR-29 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal utilizada nos 125 pacientes com câncer de reto entrevistados. São Paulo. 2013.....	32

Tabela 8	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo do domínio físico do instrumento WHOQOL-bref de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis recidiva e frequência a grupo religioso. São Paulo. 2013.....	34
Tabela 9	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas de função e sintomas do questionário EORTC QLQ-C30 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis. São Paulo. 2013.....	37
Tabela 10	Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas de função e sintomas do questionário EORTC QLQ-CR29 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis. São Paulo. 2013.....	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACA	Anastomose colo anal
ACB	Anastomose colorretal baixa
APR	Ressecção abdominoperineal
CCR	Câncer colorretal
CD	Colostomia definitiva
CEP	Comitê de ética em pesquisa
DP	Desvio padrão
EORTC	European Organization from Research and Treatment of Cancer
FAP	Fundação Antônio Prudente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Preservação esfinteriana
QV	Qualidade de Vida
RA	Ressecção anterior do reto
RAB	Ressecção anterior baixa
RI	Ressecção interesfinteriana
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
WHOQOL Group	World Health Organization Quality of Life Group

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1	Vivendo com a colostomia.....	7
2.2	Preservação esfinteriana & colostomia definitiva.....	9
2.3	A cirurgia: implicações e complicações	10
2.4	Terapia oncológica e sua interferência na qualidade de vida.....	12
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo Primário	15
3.2	Objetivo secundário	15
4	METODOLOGIA	16
4.1	Tipo de estudo.....	16
4.2	Campo de estudo	16
4.3	Participantes do estudo	16
4.3.1	Critérios de inclusão	17
4.3.2	Critérios de exclusão	17
4.4	Coleta de dados	17
4.5	Aspectos éticos	21
4.6	Análises dos dados	22
5	RESULTADOS.....	23
5.1	Dados sociodemográficos	23
5.2	Dados clínicos	25
5.3	Testes de associação entre os grupos	26
5.4	Qualidade de vida: WHOQOL-bref	28
5.5	Qualidade de vida: EORTC QLQ-C30	29
5.6	Qualidade de vida: EORTC QLQ-CR29	31
5.7	Resultado da análise de subgrupo	33

5.7.1	WHOQOL-Bref	34
5.7.2	EORTC QLQ-C30.....	34
5.7.3	EORTC QLQ-CR29	39
6	DISCUSSÃO	44
6.1	Discussão de alguns dados sociodemográficos	45
6.2	Qualidade de vida global	46
6.3	Diferenças nos escores para qualidade de vida e suas implicações.....	48
6.3.1	Alterações na escala de função emocional e cognitiva	49
6.3.2	Escala de sintomas para náusea e vômito	51
6.3.3	Alterações na escala de sintomas para constipação, incontinência fecal, frequência das fezes e dor em nádegas	52
6.3.4	Escala de sintomas alterada para disúria.....	56
6.3.5	Sexualidade.....	57
7	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	60
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	61
9	CONCLUSÕES	62
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

APÊNDICE

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXOS

Anexo 1 Questionário WHOQOL – bref

Anexo 2 Questionário QLQ – C30

Anexo 3 Questionário QLQ – CR29

Anexo 4 Carta de permissão para o uso do QLQ-C30 e QLQ-CR29 emitida pela EORTC

Anexo 5 Formulário para a obtenção das características sociodemográficas

Anexo 6 Formulário para obtenção dos dados clínicos e de tratamento.

Anexo 7 Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da Fundação Antônio Prudente

1 INTRODUÇÃO

O câncer de cólon e reto (CCR) é o terceiro câncer mais comum no mundo em mulheres e homens, ocupando a quarta posição em ambos os sexos (International Agency for Research on Cancer-IARC 2008). Nos Estados Unidos o CCR é o terceiro câncer mais encontrado entre homens e mulheres, sendo a estimativa para 2013 de 102.480 casos de câncer de cólon e 40.340 de reto (SIEGEL et al. 2013; American Cancer Society-ACS 2013).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a estimativa para o câncer de cólon e reto no Brasil em 2012 em homens foi de 14.180 casos novos e em mulheres foi de 15.960, correspondendo a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres. Esses cânceres em homens ocuparam a segunda posição na região Sudeste (22/100 mil), terceiro na região Sul (18/100 mil) e Centro-Oeste (14/100 mil), quarta posição na região Norte (4/100 mil) e a quinta posição na região Nordeste (5/100 mil). Já entre as mulheres a segunda posição nas regiões Sudeste (23/100 mil) e Sul (20/100 mil), sendo o terceiro mais frequente nas regiões Centro-Oeste (15/100 mil) e Nordeste (7/100 mil) e o sexto na região Norte (Ministério da Saúde 2011).

O câncer de reto (CR) quando detectado precocemente é tratável e na maioria dos casos curável. Grande parte dos tumores começa a partir de pólipos adenomatosos, portanto, uma forma de prevenção seria a detecção

e a retirada precoce dessas lesões antes de sua malignização (Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino - ABRAPRECI 2011).

O diagnóstico do câncer de reto é realizado através de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e biópsia. Outros exames como ultrassonografia de abdômen e pélvis, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética nuclear (RNM) da pelve, raio X ou TC de tórax são requeridos para avaliação do estadiamento clínico (SCHMOLL et al. 2012).

O sistema de estadiamento mais utilizado em oncologia é a classificação TNM que tem como finalidade a descrição da extensão anatômica do tumor. Essa classificação apresenta grande correlação com o prognóstico do paciente e serve como guia para definição do tratamento. O “T” representa a extensão local do tumor primário, “N” a presença ou ausência de metástases para linfonodos regionais e “M” a presença ou ausência de metástase a distância (IYEYASU 2013; NAKAGAWA 2013).

O tratamento padrão para o câncer de reto é a cirurgia, que pode ser associada a quimioterapia (QT) e/ou à radioterapia (Rxt). Quando a QT e/ou Rxt são realizadas antes da cirurgia utiliza-se o termo “terapia neoadjuvante” e após a cirurgia “terapia adjuvante” (FERREIRA e ROSSI 2005; Ministério da Saúde 2011).

A quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante tem como base o 5-FU (5-Fluorouracil) endovenoso ou oral, sendo na adjuvância associado a outras drogas como a oxaliplatina para os estádios II e III (SCHMOLL et al. 2012).

Em alguns casos, com tratamento neoadjuvante com esquemas de QT e/ou Rxt pode ocorrer resposta completa, ou seja, o desaparecimento completo do tumor primário em reto. Porém, mesmo nessas situações a cirurgia é necessária porque pode haver tumor microscópico, portanto a equipe médica e o paciente precisam estar cientes de que somente as opções terapêuticas não-cirúrgicas não são recomendadas devido a elevados índices de falha local (FERREIRA e ROSSI 2005).

As opções cirúrgicas para tratamento do CR compreendem a ressecção local, microcirurgia endoscópica transanal, ressecção abdominoperineal (APR) e ressecção anterior do reto (RA), sendo as duas últimas consideradas como técnicas principais para cirurgia de adenocarcinoma do reto, sempre associadas à excisão total do mesorreto. A escolha do procedimento apropriado vai depender da extensão e localização do tumor (STIPA et al. 2005; SCOGGINS et al. 2005).

A RA é recomendada quando o CR está localizado no terço médio e inferior do reto, nesse caso existe a preservação esfinteriana (PE) na qual é confeccionada uma anastomose colorretal baixa (ACB). Já a cirurgia de APR é realizada nos casos em que o tumor envolve a junção anorretal e o esfíncter anal. Nesse procedimento o reto e o ânus são amputados e é confeccionada uma colostomia definitiva (FERREIRA e ROSSI 2005; SCHMOLL et al. 2012).

O estoma consiste na exteriorização de um segmento do intestino através de uma abertura do segmento intestinal ao meio externo (Brasil 2011; Associação Brasileira de Ostomizado ABO 2011). Na RA do reto os

pacientes geralmente ficam com um estoma provisório na região ileal do intestino delgado (ileostomia) ou no intestino grosso (colostomia) que comumente é fechado dentro de alguns meses. Já na cirurgia de APR os pacientes ficam com uma colostomia definitiva (CD) (HABR-GAMA e ARAUJO 2000; Brasil 2011; ABO 2011).

Diante desse contexto, a busca pela qualidade de vida (QV) dos pacientes tem importância fundamental na proposição do tratamento ao paciente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de qualidade de vida compreende *“a percepção do ser humano 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”* (Anonymus 1995).

O termo qualidade de vida foi empregado pela primeira vez em 1920, no livro de autoria de Pigou, sobre economia e bem-estar social (WOOD-DAUPHINEE 1999). O interesse nesse “novo” conceito foi primeiramente compartilhado por cientistas sociais, políticos e filósofos, e logo, pelas ciências da saúde, referindo-se a um movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que somente o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da perspectiva de vida (FLECK et al. 1999).

Portanto, a partir de 1960, para valorizar esses parâmetros surgiram indicadores subjetivos mensurados pela experiência de vida das pessoas focando no bem-estar e na felicidade. Logo, a QV pode ser compreendida

como algo intrínseco ao ser humano, sendo parte integrante das relações familiares, amorosas, sociais e ambientais (KUCZYNSKI JÚNIOR e ASSUMPÇÃO 2013).

A literatura mostra alterações na QV dos pacientes com colostomia definitiva e com anastomose colorretal baixa nos aspectos psicológicos, físicos, sociais e fisiológicos. Após a cirurgia os pacientes passam a ter sérios sintomas gastrointestinais que podem durar a vida toda (KELLY et al. 1980, SIASSI et al. 2008; LOBATO-CAMPOS et al. 2011; TAYLOR e MORGAN 2011).

SIASSI et al. (2008) notaram que depois do fechamento do estoma, os pacientes consideraram sair de casa como algo difícil sendo que eles necessitavam planejar suas atividades minuciosamente. Os autores evidenciaram também que a porcentagem de pacientes insatisfeitos com o estoma foi menor do que a de pacientes insatisfeitos após reversão do mesmo.

A literatura mostra que os pacientes com estoma sentem-se diferentes de outras pessoas, e que o estoma, além de reduzir o convívio com a sociedade, causa baixa autoestima, mudanças drásticas na alimentação, mudanças na maneira de se vestir e alterações da vida sexual (SILVA e SHIMIZU 2006; ALMEIDA et al. 2010; DELAVECHIA et al. 2010).

Em observações preliminares da enfermeira do setor de curativo do Ambulatório Fernando Gentil do A.C.Camargo Cancer Center, foi observado a existência frequente de queixas gastrointestinais dos pacientes submetidos a cirurgia de ressecção anterior do reto, porém de forma não sistemática.

Considerando a literatura científica sobre a qualidade de vida dos pacientes com uma colostomia definitiva ou preservação esfinteriana, estudos que visam avaliar a qualidade de vida tardia nesse público são relevantes para análise do impacto dos tratamentos e também no aconselhamento dos pacientes

Uma vez que no Brasil e no mundo a quantidade de pesquisas comparando a qualidade de vida de pacientes com colostomia definitiva e preservação esfinteriana ainda são escassas, os resultados de tais estudos poderão influenciar os profissionais de saúde a intervirem positivamente para proporcionarem uma melhor qualidade de vida a seus pacientes.

Desta forma, esta investigação partiu do seguinte questionamento:

- Como é a qualidade de vida das pessoas que têm uma anastomose colorretal baixa em comparação com as que possuem uma colostomia definitiva?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIVENDO COM A COLOSTOMIA

O uso da colostomia muda a maneira de viver do indivíduo em relação ao seu corpo e em relação a convivência com o próximo e com o mundo. Em decorrência disto, e pelas limitações físicas e sociais advindas da colostomia, alguns pacientes não aceitam ou aceitam com grande dificuldade a sua realização (ALMEIDA et al. 2010).

O corpo é um conduto de emoções e gestos no qual percebemos o mundo, portanto, para o ostomizado a expressão corporal exprime melhor do que as palavras o que é sentido (DELAVECHIA et al. 2010).

O estoma representa significação de perdas de continência, confiança, independência e dignidade (SANTOS e SAWAIA 2000).

Em estudo realizado no Serviço de Estomaterapia da Universidade de Passo Fundo – RS, os portadores de colostomia referiram que no início após a sua implantação foi horrível, muito difícil, problemático, e que, com o passar do tempo acabaram se conformando. Sentimento de revolta, rejeição e fuga foram relatados tanto por homens como por mulheres, tendendo para a resignação (PETUCO 1998).

As pessoas estomizadas isolam-se do convívio social e atividades antes realizadas como passeios e viagens são restringidas. Alguns dos fatores que as levam a esse isolamento é por considerarem degradante a

falta de controle na eliminação de flatus e da evacuação. Todavia, essa redução das relações interpessoais dificulta o relacionamento com seus semelhantes e a reinserção no mercado de trabalho, o que provoca estados depressivos e deterioração do autoconceito e da auto-estima (PETUCO 1998; ALMEIDA et al. 2010).

Alguns estomizados não retornam ao trabalho e se aposentam devido as sequelas do tratamento, porém, percebe-se que a falta de atividade laboral contribui para a ociosidade e também para o isolamento social (SILVA e SHIMIZU 2006).

Na vida sexual foram identificadas perda da libido, disfunção erétil, dor, diminuição da autoestima e apreensão devido a possíveis odores e eliminação de fezes no momento da relação sexual (SILVA e SHIMIZU 2006; ALMEIDA et al. 2010), ficando o ato sexual em segundo plano e sendo substituído por sentimentos como amor, companheirismo, respeito, e atividades relacionadas à religião (SILVA e SHIMIZU 2006).

A vivência da sexualidade no paciente estomizado é percebida como algo difícil devido ao constrangimento relacionado ao estoma, porém, quanto existe afeto e compreensão do cônjuge esta situação pode ser revertida, e o relacionamento amoroso voltar a ser satisfatório (DELAVECHIA et al. 2010).

Umas das formas encontradas pelos pacientes para superar todas essas mudanças que advém com o uso da colostomia definitiva foi a busca pela religião (PETUCO 1998).

Segundo ALMEIDA et al. (2010) a crença em Deus ajudou os estomizados a dar um sentido à vida, a aceitar a nova condição existencial e

a amenizar a dor e as dificuldades, levando-os a se sentirem mais ativos no tratamento e mais encorajados a lutar pela sobrevivência.

2.2 PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA E COLOSTOMIA DEFINITIVA

LOBATO-CAMPOS et al. (2011) em estudo prospectivo realizado no *Cleveland Clinic Institutional Review Board* com 153 pacientes, identificaram que os pacientes que passaram por ressecção abdominoperineal e pacientes que passaram por ressecção anterior tinham qualidade de vida global similar.

Corroborando o resultado citado acima, POCARD et al. (2007) em pesquisa realizada na França com 50 pessoas, com o intuito de comparar a qualidade de vida de pacientes com anastomose coloanal (ACA) *versus* CD também encontraram equivalências nos escores para qualidade de vida global. Entretanto, os autores identificaram que o domínio defecação foi considerado pior para o grupo de ACA, sendo a diarreia e constipação mais incidente.

Trabalho conduzido por SIASSI et al. (2008) mostrou do mesmo modo um significativo aumento de sintomas gastrointestinais que persistiram após um ano do fechamento do estoma, sendo as principais queixas dos pacientes, a diarreia, a incontinência para líquido ou sólido, com 35,3% dos pacientes apresentando sintomas leves e 55,9% sintomas severos.

A literatura comprova ainda que quanto maior a extensão da ressecção do intestino delgado, maior a incidência de diarreia nesses pacientes (KELLY et al. 1980).

Estudos sobre qualidade de vida utilizando questionários validados pela EORTC mostraram que pacientes com ACB e com ACA tiveram scores estatisticamente mais altos na função física (VARPE et al. 2011; KONANZ et al. 2013), ao passo que, pacientes com estoma apresentaram mais dificuldades financeiras, sintomas para dispneia e escores menores para perspectivas futuras e diminuição da imagem corporal quando comparado a pacientes com preservação esfinteriana (SIDERIS et al. 2005; VARPE et al. 2011; KONANZ et al. 2013).

2.3 A CIRURGIA: IMPLICAÇÕES E COMPLICAÇÕES

O tratamento cirúrgico para CR é comumente determinado pela localização e extensão do tumor. A melhora das técnicas cirúrgicas possibilitou a preservação do esfíncter anal em maior número de paciente. No entanto, a amputação abdominoperineal ainda é necessária quando o câncer de reto está situado próximo ao ânus para uma adequada margem de ressecção. A ressecção abdominoperineal é realizada quando a preservação do esfíncter anal não é tecnicamente possível (AKAGI et al. 2013).

A margem distal mínima em relação ao limite distal do tumor é de 2 cm para pacientes que não realizaram neoadjuvância e de 1 cm para os que

a realizaram. Portanto, nos tumores distais em que não é possível obter uma margem mínima de segurança a cirurgia recomendada é a amputação abdominoperineal do reto (NAKAGAWA 2013).

A forma mais extrema de cirurgia para preservação do esfíncter é a ressecção interesfincteriana. Esta técnica pode ser aplicada para tumores até 1 cm do esfíncter anal. Porém, a consequência desse procedimento na maior parte dos pacientes são resultados funcionais pobres, uma vez que o esfíncter interno, e algumas vezes o externo, são lesados (MULSOW e WINTER 2011).

Ainda hoje podem ocorrer complicações com o ato cirúrgico. RATHNAYAKE et al. (2008) identificaram após a confecção da ileostomia: retração, fluxo excessivo pela ileostomia definido como volume maior que 1500 ml em 24h, prolapso, herniação e abscesso paraileostomia e dermatite em pele. Após a reversão do estoma provisório foram observadas as seguintes implicações: fístula entérica, obstrução intestinal e dor no sítio de fechamento da pele, infecção de ferida e abscesso. Os autores também perceberam que as complicações após a reversão duraram mais tempo do que após a confecção da ileostomia.

Em pesquisa realizada por HARRIS et al. (2005) aconteceram complicações em 25% das operações com confecção de estoma, sendo as mais frequentes hérnia, retração e obstrução intestinal. Foi ainda evidenciado alta incidência de mortalidade nos pacientes que desenvolveram necrose do estoma.

O estudo de LOBATO-CAMPOS et al. (2011) mostrou que as complicações pós-operatórias foram similares para pacientes que passaram por APR e RAB, diferindo apenas em relação à retenção urinária, que foi maior nos pacientes que passaram por APR.

Os principais motivos de morbidade relatados por SIASSI et al. (2008) após a construção do estoma foram: deiscência (10,1%), atraso no início da dieta (5,1%) e deiscência fascial (1,3%); e após o fechamento do estoma: infecção (8,6%), febre (2,9%) e retenção urinária. A morbidade global depois da primeira cirurgia foi de 35,3% e depois do fechamento do estoma foi de 20%.

A literatura ainda mostra que pacientes submetidos à ileostomia que têm excesso de produção fecal sofrem de menor absorção de vitamina B12, distúrbio eletrolítico, alteração do pH urinário e sanguíneo e menor excreção de sódio quando comparados com o grupo de menor produção fecal (KELLY et al. 1980).

2.4 TERAPIA ONCOLÓGICA E SUA INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Além das complicações advindas da cirurgia, soma-se a isso a toxicidade ao tratamento neoadjuvante e adjuvante com radioterapia e/ou quimioterapia, que podem interferir significativamente na qualidade de vida dos pacientes.

Os principais objetivos do tratamento neoadjuvante são reduzir o risco de recorrência local, melhorar a margem de ressecção cirúrgica no estágio T4 e preservar a função esfincteriana em tumores de reto baixo. Já o tratamento adjuvante é indicado para pacientes que apresentem ao estadiamento patológico alto risco de recorrência da doença (SCHMOLL et al. 2012).

A principal vantagem da terapia adjuvante é a melhor seleção dos pacientes com base no estadiamento patológico, sendo as desvantagens o aumento da toxicidade relacionada ao intestino delgado e aumento das células tumorais resistentes à radioterapia em decorrência da hipóxia pós-cirúrgica (SCHMOLL et al. 2012).

A literatura tem provado os benefícios da terapia oncológica no combate ao CR, mostrando que a QT melhora a sobrevida livre de doença e a sobrevida geral e, a depender do estágio do tumor, promove a maior chance de cura nos pacientes, em particular aqueles com a resposta patológica completa (SIMMONDS 2000; ANDRÉ et al. 2009; WYGODA et al. 2010).

O tratamento neoadjuvante também proporciona a diminuição do volume tumoral, o que torna o procedimento cirúrgico mais adequado e com menor risco de violação dos princípios oncológicos (FERREIRA e ROSSI 2005).

No entanto, apesar do tratamento pré-operatório com Rxt e QT favorecerem para a regressão tumoral, nota-se uma gama de efeitos

adversos relacionados a toxicidade, sendo os mais comuns a diarreia, dor pélvica e fadiga (KENNECKE et al. 2012).

WYGODA et al. (2010) reportaram grau 3 e 4 de toxicidade em 27,5% dos pacientes que receberam tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia com 5-fluorouracil e ácido folínico, sendo a toxicidade gastrointestinal a mais incidente. Nos pacientes que iniciaram a quimioterapia após a cirurgia a toxicidade mais comum também foi relacionada ao trato gastrointestinal, sendo ainda reportado sépsis e toxicidade cardiovascular.

Em estudo de fase IV realizada com 209 pacientes com CR metastático utilizando como tratamento de primeira linha a combinação quimioterápica bevacizumab com FOLFIRI (5-FU, ácido folínico e irinotecano) 53% dos pacientes tiveram efeitos tóxicos que incluíram sangramento, 28% apresentaram eventos hipertensivos, 46% apresentaram alopecia, 24% tiveram desordens intestinais, destes 13% relataram diarreia, 42% neutropenia, 8% mucosite e 5% fadiga (SOBRERO et al. 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Comparar a qualidade de vida de pacientes com preservação esfinteriana versus pacientes com colostomia definitiva

3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Identificar subgrupos em que haja diferenças na qualidade de vida entre pacientes com preservação esfinteriana e pacientes com colostomia definitiva.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa observacional, transversal e comparativa, de natureza quantitativa.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório do Núcleo de Tumores Colorretais do A.C.Camargo Cancer Center, localizado na cidade de São Paulo-SP.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo corresponderam a pacientes que compareceram para consulta de rotina com a equipe médica do Núcleo de Tumores Colorretais para seguimento. Uma lista diária de todos os pacientes agendados era impressa e, a partir dela, verificava-se através do prontuário eletrônico os critérios de inclusão. Após essa avaliação o paciente era abordado preferencialmente antes da consulta médica e era convidado a participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes maiores de dezoito anos de idade, com adenocarcinoma de reto baixo e médio (tumor localizado até 8,0 cm da linha pectínea) tratados com cirurgia radical;
- Pacientes com preservação esfinteriana após um ano ou mais do fechamento;
- Pacientes com colostomia definitiva após um ano ou mais da construção do estoma.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes com síndromes hereditárias para câncer colorretal;
- Pacientes com outros tipos histológicos diferentes de adenocarcinoma de reto;
- Pacientes com colostomia úmida;
- E pacientes com síndromes demenciais e/ou outras condições que os impedissem de compreender e responder aos questionários.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no período de abril de 2012 a julho de 2013, levando-se em consideração a disponibilidade de horários dos pacientes e a dinâmica do Serviço Núcleo de Tumores Colorretais.

Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram: o questionário WHOQOL-bref (Anexo 1), o EORTC QLQ-C30 (Anexo 2) e o EORTC QLQ-

CR29 (Anexo 3); que possuem caráter **auto aplicativo** contendo perguntas e respostas de múltipla escolha.

Os questionários foram entregues aos pacientes que responderam os mesmos isoladamente, sem a ajuda do pesquisador, no entanto, em caso de dúvidas no preenchimento ou não entendimento de alguma das questões houve auxílio por parte do pesquisador.

O *Word Health Organization Quality of life bref* (WHOQOL-bref) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma versão abreviada do questionário WHOQOL-100, do qual derivou (Anonymus 1998).

O WHOQOL-bref utiliza em sua formação um enfoque transcultural para avaliar a qualidade de vida das pessoas nas duas últimas semanas. Este instrumento contém 26 questões fechadas distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Estes domínios, por sua vez, são divididos em 24 facetas, cada faceta corresponde a uma pergunta, sendo que duas perguntas são consideradas para analisar a qualidade de vida de um modo geral, não estando incluídas em nenhuma das facetas. O domínio físico corresponde a sintomas como dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso; por sua vez, o domínio psicológico está associado a sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência; já o domínio relações sociais corresponde a relações pessoais, suporte social e atividade sexual e o domínio ambiente está associado a segurança física do lar e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, lazer,

cuidados de saúde, transporte e ambientes físico (Anonymus 1998; FLECK 2000).

Os questionários EORTC QLQ-30 e EORTC QLQ-CR29 foram desenvolvidos pela *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* (AARONSON et al. 1993).

O EORTC QLQ-30 é um questionário específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer. O instrumento contém 30 questões que compõem cinco escalas funcionais (Função Física, Desempenho de Papel, Função Cognitiva, Função Emocional e Função Social); três escalas de sintomas (fadiga, náusea e vômitos; e dor); duas questões para mensurar a qualidade de vida global e seis perguntas sobre dispnéia, perda de apetite, distúrbio do sono, constipação, diarreia e dificuldades financeiras (AARONSON et al. 1993).

O EORTC QLQ-C30 foi desenvolvido sob um método modular de avaliação no qual é complementado por questionários tumor-específico. O EORTC QLQ-CR29 é um questionário módulo tumor-específico para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal e complementa portanto o EORTC QLQ-C30 (WHISTANCE et al. 2009).

O EORTC QLQ-CR29 foi traduzido e adaptado culturalmente para diversas línguas, sendo recentemente validado no Brasil pela enfermeira Débora Silveira (SILVEIRA 2013). O questionário é composto por quatro escalas funcionais (Imagem corporal, função sexual, prazer sexual, perspectivas futuras) e 7 escalas de sintomas (problemas urinários, sintomas gastrointestinais, efeitos adversos da quimioterapia, disfunção sexual,

problemas para defecar, perda de peso e problemas relacionados com o estoma. O QLQ-CR29 contém dezoito perguntas fixas para serem aplicadas a todos os pacientes, somando-se mais sete questões somente para pacientes que têm colostomia e mais seis questões apenas para pacientes com preservação esfinteriana; duas questões para pacientes do sexo masculino e duas questões para pacientes do sexo feminino, variando num total de 28 a 29 questões (WHISTANCE et al. 2009; CALVO et al. 2010).

Nos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR29 os escores são expressos em uma escala de 0 a 100. Na escala funcional 0 denota pior e 100 melhor resultado, e na escala de sintomas 0 denota melhor e 100 pior resultado. A alta pontuação na escala funcional representa um alto nível de função de saúde ou qualidade de vida, a alta pontuação da escala de sintomas representa, por sua vez um alto nível de problemas (WHISTANCE et al. 2009).

A permissão para o uso do EORTC QLQ-30 e EORTC QLQ-CR29 pela EORTC está no Anexo 4. Já o questionário WHOQOL-bref apesar de não necessitar de permissão para o seu uso requer notificação à OMS de que o instrumento está sendo utilizado, o que foi cumprido.

Os participantes da pesquisa foram orientados a responderem os questionários seguindo uma ordem: primeiramente o WHOQOL-bref, segundo o EORTC QLQ-30 e em terceiro o EORTC QLQ-CR29, ou seja, do questionário geral para qualidade de vida populacional ao questionário específico para qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal.

A fim de obter as características sociodemográficas dos pacientes bem como as características do tumor e do tratamento, foram utilizados dois formulários complementares (Anexos 6 e 7), os quais possibilitaram realizar comparação dos dados demográficos e clínicos, uma vez que tais fatores podem influenciar também na qualidade de vida. As informações desses formulários foram obtidas através dos prontuários dos pacientes.

A abordagem aos participantes da pesquisa aconteceu pessoalmente através de contato com os pacientes agendados no ambulatório para consulta de retorno. No entanto vinte pacientes que não tinham consultas marcadas no período previsto para coleta de dados foram convidados a participar da pesquisa através de ligações telefônicas, nesse caso os questionários foram postados em um envelope identificado contendo o TCLE, e contendo um segundo envelope já selado para retorno dos questionários respondidos e da segunda via do TCLE assinado pelo participante.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa em questão foi baseada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia as práticas em pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde - CNS 1996) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Antônio Prudente (FAP) com número de aprovação do projeto 01610/11(Anexo 7).

Os pacientes foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e outra dos entrevistados.

Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Para avaliação do objetivo geral foi realizado o teste de comparação de médias. Para as variáveis clínicas e demográficas foi realizada análise descritiva em que foram apresentadas tabelas com as distribuições de frequências absolutas e relativas ou tabelas com as principais medidas resumo. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os escores dos domínios dos questionários WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CR29 entre os grupos de pacientes com preservação esfinteriana e com colostomia definitiva.

O nível de significância adotado foi o de 5% e o software estatístico utilizado nas análises foi o Livre R versão 2.3.1.

5 RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 137 pacientes, destes, sete não retornaram o questionário, um paciente recusou-se a participar da pesquisa, dois apresentaram câncer de reto alto, um pacientes apresentavam diagnóstico de GIST de reto e um paciente possuía uma colostomia úmida. Portanto, este estudo foi realizada com um total de 125 pacientes.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva sobre a idade atual dos entrevistados e a idade ao diagnóstico. A média de idade do grupo com colostomia foi de 64,10 anos e do grupo submetido a anastomose de 60,12 anos, com mediana de 64 anos e 61anos, respectivamente.

Tabela 1 - Estatística descritiva da idade dos 125 pacientes com câncer de reto incluídos no estudo segundo a presença de colostomia ou anastomose. São Paulo, 2013.

Idade	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade Atual	anastomose	83	60.12	11.48	31.00	61.00	87.00
	colostomia	42	64.10	12.54	32.00	64.00	92.00
Idade ao Diagnóstico	anastomose	83	55.37	11.16	29.00	56.00	81.00
	colostomia	42	59.52	13.27	29.00	59.50	86.00

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos 125 pacientes segundo as características sócio demográficas mostrando que pouco mais da metade da amostra foi composta por mulheres (50,4%); o nível de escolaridade predominante foi o ensino superior completo (32,0%) e o estado civil da maioria dos pacientes foi casado (71,2%). Quando questionados sobre o trabalho, 63 pacientes (50,4%) responderam que trabalhavam e 62 (49,6%) que não trabalhavam, destes todos eram aposentados.

Em relação a renda familiar e cor, a maior parte dos pacientes (56,0%) eram da classe média e foi identificada a predominância da cor branca (76,0%). Quando questionados se frequentavam algum grupo religioso 86 (68,8%) pacientes responderam que sim e 39 (31,2%) que não.

Tabela 2 - Distribuição dos 125 pacientes segundo variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2013.

Variável	Categoria	GRUPO		N	%
		Anastomose	Colostomia		
Gênero	Masculino	39	23	62	49,6
	Feminino	44	19	63	50,4
Cor	Branca	65	30	95	76
	Amarela	8	3	11	8,8
	Parda/negra	10	9	19	15,2
Escolaridade	Ensino fundamental	22	15	37	29,6
	Ensino médio	30	8	38	30,4
	Ensino superior	25	18	43	34,4
	Pós-graduação	6	1	7	5,6
Estado civil	Solteiro	2	0	2	1,6
	União estável/casado	61	28	89	71,2
	Separado/divorciado	8	4	12	9,6
	Viúvo	12	10	22	17,6
Trabalha	Não	38	24	62	49,6
	Sim	45	18	63	50,4
Renda familiar Estratificação IBGE	Miserável	0	1	1	0,8
	Baixa	10	3	13	10,4
	Média	44	26	70	56
	Alta	7	3	10	8
Frequenta	Não	27	12	39	31,2
Grupo religioso	Sim	56	30	86	68,8

5.2 DADOS CLÍNICOS

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes segundo os dados clínicos. Com relação a cirurgia, 66,0% dos pacientes foram submetidos a RAB e 34,0% à APR ficando com uma colostomia definitiva. A maior parte dos pacientes apresentava tumor de reto baixo (53,6%); passaram por tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia (78,4%) e

receberam quimioterapia adjuvante (57,0%). Em 24,0% o CR foi descoberto em estágio inicial e 18,0 % no momento da pesquisa estavam tratando recidiva do CR.

Tabela 3 - Distribuição dos 125 pacientes segundo variáveis clínicas. São Paulo, 2013.

Variável	Categoria	Grupo		Total
		Anastomose	Colostomia	%
Local do Tumor	reto baixo	33	34	54
	reto médio	50	8	46
Neoadjuvância	Rxt	1	0	1
	Rxt, QT	59	39	78
	QT	1	0	1
Adjuvância	Rxt	0	1	1
	Rxt, QT	3	2	4
	QT	46	25	57
Estadio Patológico	I	22	8	24
	II	13	7	16
	III	15	11	20
	IV	10	4	11
Resposta Patológica				
	Completa	20	5	20
Recidiva	não	68	34	82
	sim	15	8	18

5.3 TESTES DE ASSOCIAÇÃO ENTRE OS GRUPOS

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos dados clínicos e demográficos dos pacientes com o valor da significância estatística. Os testes de associação demonstraram que o grupo de pacientes com colostomia definitiva é significativamente mais idoso ($p = 0,034$),

apresentavam mais tumores baixos ($p < 0,001$) e receberam com mais frequência radioterapia pélvica ($p = 0,008$) comparativamente aos pacientes com preservação esfinteriana.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo variáveis clínicas e sócio demográficas com cálculo da significância estatística. São Paulo, 2013.

Variável	Categoria	GRUPO		Total	p
		Anastomose	Colostomia		
Gênero	F	44	19	63	0,4116
	M	39	23	62	
Cor	branca	65	30	95	0,3946
	Não branca	18	12	30	
Escolaridade	<=ensino médio	52	23	75	0,3951
	>ensino médio	31	19	50	
Estado civil	casado	61	28	89	0,4259
	Não casado	22	14	36	
Trabalha	não	38	24	62	0,2302
	sim	45	18	63	
Renda familiar	miserável/baixa	10	4	14	0,6745
	média	35	22	57	
	alta	16	7	23	
Pratica alguma religião	não	27	12	39	0,553
	sim	40	23	63	
Idade	<60	38	11	49	0,0341
	>=60	45	31	76	
Local do tumor	Reto baixo	33	34	67	<0,001
	Reto médio	50	8	58	
Rxt	não	16	1	17	0,0087
	sim	66	41	107	

5.4 QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL-BREF

A Tabela 5 apresenta a média, desvio-padrão (DP), mínimo, máximo e mediana do instrumento WHOQOL-bref nos grupos de pacientes com anastomose e colostomia. Como pode ser observado não verificamos diferença estatisticamente significativa nos quatro domínios avaliados no instrumento.

Tabela 5 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo dos escores do instrumento WHOQOL-bref de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal realizada nos pacientes tratados de câncer de reto. São Paulo, 2013.

Domínio do WHOQOL-bref	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Físico	anastomose	83	70,0	18,4	17,9	75,0	100,0	0,099
	colostomia	42	66,8	14,7	42,9	65,5	100,0	
Psicológico	anastomose	83	72,3	13,7	33,3	70,8	95,8	0,578
	colostomia	42	74,4	13,8	41,7	75,0	100,0	
Social	anastomose	83	72,5	15,6	25,0	75,0	100,0	0,966
	colostomia	42	72,9	15,8	50,0	75,0	100,0	
Ambiental	anastomose	83	68,2	13,8	31,3	68,8	96,9	0,927
	colostomia	42	67,9	13,9	40,6	65,6	93,8	

5.5 QUALIDADE DE VIDA: EORTC QLQ-C30

A Tabela 6 apresenta a média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas do instrumento EORTC QLQ C-30 dos grupos de pacientes com PE e CD.

Não houve diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida global entre os pacientes com PE e CD ($p = 0,678$), sendo a média dos escores semelhantes (75,3 e 73,4).

Os pacientes com PE apresentaram escores significativamente mais altos na escala de sintomas para constipação ($p = 0,005$) e náusea e vômito ($p = 0,036$) do que os pacientes com CD.

Não houve, entretanto, diferença significativa entre os dois grupos de pacientes na escala de função física, papel funcional e social e nas escalas de sintomas para fadiga, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, diarreia e dificuldades financeiras.

Na escala de função emocional e função cognitiva os pacientes com CD tiveram escores significativamente mais altos do que os pacientes com PE ($p = 0,016$; $p = 0,017$).

Tabela 6 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas do instrumento EORTC QLQ C-30 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal realizada nos pacientes tratados de câncer de reto. São Paulo. 2013.

Domínios EORTC								
QLQ C-30	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Físico	anastomose	83	78,7	20,4	20,0	86,7	100,0	0,133
	colostomia	42	74,1	20,6	13,3	73,3	100,0	
Papel funcional	anastomose	83	74,3	30,2	0,0	83,3	100,0	0,314
	colostomia	42	82,1	21,9	16,7	83,3	100,0	
Emocional	anastomose	83	65,5	23,6	8,3	66,7	100,0	0,016
	colostomia	42	75,2	24,2	0,0	75,0	100,0	
Cognitiva	anastomose	83	76,3	22,0	0,0	83,3	100,0	0,017
	colostomia	42	84,9	20,1	16,7	91,7	100,0	
Social	anastomose	83	81,1	27,9	0,0	100,0	100,0	0,497
	colostomia	42	78,2	30,9	0,0	91,7	100,0	
Fatiga	anastomose	83	24,9	27,0	0,0	22,2	100,0	0,680
	colostomia	42	20,1	19,4	0,0	16,7	66,7	
Náusea e vômito	anastomose	83	8,2	17,9	0,0	0,0	100,0	0,036
	colostomia	42	2,8	8,2	0,0	0,0	33,3	
Dor	anastomose	83	23,3	30,1	0,0	16,7	100,0	0,535
	colostomia	42	19,0	27,2	0,0	0,0	100,0	
Dispneia	anastomose	83	7,6	19,0	0,0	0,0	100,0	0,682
	colostomia	42	5,6	14,6	0,0	0,0	66,7	
Insônia	anastomose	83	30,5	31,8	0,0	33,3	100,0	0,379
	colostomia	42	24,6	27,6	0,0	33,3	100,0	
Perda de apetite	anastomose	83	14,5	28,6	0,0	0,0	100,0	0,208
	colostomia	42	8,7	24,5	0,0	0,0	100,0	
Constipação	anastomose	83	28,1	33,5	0,0	0,0	100,0	0,005
	colostomia	42	11,9	24,2	0,0	0,0	100,0	
Diarréia	anastomose	83	22,1	30,9	0,0	0,0	100,0	0,198
	colostomia	42	14,3	23,4	0,0	0,0	66,7	
Dificuldades financeiras	anastomose	83	23,3	32,0	0,0	0,0	100,0	0,585
	colostomia	42	20,6	31,2	0,0	0,0	100,0	
Global	anastomose	83	75,3	19,1	0,0	75,0	100,0	0,678
	colostomia	42	73,4	20,3	0,0	75,0	100,0	

5.6 QUALIDADE DE VIDA: EORTC QLQ-CR29

A Tabela 7 apresenta a média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ CR-29 dos pacientes com PE e CD.

Não houve diferenças significativas entre os dois grupos de pacientes nas escalas funcionais. Nas escalas de sintomas não houve diferença entre os grupos para os sintomas de frequência urinária, sangue e muco nas fezes, incontinência urinária, dor abdominal, inchaço, boca seca, queda de cabelo, alteração do paladar, gases, pele ferida, constrangimento, problemas em cuidar do estoma e dispaurenia.

Entretanto, pacientes com PE apresentaram escores significativamente mais altos para dor na nádega ($p = 0,023$), incontinência fecal ($p = 0,001$) e frequência das fezes ($p < 0,001$) quando comparados com pacientes com CD. Ao passo que os pacientes com CD tiveram escores maiores para disúria ($p = 0,033$) quando comparado aos pacientes com CD.

Tabela 7 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas do instrumento EORTC QLQ CR-29 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal utilizada nos 125 pacientes com câncer de reto entrevistados. São Paulo. 2013.

Domínios do EORTC								
QLQ-CR29	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Frequência urinária	anastomose	83	36,5	27,7	0,0	33,3	100,0	0,362
	colostomia	42	40,9	28,6	0,0	41,7	83,3	
Incontinência urinária	anastomose	83	16,5	27,2	0,0	0,0	100,0	0,198
	colostomia	42	23,0	30,8	0,0	0,0	100,0	
Disúria	anastomose	83	3,2	11,2	0,0	0,0	66,7	0,033
	colostomia	42	11,1	24,0	0,0	0,0	100,0	
Dor abdominal	anastomose	83	20,5	29,4	0,0	0,0	100,0	0,096
	colostomia	42	11,1	20,4	0,0	0,0	66,7	
Dor na nádega	anastomose	83	22,1	32,2	0,0	0,0	100,0	0,023
	colostomia	42	9,5	22,4	0,0	0,0	100,0	
Inchaço abdominal	anastomose	83	22,5	29,5	0,0	0,0	100,0	0,238
	colostomia	42	15,9	24,7	0,0	0,0	100,0	
Sangue e muco nas fezes	anastomose	83	7,0	16,7	0,0	0,0	66,7	0,588
	colostomia	42	3,6	8,7	0,0	0,0	33,3	
Boca seca	anastomose	83	22,9	30,8	0,0	0,0	100,0	0,825
	colostomia	42	21,4	29,3	0,0	0,0	100,0	
Perda de cabelo	anastomose	83	10,0	24,8	0,0	0,0	100,0	0,502
	colostomia	42	4,8	11,8	0,0	0,0	33,3	
Alteração do Paladar	anastomose	83	12,4	24,3	0,0	0,0	100,0	0,141
	colostomia	42	6,3	18,4	0,0	0,0	100,0	
Ansiedade	anastomose	83	51,4	36,2	0,0	66,7	100,0	0,279
	colostomia	42	43,7	40,0	0,0	33,3	100,0	
Insatisfação com o Peso	anastomose	83	64,7	37,3	0,0	66,7	100,0	0,847
	colostomia	42	65,9	36,4	0,0	66,7	100,0	
Imagem corporal	anastomose	83	75,3	26,9	0,0	88,9	100,0	0,987
	colostomia	42	72,4	30,9	0,0	86,1	100,0	
Flatulência	anastomose	83	40,6	35,3	0,0	33,3	100,0	0,998
	colostomia	42	39,7	31,4	0,0	33,3	100,0	
Incontinência fecal	anastomose	83	31,3	33,5	0,0	33,3	100,0	0,001
	colostomia	42	12,7	26,5	0,0	0,0	100,0	

Cont/ Tabela 7

Domínios do EORTC								p
QLQ-CR29	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	
Feridas na pele	anastomose	83	20,1	33,3	0,0	0,0	100,0	0,345
	colostomia	42	11,9	23,1	0,0	0,0	100,0	
Frequência fezes	anastomose	83	34,1	29,6	0,0	33,3	100,0	<0.001
	colostomia	42	5,6	15,5	0,0	0,0	66,7	
Constrangimento	anastomose	83	24,1	32,6	0,0	0,0	100,0	0,584
	colostomia	42	28,6	36,5	0,0	0,0	100,0	
Problemas com o Estoma	anastomose	-	-	-	-	-	-	-
	colostomia	42	5,6	14,6	0,0	0,0	66,7	
Interesse sexual homens	anastomose	37	44,1	29,5	0,0	33,3	100,0	0,686
	colostomia	16	50,0	40,4	0,0	33,3	100,0	
Impotência	anastomose	37	60,4	38,4	0,0	66,7	100,0	0,101
	colostomia	16	79,2	29,5	0,0	100,0	100,0	
Interesse sexual mulheres	anastomose	32	65,6	24,7	33,3	66,7	100,0	0,458
	colostomia	13	56,4	37,0	0,0	66,7	100,0	
Dispareunia	anastomose	29	34,5	44,1	0,0	0,0	100,0	0,705
	colostomia	12	27,8	44,6	0,0	0,0	100,0	

5.7 RESULTADOS DA ANÁLISE DE SUBGRUPO

Foi realizada a associação dos domínios e escalas de funções e sintomas dos três questionários com os subgrupos de pacientes com PE e CD de acordo com as variáveis idade, escolaridade, estado civil, situação de trabalho, frequência a grupo religioso, recidiva e terapia neoadjuvante ou adjuvante com Rxt. Adiante segue a explanação apenas dos resultados que tiveram significância estatística em cada questionário.

5.7.1 WHOQOL-bref

A Tabela 8 apresenta a média, DP, mínima, mediana e máximo dos resultados da análise de subgrupo do questionário WHOQOL-bref. Identificamos que na ausência de recidiva (R) para os grupos de PE e CD, e, quando ambos os grupos não frequentavam um grupo religioso (FGR) os pacientes com PE possuíam melhor domínio físico (R $p = 0,006$; FGR $p = 0,021$).

Tabela 8 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo do domínio físico do instrumento WHOQOL-bref de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis recidiva e frequência a grupo religioso. São Paulo. 2013.

WHOQOL-bref	Variáveis	Grupo	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Domínio físico	Frequenta grupo religioso	PE.não	27	74,78	16,62	35,71	75,00	96,43	0,0214
		CD.não	12	61,26	14,72	42,86	55,36	85,71	
	Recidiva	PE.não	68	71,81	16,14	21,43	75,00	100,00	0,0067
		CD.não	34	64,51	13,37	42,86	63,39	100,00	

5.7.2 EORTC QLQ-C30

A Tabela 9 apresenta a média, DP, mínima, mediana e máximo dos resultados da análise de subgrupo do questionário EORTC QLQ-C30.

Foi possível identificar que os pacientes com PE que não frequentavam um grupo religioso e que não tiveram recidiva apresentaram escores maiores na escala de função física quando comparados a pacientes com CD que também não participava de grupo religioso e não tinham recidiva (FGR $p = 0,030$; R $p = 0,041$).

Os pacientes com CD que não trabalhavam apresentaram altos escores na função desempenho do papel quando comparado aos pacientes com PE que também não trabalhavam ($p = 0,011$).

Na análise dos subgrupos para escala de função emocional os pacientes com colostomia definitiva que tinham idade superior ou igual a 60 anos, escolaridade acima do ensino médio, que não trabalhavam, que frequentavam um grupo religioso, que não tinham tido recidiva e que tinham passado por Rxt tiveram melhor função emocional quando comparados aos pacientes com PE, sendo essas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 9).

Também encontramos que pacientes com colostomia definitiva tiveram escores significativamente mais altos para escala de função cognitiva à luz das variáveis idade inferior a 60 anos, escolaridade maior que ensino médio, estado civil casados, estado atual trabalhando, presença de recidiva e presença de tratamento por Rxt, quando comparados com pacientes com PE (Tabela 9).

Pacientes com PE que eram casados (C), não trabalhavam (T), e passaram por Rxt apresentaram mais sintomas para náusea e vômito do que os pacientes com CD casados, que não trabalhavam e passaram por Rxt (C $p = 0,029$; T $p = 0,036$; Rxt $p = 0,032$).

Os pacientes com PE que recidivaram apresentaram mais sintomas para dor que os pacientes com CD que recidivaram ($p = 0,046$). Também, o grupo de PE casados tiveram maiores escores para perda de apetite do que o grupo de CD casados ($p = 0,022$).

Para escala de sintoma constipação o grupo de PE com idade superior ou igual a 60 anos, escolaridade maior que ensino médio, estado civil casados, não trabalhando, não frequentadores de grupo religioso, ausência de recidiva e presença de tratamento com Rxt, apresentaram escores significativamente mais altos para constipação quando comparados com o grupo de CD com essas mesmas características das variáveis (Tabela 9).

Ainda na escala de sintomas os pacientes com PE que não estavam trabalhando apresentaram maiores dificuldades financeiras do que os pacientes com CD que não estavam trabalhando ($p = 0,016$).

Tabela 9 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas de função e sintomas do questionário EORTC QLQ-C30 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis. São Paulo. 2013.

EORTC-QLQC30	VARIÁVEIS	GRUPO	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Função Física	Frequenta grupo religioso	PE.não	27	82,72	14,11	46,67	86,67	100,00	0,0302
		CD.não	12	65,00	26,84	13,33	66,67	100,00	
	Recidiva	PE.não	68	80,20	17,73	20,00	83,33	100,00	0,0412
		CD.não	34	72,16	21,05	13,33	73,33	100,00	
Função Emocional	Idade	PE>=60	45	65,74	24,95	8,33	75,00	100,00	0,0362
		CD>=60	31	77,15	22,67	0,00	83,33	100,00	
	Escolaridade	PE>ensino médio	31	61,56	22,64	8,33	58,33	100,00	0,0315
		CD>ensino médio	19	72,81	23,05	0,00	75,00	100,00	
	Trabalha	PE.não	38	62,06	25,53	8,33	66,67	100,00	0,0026
		CD.não	24	81,60	16,84	50,00	83,33	100,00	
	Frequenta grupo religioso	PE.sim	40	60,42	23,78	8,33	62,50	100,00	0,0195
		CD.sim	23	74,28	23,96	0,00	75,00	100,00	
	Recidiva	PE.não	68	62,50	24,11	8,33	66,67	100,00	0,008
		CD.não	34	75,49	22,09	0,00	75,00	100,00	
	Rxt	PE.sim	66	64,14	24,11	8,33	66,67	100,00	0,0125
		CD.sim	41	75,00	24,44	0,00	75,00	100,00	
Função Cognitiva	Idade	PE.<60	38	74,56	24,73	0,00	83,33	100,00	0,0102
		PE.<60	11	93,94	11,24	66,67	100,00	100,00	
	Escolaridade	PE>ensino médio	31	70,97	23,56	0,00	66,67	100,00	0,0076
		CD>ensino médio	19	87,72	15,56	50,00	100,00	100,00	
	Estado Civil	PE.casados	61	74,86	22,28	0,00	83,33	100,00	0,0275
		CD.casados	28	85,12	18,89	33,33	91,67	100,00	
	Trabalha	PE.não	38	73,68	22,14	33,33	83,33	100,00	0,0118
		CD.não	24	86,81	17,71	33,33	91,67	100,00	
	Recidiva	PE.sim	15	78,89	23,96	33,33	83,33	100,00	0,0286
		CD.sim	8	97,92	5,89	83,33	100,00	100,00	
	Rxt	PE.sim	66	76,52	22,26	0,00	83,33	100,00	0,0252
		CD.sim	41	84,96	20,35	16,67	100,00	100,00	

Náusea e Vômito	Estado Civil	PE.casados	61	9,56	20,06	0,00	0,00	100,00	0,0294
		CD.casados	28	1,79	5,25	0,00	0,00	16,67	
	Trabalha	PE.não	38	12,28	23,79	0,00	0,00	100,00	0,0362
		CD.não	24	2,78	8,03	0,00	0,00	33,33	
	Rxt	PE.sim	66	9,09	19,43	0,00	0,00	100,00	0,0327
		CD.sim	41	2,85	8,25	0,00	0,00	33,33	
Dor	Recidiva	PE.sim	15	34,44	39,07	0,00	33,33	100,00	0,046
		CD.sim	8	4,17	7,72	0,00	0,00	16,67	
Perda de Apetite	Estado Civil	PE.casados	61	17,49	30,80	0,00	0,00	100,00	0,0225
		CD.casados	28	4,76	19,70	0,00	0,00	100,00	
Constipação	Idade	PE>=60	45	34,81	34,05	0,00	33,33	100,00	0,003
		CD>=60	31	13,98	26,91	0,00	0,00	100,00	
	Escolaridade	PE>ensino médio	31	31,18	38,43	0,00	0,00	100,00	0,0108
		CD>ensino médio	19	5,26	12,49	0,00	0,00	33,33	
	Estado Civil	PE.casado	61	30,05	34,80	0,00	33,33	100,00	0,0115
		CD.casado	28	11,90	24,37	0,00	0,00	100,00	
	Trabalha	PE.não	38	29,82	31,75	0,00	33,33	100,00	0,0069
		CD.não	24	11,11	25,38	0,00	0,00	100,00	
	Frequenta grupo religioso	PE.não	27	33,33	34,59	0,00	33,33	100,00	0,0036
		CD.não	12	2,78	9,62	0,00	0,00	33,33	
	Recidiva	PE.não	68	28,43	35,16	0,00	0,00	100,00	0,0196
		CD.não	34	12,75	25,97	0,00	0,00	100,00	
Dificuldades Financeiras	Rxt	PE.sim	66	28,28	33,71	0,00	16,67	100,00	0,0073
		CD.sim	41	12,20	24,45	0,00	0,00	100,00	
	Trabalha	PE.não	38	38,60	37,59	0,00	33,33	100,00	0,016
		CD.não	24	16,67	29,49	0,00	0,00	100,00	
Desempenho de papel	Trabalha	PE.não	38	63,16	33,14	0,00	66,67	100,00	0,0117
		CD.não	24	84,72	17,66	50,00	83,33	100,00	

5.7.3 EORTC QLQ-CR29

A Tabela 10 apresenta a média, DP, mínimo, mediana e máximo dos resultados da análise de subgrupo do questionário EORTC QLQ-CR29 associado as variáveis.

Na associação das variáveis com a escala de sintoma frequência urinária os pacientes com CD que não recidivaram apresentaram escores mais altos do que os pacientes com PE que não recidivaram ($p = 0,044$).

Para escala de sintomas incontinência urinária tivemos que o grupo de PE que frequentava um grupo religioso apresentaram mais sintomas para incontinência urinária do que os pacientes com CD que também frequentavam um grupo religioso ($p = 0,025$).

Os pacientes com CD com escolaridade inferior ao ensino médio e que frequentavam um grupo religioso tiveram escores mais altos para disúria do que os pacientes com PE com essas mesmas variáveis ($p = 0,027$; $p = 0,004$).

Para escala de sintomas dor em nádegas o grupo de PE com escolaridade acima do ensino médio, casados e que tinham passado por Rxt tiveram escores significativamente mais altos do que os pacientes com CD com essas mesmas características ($p = 0,019$; $p = 0,015$; $p = 0,018$).

Pacientes com PE que trabalhavam apresentaram mais sintomas para inchaço na barriga do que os com CD que trabalhavam ($p = 0,037$); também tiveram escores maiores para o sintoma “boca seca” quando não casados e quando com presença de recidiva do que os pacientes com CD ($p = 0,027$; p

= 0,028) e maior alteração do paladar quando casados do que o grupo com CD ($p = 0,024$).

Para escala de função ansiedade, encontramos que pacientes com PE que tinham recidivado eram mais ansiosos do que os pacientes com CD que tinham recidivado ($p = 0,038$).

Para escala de sintoma incontinência fecal os resultados mostraram que os pacientes com PE acima de 60 anos, com escolaridade inferior ao ensino médio, casados e os não casados, que trabalhavam, frequentavam um grupo religioso, com ausência de recidiva e que haviam passado com Rxt apresentaram escores estatisticamente mais altos para esta escala de sintoma quando comparados ao grupo de CD com essas mesmas variáveis (Tabela 10).

Também encontramos que o subgrupo dos pacientes com PE apresentaram mais sintomas para frequência das fezes quando possuíam idade tanto superior ou igual a 60 anos como inferior a 60 anos, quando tinham escolaridade inferior ao ensino médio e haviam passado por Rxt quando comparados aos pacientes com CD com essas mesmas características (Tabela 10).

Com relação à escala de função para interesse sexual nas mulheres identificamos que as mulheres com anastomose que recidivaram tiveram maior escores nessa escala do que as mulheres com colostomia que recidivaram ($p = 0,0471$).

Tabela 10 - Média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo das escalas de função e sintomas do questionário EORTC QLQ-CR29 de acordo com o tipo de reconstrução do trânsito intestinal associado às variáveis. São Paulo. 2013.

EORTC-QLQCR29	VARIÁVEIS	GRUPO	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Freq. Urinária	Recidiva	PE.não	68	33,33	27,01	0,00	33,33	100,00	0,0447
		CD.não	34	44,61	27,74	0,00	50,00	83,33	
Incontinência Urinária	Frequenta grupo religioso	PE.não	27	6,17	13,19	0,00	0,00	33,33	0,0252
		CD.não	12	27,78	34,33	0,00	16,67	100,00	
Disúria	Escolaridade	PE<=ensino médio	52	3,21	11,92	0,00	0,00	66,67	0,0279
		CD<=ensino médio	23	14,49	28,12	0,00	0,00	100,00	
	Frequenta grupo religioso	PE.sim	40	0,83	5,27	0,00	0,00	33,33	0,0043
		CD.sim	23	13,04	26,09	0,00	0,00	100,00	
	Recidiva	PE.não	68	2,45	10,49	0,00	0,00	66,67	0,0214
		CD.não	34	11,76	25,80	0,00	0,00	100,00	
Dor nas Nádegas	Escolaridade	PE>ensino médio	31	31,18	35,42	0,00	33,33	100,00	0,0193
		CD>ensino médio	19	8,77	18,73	0,00	0,00	66,67	
	Estado Civil	PE.casados	61	21,31	32,22	0,00	0,00	100,00	0,0157
		CD.casados	28	4,76	11,88	0,00	0,00	33,33	
	Trabalha	PE.sim	45	20,00	28,78	0,00	0,00	100,00	0,002
		CD.sim	18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Recidiva	PE.não	68	21,57	31,42	0,00	0,00	100,00	0,0381
		CD.não	34	9,80	23,97	0,00	0,00	100,00	
Inchaço na barriga	Rxt	PE.sim	66	23,74	33,47	0,00	0,00	100,00	0,018
		CD.sim	41	9,76	22,66	0,00	0,00	100,00	
	Trabalha	PE.sim	45	26,67	31,46	0,00	33,33	100,00	0,0371
		CD.sim	18	9,26	15,36	0,00	0,00	33,33	
Boca Seca	Estado Civil	PE.não casado	22	30,30	30,70	0,00	33,33	100,00	0,0272
		CD.não casado	14	9,52	15,63	0,00	0,00	33,33	
	Recidiva	PE.sim	15	26,67	36,08	0,00	0,00	100,00	0,0287
		CD.sim	8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cont/ Tabela 10

EORTC-QLQCR29	VARIÁVEIS	GRUPO	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Paladar	Estado Civil	PE.casados	61	13,11	23,79	0,00	0,00	100,00	0,024
		CD.casados	28	2,38	8,74	0,00	0,00	33,33	
Ansiedade	Recidiva	PE.sim	15	51,11	37,52	0,00	66,67	100,00	0,0386
		CD.sim	8	16,67	25,20	0,00	0,00	66,67	
Incontinência Fecal	Idade	PE.>=60	45	31,11	32,10	0,00	33,33	100,00	0,0046
		CD.>=60	31	13,98	29,53	0,00	0,00	100,00	
	Escolaridade	PE.<=ensino médio	52	30,13	33,18	0,00	33,33	100,00	0,0034
		CD.<=ensino médio	23	8,70	22,96	0,00	0,00	100,00	
	Estado Civil	PE.casados	61	29,51	32,26	0,00	33,33	100,00	0,0408
		CD.casados	28	16,67	30,77	0,00	0,00	100,00	
		PE.não casados	22	36,36	36,96	0,00	33,33	100,00	0,0053
		CD.não casados	14	4,76	12,10	0,00	0,00	33,33	
	Trabalha	PE.sim	45	33,33	29,30	0,00	33,33	100,00	0,0105
		CD.sim	18	14,81	30,73	0,00	0,00	100,00	
	Frequenta grupo religioso	PE.sim	40	32,50	31,57	0,00	33,33	100,00	0,0035
		CD.sim	23	11,59	25,84	0,00	0,00	100,00	
	Recidiva	PE.não	68	31,37	33,52	0,00	33,33	100,00	0,007
		CD.não	34	14,71	28,65	0,00	0,00	100,00	
	Rxt	PE.sim	66	33,84	34,34	0,00	33,33	100,00	0,0006
		CD.sim	41	13,01	26,75	0,00	0,00	100,00	

Cont/ Tabela 10

EORTC-QLQCR29	VARIÁVEIS	GRUPO	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p
Frequência Das Fezes	Idade	PE<60	38	42,54	26,19	0,00	50,00	100,00	0,0008
		CD<60	11	10,61	21,44	0,00	0,00	66,67	
		PE>=60	45	27,04	30,63	0,00	16,67	100,00	0,0001
		CD>=60	31	3,76	12,70	0,00	0,00	66,67	
	Escolaridade	PE<=ensino médio	52	30,13	29,16	0,00	33,33	100,00	0,0001
		CD<=ensino médio	23	5,07	15,44	0,00	0,00	66,67	
		PE>ensino medio	31	40,86	29,45	0,00	33,33	100,00	<0.001
		CD>ensino medio	19	6,14	15,92	0,00	0,00	66,67	
	Estado Civil	PE.casados	61	35,79	30,86	0,00	33,33	100,00	<0.001
		CD.casados	28	5,95	14,50	0,00	0,00	66,67	
		PE.não casados	22	29,55	25,68	0,00	33,33	83,33	0,0008
		CD.não casados	14	4,76	17,82	0,00	0,00	66,67	
	Trabalha	PE.não	38	31,14	33,37	0,00	16,67	100,00	0,0008
		CD.não	24	5,56	14,47	0,00	0,00	66,67	
		PE.sim	45	36,67	26,01	0,00	33,33	83,33	<0.001
		CD.sim	18	5,56	17,15	0,00	0,00	66,67	
	Frequenta grupo religioso	PE.não	27	35,19	31,80	0,00	33,33	100,00	0,0008
		CD.não	12	1,39	4,81	0,00	0,00	16,67	
		PE.sim	40	32,50	25,30	0,00	33,33	83,33	<0.001
		CD.sim	23	2,90	8,18	0,00	0,00	33,33	
	Recidiva	PE.não	68	34,80	28,90	0,00	33,33	100,00	<0.001
		CD.não	34	2,94	11,94	0,00	0,00	66,67	
	Rxt	PE.sim	66	38,64	29,69	0,00	33,33	100,00	<0.001
		CD.sim	41	5,69	15,64	0,00	0,00	66,67	
Interesse Sexual Mulheres	Recidiva	PE sim	4	83,33	19,25	66,67	83,33	100,00	0,0471
		CD sim	4	25,00	31,91	0,00	16,67	66,67	

6 DISCUSSÃO

No Brasil foram publicados apenas dois artigos comparando a qualidade de vida de pacientes com colostomia definitiva versus preservação esfinteriana. Um desses estudos é o de SOUZA et al. (2005) com 29 pacientes, 15 com CD e 14 com PE, sendo utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38. Nesse estudo os autores encontraram que os pacientes com PE apresentaram maior índice de qualidade de vida global do que os pacientes com CD. O outro estudo foi o de MICHELONE & SANTOS (2004), que utilizou o questionário WHOQOL-bref em 48 sobreviventes de CR no período de 1995 a 2000, sendo que 31 tinha PE e 17 uma CD. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios do questionário para os dois grupos de pacientes. É necessário considerar o número reduzido da amostra nessas pesquisa.

Portanto, nosso estudo além de ser o primeiro no Brasil a utilizar a versão EORTC QLQ-CR29, criada a partir do EORTC QLQ-CR38, conta com uma amostra de pacientes suficiente para analisar a QV. Os artigos publicados mais recentes que avaliaram a QV de pacientes com preservação esfinteriana versus colostomia definitiva, em sua maioria, ainda utilizaram a versão antiga EORTC QLQ-CR38.

6.1 DISCUSSÃO DE ALGUNS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em nosso estudo pouco mais da metade da amostra foi composta por mulheres (50,4%). Em análise prospectiva realizada WYGODA et al. (2010) também foi identificado pouca diferença entre os gênero, com 52,1% da amostra do sexo feminino. Já VARPE et al (2011) encontraram prevalência de pacientes do sexo masculino nos grupos analisados.

Com relação a idade, encontramos que os pacientes com CD eram mais idosos do que os com PE. Outros estudos (KASPAREK et al. 2011; VARPE et al. 2011; KONANZ et al. 2013) também encontraram resultados semelhantes ao nosso, mostrando que os pacientes que haviam passado por cirurgia de preservação esfinteriana eram mais novos do que os que haviam ficado com um estoma permanente.

Em nossa pesquisa 49,6% dos pacientes não trabalhavam e eram aposentados. Esses pacientes podem ter sido aposentados pela própria idade, visto que se tratou de um público relativamente idoso, mas provavelmente alguns podem ter sido aposentados por invalidez devido a sequelas da doença, e nesse caso, a falta do trabalho pode gerar inúmeros problemas sociais. Como a família passa a viver com uma renda menor os filhos podem ser privados de uma melhor educação escolar, algumas coisas que antes eram possíveis com o emprego agora se tornam difíceis somente com o dinheiro da aposentadoria. Essa situação pode gerar depressão na pessoa aposentada por invalidez, principalmente se for do sexo masculino, uma vez que culturalmente este deve ser o arrimo da família.

Na análise de subgrupo encontramos que os pacientes com PE que não estavam trabalhando apresentaram maiores dificuldades financeiras do que os pacientes com CD que também não trabalhavam. Tal fato pode ser justificado devido ao um maior índice de pacientes com PE na classe miserável/baixa quando comparado com os pacientes com CD.

Encontramos ainda que no subgrupo dos pacientes com CD que não trabalhavam houve melhor desempenho do papel, ou seja, os pacientes tiveram mais atividades de lazer e também melhor eficácia nas atividades diárias quando comparados aos pacientes com PE que não trabalhavam.

6.2 QUALIDADE DE VIDA GLOBAL

O achado mais importante deste estudo foi a ausência de diferença significativa na qualidade de vida global entre pacientes com colostomia definitiva e preservação esfinteriana.

O instrumento da OMS WHOQOL-bref não mostrou diferença significativa na qualidade de vida dos pacientes com CD versus PE. Esse resultado pode ter sido encontrado por ser um questionário genérico, não específico para câncer. Entretanto, esse resultado foi importante porque confirmou o achado no escore de “qualidade de vida global” do questionário EORTC QLQ-C30.

O EORTC QLQ-C30 mostrou que a qualidade de vida global foi similar entre os dois grupos. Outros autores (SIDERIS et al. 2005; KASPAREK et al. 2011; MULSOW et al. 2011; KONANZ et al. 2013),

adotando o mesmo questionário, encontraram resultados semelhantes ao de nossa pesquisa.

Em pesquisa realizada na Finlândia, VARPE et al. (2011) compararam a qualidade de vida de pacientes que passaram por ressecção abdominoperineal, ressecção anterior baixa ou ressecção interesfincteriana (RI), não encontrando também diferenças significativas na qualidade de vida global desses três grupos.

Em meta-análise por CORNISH et al. (2007) com 11 estudos que incluiu 1433 pacientes dos quais 486 (33%) passaram por APR e o restante por RA, verificaram que não existiu diferença significativa nos escores para qualidade de vida global entre APR e RA. O tempo para aplicação dos questionários foi em média de 15 meses após a cirurgia.

FUCINI et al. (2008) em pesquisa realizada na Itália utilizando o QLQ-C30 e QLQ-CR38 com 30 pacientes que haviam passado por APR e 32 por RAB obtiveram resultado diferente, concluindo que pacientes submetidos a RAB tiveram melhor qualidade de vida global do que os que passaram por APR. No entanto, tal resultado pode ser questionado, porque os autores excluíram pacientes recidivados, os que tiveram alguma complicação pós-operatória e que tinham alguma comorbidade. Os pacientes foram abordados após 5 anos de seguimento, o que, por um lado, permitiu avaliar a qualidade de vida tardia, mas houve uma pré-seleção através do tempo dos pacientes menos graves, com CR em estágio inicial, sendo que a avaliação da qualidade de vida de pacientes com estádios mais avançados,

que recorreram ou mesmo daqueles que morreram antes de cinco anos não foi avaliada.

6.3 DIFERENÇAS NOS ESCORES PARA QUALIDADE DE VIDA E SUAS IMPLICAÇÕES

Embora a maioria dos escores dos questionários WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR29 em nossa pesquisa não tenham mostrado diferenças significativas entre os dois grupos de pacientes, houve, no entanto, diferença estatisticamente significativa em duas escalas de função e cinco escalas de sintomas, mostrando que pacientes com colostomia definitiva reportaram melhor função emocional e cognitiva, e menores escores na escala de sintomas para náusea e vômito, constipação, incontinência fecal, frequência das fezes e dor em nádega e maiores escores para disúria.

Na análise dos subgrupos, por sua vez, obtivemos resultados com diferenças estatisticamente significativas, no entanto nem todos os resultados refletiram real significado em interferir na qualidade de vida, sendo que, para esses não houve explicação plausível provavelmente devido algum viés da amostra.

6.3.1 Alteração na escala de função emocional e cognitiva

Em nosso estudo encontramos que os escores dos domínios para escala de função cognitiva e emocional foram melhores para pacientes com colostomia definitiva do que os com preservação esfinteriana, sendo esses resultados estatisticamente significativos. CORNISH et al. (2007) também encontraram resultados semelhantes para esses escores.

As perguntas do EORTC QLQ-C30 que correspondem a função emocional são relacionadas a sentimentos como nervosismo, preocupação, irritabilidade e depressão. Portanto, em nosso estudo e no de CORNISH et al. (2007) os pacientes com preservação esfinteriana sofreram mais com tais sentimentos do que os pacientes com CD.

Na associação da escala de função emocional com algumas variáveis encontramos que o grupo com PE que tinham idade superior ou igual a 60 anos apresentaram pior função emocional que os pacientes com CD. Resultado semelhante aconteceu também na associação das variáveis nível de escolaridade acima do ensino médio, presença de trabalho, presença de frequência a grupo religioso, ausência de recidiva e presença de tratamento com Rxt. Em todas essas associações os pacientes com PE apresentaram pior função emocional quando comparado com pacientes com CD.

Provavelmente esse agravo na função emocional dos pacientes com anastomose colorretal baixa esteja relacionado aos sintomas gastrointestinais, que causam um conflito constante na vida desses pacientes, que ora tem incontinência, ora constipação, ora frequência das fezes aumentadas. O paciente não consegue ficar à vontade e sente-se

constantemente preocupado. Alguns autores (SIASSI et al. 2008; TAYLOR e MORGAN 2011) também identificaram que após a reversão do estoma alterações do sistema gastrointestinal tiveram grande impacto sobre a saúde emocional dos indivíduos.

As perguntas da escala de função cognitiva do instrumento EORTC QLQ-C30 estão relacionadas a concentração e memória dos pacientes. Em nosso estudo verificamos que os pacientes com CD tiveram melhor função cognitiva do que os pacientes com PE.

Na análise dos subgrupos, em todas as variáveis ponderadas encontramos que os pacientes com CD tiveram melhor função cognitiva do que o grupo com PE.

Ao analisarmos esses resultados a luz da idade dos pacientes, percebemos que apesar do grupo de pacientes com CD de nosso estudo terem sido significativamente mais idosos do que os pacientes com PE ($p = 0,034$) isso não interferiu para que eles tivessem uma pior função cognitiva. Curioso notar também que na análise de subgrupo encontramos que mesmo os pacientes com PE com idade inferior a 60 anos tiveram pior função cognitiva do que pacientes com CD com idade inferior a 60 anos.

Sugerimos, portanto, que a alteração da função cognitiva dos pacientes com PE esteja relacionada a função emocional prejudicada desses pacientes, ou seja, pacientes mais nervosos, irritados, preocupados e depressivos podem ter maior probabilidade para não se concentrarem e esquecerem das coisas, um fator pode ter interferido no outro.

6.3.2 Escala de sintomas para náusea e vômito

Em nosso estudo identificamos que os pacientes com PE tiveram maiores escores, ou seja, mais sintomas para náusea e vômito ($p = 0,036$) do que pacientes com CD. A média para os escores desse resultado foi de 8,2 para pacientes com PE e 2,8 para pacientes com CD.

É importante mencionarmos que no momento da aplicação do questionário dez pacientes estavam em tratamento com QT, destes, apenas quatro pacientes relataram sintomas de náusea e vômito, sendo que esses quatro pacientes tinham o esfíncter preservado.

Portanto, pode ser que QT tenham interferido para que este resultado para náusea e vômito fosse mais incidente nos pacientes com PE, porém, como o número dos pacientes que fizeram QT foi muito pequeno, não podemos afirmar. Outros motivos podem ter levado os pacientes a apresentarem náusea e vômito.

Na análise de subgrupo encontramos que os pacientes com PE casados, que não estavam trabalhando e que tinham passado por Rxt exibiram maiores escores para náusea e vômito do que os pacientes com CD com essas mesmas características. No entanto, não há explicação admissível para as diferenças encontradas entre esses subgrupos nestas variáveis, podendo haver um viés da amostra.

RATHNAYAKE et al. 2008 afirma que um problema sério como a obstrução intestinal em pacientes com PE pode estar associado a náusea e vômito, mas esse não foi o caso dos pacientes de nosso estudo.

6.3.3 Alterações na escala de sintomas para constipação, incontinência fecal, frequência das fezes e dor em nádega

Foi interessante notar em nossa pesquisa que os pacientes que tiveram o esfíncter preservado não apenas apresentaram mais problemas com incontinência fecal, frequência das fezes e dor em nádega como também tiveram mais constipação do que os pacientes com colostomia definitiva.

Estudos comparando a qualidade de vida de pacientes com PE e CD encontraram resultados semelhantes ao nosso, mostrando que pacientes submetidos a ressecção anterior baixa e ressecção interesfincteriana ficaram com uma série de problemas gastrointestinais envolvendo constipação, diarreia e incontinência fecal quando comparados com pacientes que passaram por APR (KUO et al. 2011; VARPE et al. 2011; KASPAREK et al. 2011; KONANZ et al. 2013).

A análise de subgrupo mostrou que os pacientes com PE com idade igual ou superior a 60 anos estão mais condicionados a sofrerem de problemas de constipação do que os pacientes com CD com idade igual ou superior a 60 anos. Tal fato pode ser devido a própria condição fisiológica funcional do idoso, que já não tem a mesma motilidade gástrica intestinal e tônus muscular de quando era jovem. No entanto ao compararmos o idoso com PE e o idoso com CD, podemos pensar que a colostomia favoreceu para um menor índice de constipação porque as fezes saem continuamente e já não existe parte do intestino grosso, enquanto que nos pacientes com PE as fezes terão que percorrer ainda o intestino grosso e no fim encontrar

uma musculatura que já não está tão bem devido a agressão pela Rxt e cirurgia.

Outro fator que pode causar a constipação são as aderências das alças intestinais devido ao ato cirúrgico (GUYTON e HALL 2006).

Ainda na análise de subgrupo encontramos que os pacientes com PE com escolaridade acima do ensino médio, que eram casados, que não praticavam uma religião, que passaram por Rxt e que não tiveram recidiva tiveram mais problemas com constipação do que pacientes com CD com essas mesmas variáveis. Não achamos esclarecimento plausível para esses resultados podendo ser um viés da amostra.

Em nosso estudo identificamos que os pacientes com PE sofreram mais com problemas de incontinência fecal do que os pacientes que tinham uma colostomia definitiva. Tal fato pode ser explicado por que, de acordo com FERREIRA et al. (2005), na cirúrgica da RA e APR vários nervos são lesados, causando distúrbios que prejudicam a função anorretal. Ainda segundo MULSOW et al. (2011) resultados funcionais piores são identificados na ressecção interesfincteriana, na qual o esfíncter interno é seccionado.

Em revisão sistemática de 14 artigos por AKAGI et al. (2013) sobre ressecção interesfincteriana, apenas 4 estudos utilizaram métodos para avaliar o impacto do procedimento na qualidade de vida, sendo portanto extremamente difícil saber as reais consequências dessa técnica cirúrgica. No entanto, os autores encontraram altas taxas de sintomas como urgência

evacuatória, fragmentação das fezes, vazamento noturno e diurno de fezes pelo ânus.

Por esses motivos, pacientes com anastomose muito baixa são especialmente inclinados a desenvolverem uma condição chamada “síndrome da ressecção anterior baixa” (VARPE et al. 2011) a qual incorpora um número desagradável de sintomas, como: frequentes evacuações, urgência e incontinência fecal.

Na análise dos subgrupos para escala de sintoma incontinência fecal todos os resultados favoreceram o grupo de CD. Apesar dos pacientes com CD que usam a bolsa coletora não conseguirem controlar a saída das fezes, as mesmas ficam contidas dentro da bolsa não extravasando para o exterior, enquanto que os pacientes que têm uma anastomose colorretal baixa e sofrem de incontinência fecal não conseguem conter as fezes, deixando extravasar para o exterior, podendo sujar as roupas, causar mal cheiro, dermatite, necessidade de uso de fraldas/absorventes/forros, o que pode causar, na maioria das vezes, um grande constrangimento à esses pacientes.

Outro fator que pode interferir para uma pior função gastrointestinal é o tratamento neoadjuvante e adjuvante com quimioterapia e radioterapia. Algumas pesquisas mostraram que a radioterapia e quimioterapia estiveram associadas com aumento da frequência evacuatória e maior índice de diarreia (HASSAN et al. 2006; TIV et al. 2010).

Segundo COSSET (1999) os efeitos tardios da radioterapia são comumente irreversíveis e podem ser progressivos sobre o tecido alvo.

Esses efeitos incluem necrose, fistulização de vísceras, fibrose, ulcerações e alterações do tipo de atrofia. As complicações crônicas segundo NADALIN et al. (1999) podem incluir diarreia persistente, obstrução do intestino delgado, retardo de cicatrização perineal, atrofia vesical, incontinência urinária e hematúria. Já as complicações agudas podem incluir diarreia, cólica, aumento do número de evacuações, retite, tenesmo e muco nas fezes, sendo estes sintomas transitórios e normalmente desaparecendo poucas semanas após o término da Rxt.

Em nosso estudo pacientes com PE apresentaram altos escores para frequência evacuatória quando comparados com pacientes com CD ($p = <0,001$). Na análise de subgrupo encontramos pacientes com PE que passaram por Rxt tiveram mais sintomas relacionados a frequência evacuatória quando comparados com pacientes com colostomia definitiva.

Ao analisar o tratamento com Rxt em nossa pesquisa observamos que 1% dos pacientes passaram por QT, 1% por Rxt e 78% dos pacientes passaram por Rxt e QT neoadjuvante, enquanto que 57% dos pacientes passaram por QT, 1% por Rxt e 4% por QT e Rxt adjuvante. No total, 107 pacientes passaram por tratamento radioterápico em algum momento, sendo que destes 45,8% relataram incontinência fecal, 54,2% aumento na frequência das fezes, 40,1% constipação e 15% disúria.

Outro sintoma com escore significativamente mais alto para o grupo de pacientes com PE quando comparado com pacientes com CD foi a dor em nádega. Como os pacientes com PE também apresentaram maiores escores para constipação e frequência das fezes, esta dor na nádega pode

estar relacionada ao esforço para evacuar quando as fezes estão endurecidas e também à possíveis dermatites perineal ocasionadas pela frequência aumentada das fezes. Logicamente os pacientes com CD não tem dor em nádega por não evacuarem por via anal, e em nosso estudo não houve diferença estatística para os escores de “feridas na pele”, mas podemos notar que os pacientes com PE apresentaram escores mais altos para esse sintoma do que os com CD (PE 20,1, CD 11,9).

Portanto, como discutido anteriormente, percebemos vários fatores que contribuem para essa sintomatologia intestinal: a técnica cirúrgica empregada na confecção da anastomose colorretal baixa, a experiência do cirurgião para não se lesar nervos desnecessariamente e as terapias neoadjuvantes e adjuvantes.

6.3.4 Escala de sintomas alterada para disúria

Em nossa pesquisa os escores dos pacientes que se queixaram do sintoma disúria foi em média 3,2 para o grupo de PE e 11,1 para o grupo de CD, sendo essa diferença com significância estatística, mostrando maior índice de disúria em pacientes com colostomia definitiva.

Estudo realizado por HASSAN et al. (2006) identificou que os pacientes que receberam radioterapia neoadjuvante tiveram escores mais elevados para problemas urinários quando comparado com pacientes que não receberam a radioterapia ou que receberam radioterapia adjuvante.

Em nossa pesquisa encontramos resultados semelhantes ao do autor citado acima, uma vez que todos os pacientes que apresentaram disúria passaram por Rxt em algum momento.

6.3.5 Sexualidade

Dentre os fatores que interferem na qualidade de vida está a insatisfação com a função sexual.

Como já dito anteriormente, a cirúrgica para o CR é tida como procedimento padrão, sendo preciso cuidado pelo cirurgião na preservação da inervação autonômica pélvica, pois disso vai depender, em parte, a boa função sexual do paciente (FERREIRA et al. 2005).

Em nosso estudo não houve diferença significativa entre os pacientes com CD e PE na escala de função e sintomas sexuais. Entretanto, pode haver um viés nesse resultado devido ao número elevado de perdas das respostas para as perguntas relacionadas a vida sexual, na qual 22 mulheres e 9 homens não responderam à essas perguntas.

Outros estudos também reportaram não respostas para as questões relacionadas à sexualidade (TIV et al. 2010; VARPE et al. 2011; KONANZ et al. 2013). Na pesquisa de FUCINI et al. (2008) não haviam dados suficientes para análise da função sexual e dos problemas sexuais nas mulheres por falta de resposta às questões.

Apesar das respostas em branco para essas questões, na análise dos subgrupos identificamos que as mulheres com PE que recidivaram

apresentaram maior interesse sexual do que as mulheres com colostomia que tinham recidivado.

O interesse sexual pode estar associado a vários fatores, um deles o próprio estado civil e outro fator a idade, uma vez que a libido pode estar diminuído após a menopausa. Porém, ao analisarmos o estado civil e idade dessas mulheres observamos que a maior parte delas eram casadas (8/10) e que as mulheres com PE que recidivaram eram consideravelmente mais idosas do que as com CD. Nesse caso, o interesse sexual diminuído por parte das mulheres com CD que recidivaram pode estar associado a possível alteração na auto-imagem corporal, ou mesmo pelo agravamento da doença.

A literatura mostra que a função sexual masculina é significativamente pior depois da colostomia definitiva do que depois de uma anastomose colorretal baixa (CORNISH et al. 2007; FUCINI et al. 2008; TIV et al 2010; VARPE et al. 2011; KONANZ et al. 2013). Resultado diferente, porém, foi encontrado no estudo de KASPAREK et al. (2011), que identificaram escores para função sexual significativamente menores nos pacientes com anastomose coloanal quando comparados com pacientes que haviam passado por CD, sendo que essa diferença persistiu quando realizadas associações com a variável de gênero. Em estudo realizado por SCHMIDT et al. (2010) foi identificado que problemas sexuais em homens são mais frequentes e piores do que em mulheres após o procedimento cirúrgico para CR.

De 63 mulheres que participaram da pesquisa 22 não responderam às perguntas relacionadas a sexualidade. Talvez isso tenha acontecido porque o pré-requisito para responder as perguntas era que a mulher deveria ter tido coito vaginal até um mês antes do preenchimento do questionário, e isso pode não ter acontecido. A média da idade das mulheres que não responderam às perguntas foi de 60 anos, com relação ao estado civil cinco delas eram viúvas. Portanto devemos considerar que trata-se de um público que pode não ter mais vida sexual ativa.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Diante do que foi exposto neste trabalho consideramos como contribuições do estudo:

- Os resultados obtidos serão úteis para os profissionais de saúde no aconselhamento dos pacientes e familiares antes da realização das cirurgias de APR ou RAB, permitindo aos pacientes terem conhecimentos prévios sobre a qualidade de vida global e também das mudanças que poderão ocorrer com o procedimento cirúrgico, por exemplo, a “síndrome da ressecção anterior baixa”. O aconselhamento poderá diminuir a ansiedade dos pacientes e também prepara-los psicologicamente para as futuras alterações que poderão ocorrer.
- Os resultados deste estudo poderão influenciar a equipe multidisciplinar a dar mais atenção ao estado psicológico dos pacientes com PE, visto que estes tem uma função emocional e cognitiva mais prejudicada.
- Essa pesquisa poderá instigar nos pesquisadores o desejo de busca por inovações tecnológicas que favoreçam a uma melhor qualidade de vida dos pacientes com colostomia definitiva e preservação esfinteriana.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo tivemos:

- A pesquisa ter sido realizada em um único centro, o que pode ter viciado a amostra.
- Os materiais da bolsa coletora, bem como o tratamento oferecido aos pacientes com colostomia definitiva do A. C. Camargo Cancer Center é considerado excelente por ser esta uma instituição que presa pelas normas de qualidade. Desse modo, tal realidade pode ter interferido em nosso estudo para que os pacientes com colostomia definitiva apresentassem melhores resultados funcionais.
- Não foi investigado nessa pesquisa se os pacientes já tinham alguma disfunção intestinal antes da cirurgia, portanto, a população desse estudo que já apresentava problemas intestinais antes da cirurgia pode ter mascarado alguns resultados negativos para função intestinal.
- Os resultados sobre sexualidade não são reais devido às faltas de respostas à essas perguntas no questionário.

9 CONCLUSÕES

Com base no objetivo do presente estudo os resultados nos permitiram concluir que:

- Não houve diferença na qualidade de vida e na saúde global dos pacientes submetidos a cirurgia para preservação esfinteriana em comparação com os pacientes que passaram pela ressecção abdominoperineal e ficaram com uma colostomia definitiva.
- Os pacientes que tiveram o esfíncter preservado sofreram mais de problemas gastrointestinais e tiveram resultados funcionais piores quando comparados com os pacientes com colostomia.
- Os pacientes com preservação esfinteriana apresentaram uma melhor função física comparativamente aos pacientes com colostomia apenas nos subgrupos que não apresentavam recidiva tumoral e entre os que não frequentavam alguma religião.
- Os pacientes com colostomia definitiva apresentaram melhor função do desempenho do papel quando comparados aos pacientes com preservação esfinteriana no subgrupo que não trabalhavam.
- Com relação à função emocional, pacientes com colostomia definitiva apresentaram escores superiores aos dos pacientes com preservação esfinteriana nos seguintes subgrupos: pacientes com mais de 60 anos; pacientes com maior grau de escolaridade; indivíduos que não

trabalhavam; indivíduos que praticam alguma religião; pacientes sem recidiva; pacientes que receberam radioterapia pélvica.

- Com relação à função cognitiva, pacientes com colostomia definitiva também apresentaram escores superiores aos dos pacientes com preservação esfinteriana nos seguintes subgrupos: idade maior que 60 anos; com maior grau de escolaridade; entre os casados ou em união estável; entre os que não trabalham; pacientes com recidiva; pacientes que receberam radioterapia pélvica.
- A análise dos subgrupos demonstrou o agravamento dos sintomas gastrointestinais para os pacientes com preservação esfinteriana quando comparados com os pacientes com colostomia definitiva.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ABO] Associação Brasileira de Ostomizado. Ostomia. A cirurgia da vida. Disponível em: <URL:<http://www.abraso.org.br/ostomias.html>> [2011 ago. 15].

[ACS] American Cancer Society. **Cancer facts & figures 2012**. Available from: <URL:http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiology_surveillance/document/acspc-031941.pdf> [2013 jul 15]

André T, Boni C, Navarro M, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. **J Clin Oncol** 2009; 27:3109-16.

[Anonymus] The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** 1995; 41:1403-9.

[Anonymus] The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF Quality of Life Assessment. **Psychol Med** 1998; 28:551-8.

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. **J Natl Cancer Institute** 1993; 84:365-76.

Akagi Y, Kinugasa T, Shirouzu K. Intersphincteric resection for very low rectal cancer: a systematic review. **Surg Today** 2013; 43:838-47.

Almeida SSL, Rezende AM, Schall VT, Modena CM. Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. **Rev Psicologia Estudo** 2010; 15:761-9.

[ABRAPRECI] Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino. **O que é rastreamento?** Disponível em: <URL:www.abrapreci.org.br/cuide-se/o-que-e-rastreamento/> [2011 ago 15]

Brasil. Governo Federal, **Decreto n 9.296 de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as leis 10.048, de 8 de novembro de 2000 e n 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Associação Brasileira de Ostomizados, Brasília, DF, 2 de dez. 2004. Disponível em: <URL:http://www.abraso.org.br/legislação> [2011 ago 15]

Calvo O, Oliveros Ricardo, Sánchez R. Adaptación cultural del formulario EORTC QLQ CR-29 para su aplicación en pacientes con cancer de recto en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. **Rev Colomb Cancerol** 2010; 14:189-98.

[CNS] Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução 196**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <URL:http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf> [2009 dez 07]

Cornish JA, Tilney HS, Heriot AG, Lavery IC, Fazio VW, Tekkis PP. A meta-analysis of quality of life for abdominoperineal excision of rectum versus anterior resection for rectal cancer. **Ann Surg Oncol** 2007; 14:2056-68.

Cosset JM. Efeitos tadios da irradiação. In: Salvajoli JV, Sauhami L, Faria SL, editores. **Radioterapia oncológica**. São Paulo: Medsi; 1999. p.1117-33.

Delavechia RP, Terra MG, Noal HC, et al. A percepção de si como ser-estomizado: um estudo fenomenológico. **Rev Enfermagem UERJ** 2010; 18:223-8.

Ferreira FO, Rossi BM. Tratamento cirúrgico de câncer de reto: ressecção anterior. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Júnior S, Lopes A, editores. **Câncer de cólon, reto e ânus**. São Paulo: Lemar; 2005. p.287-325.

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatria** 1999; 21:19-28.

Fleck MP. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Rev Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5:33-8.

Fucini C, Gattai R, Urena C, Bandettini L, Elbetti C. Quality of life among five-year survivors after treatment for very low rectal cancer with or without a permanent abdominal stoma. **Ann Surg Oncol** 2008; 15:1099-106.

Guyton AC, Hall JE. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. Fisiologia dos distúrbios gastrointestinais; p.819-25.

Harris DA, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. **Ann R Coll Surg Engl** 2005; 87:427-31.

Hassan I, Larson DW, Cima RR, et al. Long-term functional and quality of life outcomes after coloanal anastomosis for distal rectal cancer. **Dis Colon Rectum** 2006; 49:1266-74.

[IARC] International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2008: Estimated cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008**. Available from: <URL:<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>> [2013 jul 15]

Iyeyasu H. Estadiamento do câncer. In: Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H, editores. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Lemar; 2013. p.300-6.

Kasperek MS, Hassan I, Cima RR, Larson DR, Gullerud RE, Wolff BG. Quality of life after coloanal anastomosis and abdominoperineal resection for distal rectal cancers: sphincter preservation vs quality of life. **Colorectal Dis** 2011; 13:872-7.

Kelly DG, Branon ME, Phillips SF, Kelly KA. Diarrhoea after continent ileostomy. **Rev Gut** 1980; 21:711-6.

Kennecke H, Berry S, Wong R, et al. Pre-operative bevacizumab, capecitabine, oxaliplatin and radiation among patients with locally advanced or low rectal cancer: a phase II trial. **Eur J Cancer** 2012; 48:37-45.

Konanz J, Herrle F, Weiss C, Post S, Kienle P. Quality of life of patients after low anterior, intersphincteric, and abdominoperineal resection for rectal cancer – a matched-pair analysis. **Int J Colorectal Dis** 2013; 28:679-88.

Kuczynski Júnior E, Assumpção FB. Qualidade de vida em oncologia. In: Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H, editores. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Lemar; 2013. p.284-91.

Kuo LJ, Hung CS, Wu CH, et al. Oncological and functional outcomes of intersphincteric resection for low rectal cancer. **J Surg Res** 2011; 170:93-8.

Lobato-Campos LF, Alves-Ferreira PC, Lavery IC, Kiran RP. Abdominoperineal resection does not decrease quality of life in patients with low rectal cancer. **Clinics (Sao Paulo)** 2011; 66:1035-40.

Michelone A de PC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-Am de Enfermagem** 2004;12:875-83.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Mulsow J, Winter DC. Sphincter preservation for distal rectal cancer – goal Worth achieving at all costs? **World J Gastroenterol** 2011; 17:855-61.

Nadalin W, Aguilár PB, Gama-Habr A, Salvajoli JV. Tumores colorretal e canal anal. In: Salvajoli JV, Sauhami L, Faria SL, editores. **Radioterapia oncológica**. São Paulo: Medsi; 1999. p.584-600.

Nakagawa WT. Câncer de cólon e reto. In: Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H, editores. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Lemar, 2013. p.449-55.

Petuco VM. **A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo/RS**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado-Universidade de São Paulo-Faculdade de Saúde Pública]

Pocard M, Sideris L, Zenasni F, et al. Functional results and quality of life for patients with very low rectal cancer undergoing coloanal anastomosis or perineal colostomy with colonic muscular graft. **Eur J Surg Oncol** 2007; 33:459-62.

Rathnayake MM, Kumarage SK, Wijesuriya SR, Munasinghe BN, Ariyaratne MH, Deen KI. Complications of loop ileostomy and ileostomy closure and their implications for extended enterostomal therapy: a prospective clinical study. **Int J Nurs Stud** 2008; 45:1118-21.

Habr-Gama A, Araújo SEA. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR, editores. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu; 2000. p.39-54.

Santos VLC de G, Sawaia BB. A bolsa na mediação “estar ostomizado”- “estar profissional”: análise de uma estratégia pedagógica. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2000; 8:40-50.

Schmidt C, Daun A, Malchow B, Kuchler T. Sexual impairment and its effects on quality of life in patients with rectal cancer. **Dtsch Arztebl Int** 2010; 107:123-30.

Scoggins CR, Rodriguez-Bigas MA. Tratamento cirúrgico de câncer de reto: amputação abdominoperineal. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Júnior S, Lopes A, editores. **Câncer de cólon, reto e ânus**. São Paulo: Lemar; 2005. p.327-39.

Siassi M, Hohenberger W, Lösel F, Weiss M. Quality of life and patient`s expectations after closure of temporary stoma. **Int J Colorectal Dis** 2008; 23:1207-12.

Sideris L, Zenasni F, Vernerey D, et al. Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impacto f the type of surgery and patients` characteristics. **Dis Colon Rectum** 2005; 48:2180-91.

Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. **Ca Cancer J Clin** 2013; 63:11-30.

Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev Latino Am Enfermagem** 2006; 14:483-90.

Simmonds PC. Palliative chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and meta-analysis Group colorectal cancer collaborative. **BMJ** 2000; 321:531-5.

Schmoll HJ, Cutsem VE, Stein A, et al. ESMO Consensus guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making. **Ann Oncol** 2012; 23:2479-516.

Silveira D. **Adaptação cultural e validação do instrumento “European Organization from Research and Treatment of Cancer Quality of Life in Colorectal - EORTC QLQ-CR29” em pacientes com cancer colorretal.** São Paulo; 2013. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Sobrero A, Ackland S, Clarke S, et al. Phase IV study of bevacizumab in combination with infusional fluorouracil, leucovorin and irinotecan (FOLFIRI) in first-line metastatic colorectal cancer. **Oncology** 2009; 77:113-9.

Souza RCC, Barros CAA, Souza RRL, et al. Avaliação da qualidade de vida de doentes de carcinoma retal, submetidos à ressecção com preservação esfinteriana ou à amputação abdominoperineal. **Rev Bras Coloproct** 2005; 25:235-40.

Stipa S, Stipa F, Ziparo V. Tratamento cirúrgico de câncer de reto: ressecção local. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Júnior S, Lopes A, editores. **Câncer de cólon, reto e ânus.** São Paulo: Lemar, 2005. p.275-86.

Stumm EM, Oliveira ER, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica, Porto Alegre** 2008; 18:26-30.

Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. **Eur J Oncol Nurs** 2011; 15:59-66.

Tiv M, Puyraveau M, Mineur L, et. al. Long-term quality of life in patients with rectal cancer treated with preoperative (chemo)-radiotherapy within a randomized trial. **Cancer Radiothér** 2010; 14:530-4.

Varpe P, Huhtinen H, Rantala A, et al. Quality of life after surgery for rectal cancer with special reference to pelvic floor dysfunction. **Colorectal Dis** 2011;13:399-405.

Whistance RN, Conroy T, Chie W, et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. **Eur J Cancer** 2009, 45:3017-26.

Wygoda M, Rottenberg Y, Kadouri L, Pikarsky A, Hubert A. Preoperative radiotherapy and concurrent chemotherapy with bolus 5-fluorouracil for rectal cancer: a prospective analysis of 98 patients. **Tumori** 2010; 96:709-12.

Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **J Clin Epidemiol** 1999; 52:355-63.

Apêndice 1 - Termo de consentimento informado livre e esclarecido

Título: Avaliação tardia da qualidade de vida de pacientes com anastomose colorretal baixa versus pacientes com colostomia definitiva após tratamento de adenocarcinoma de reto.

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça se desejar qualquer pergunta para esclarecimento.

Responsável: Mariane Messias R. L. Silva e Dr. Samuel Aguiar Júnior

O objetivo principal da pesquisa é comparar a qualidade de vida de pacientes, anteriormente com exteriorização do intestino (ileostomizados), que passaram por processo cirúrgico de união das duas partes do mesmo para reconstituição do caminho natural do conteúdo intestinal (anastomose colorretal baixa), **versus** pacientes com exteriorização definitiva do intestino (colostomia definitiva).

A coleta de dados acontecerá por meio da aplicação de 3 questionários que contêm perguntas sobre a Qualidade de Vida, de acordo com o tema abordado.

Não existem riscos de vida para o entrevistado, uma vez que não será realizado nenhum procedimento invasivo que comprometa a dignidade corporal.

Esta pesquisa poderá contribuir para um melhor atendimento ao paciente com câncer de intestino, de acordo com as necessidades que serão identificadas nesse estudo.

O seu nome e outras informações de identificação pessoal serão mantidos em sigilo, e não será divulgado nas publicações dos resultados.

O (a) senhor (a) não será pago por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado para participar do mesmo.

A decisão de entrar ou não nesse estudo é sua. Se você decidir sair do estudo, você terá o direito de fazê-lo a qualquer momento e por qualquer

motivo. Sua decisão de não participar ou de sair NÃO resultará em qualquer penalidade.

E se o (a) senhor (a) ainda durante o estudo tiver alguma dúvida ou se você quiser qualquer esclarecimento adicional, queira, por favor, entrar em contato com o investigador principal do estudo Mariane Messias Reis Lima Silva através do telefone (11) 98240-7749 ou e-mail: mari_animo@hotmail.com.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa, declarando ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e outra com o responsável pela entrevista.

_____ de _____ de 2013.

Nome do participante: _____,

Responsável

Sujeito da pesquisa

Caso o pesquisador responsável não esteja disponível para esclarecimentos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do A.C.Camargo Cancer Center através do telefone (11) 21895020 de segunda à sexta-feira das 7 às 16 horas.

Anexo 1 - Questionário WHOQOL – Bref

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2 - Questionário QLQ – C30

BRAZILIAN



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Anexo 3 - Questionário QLQ – CR29

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ – CR29

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

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderada- mente	Muito
31. Você urinou muitas vezes durante o dia?	1	2	3	4
32. Você urinou muitas vezes durante a noite?	1	2	3	4
33. Já teve vazamentos involuntários de urina?	1	2	3	4
34. Você teve dores ao urinar?	1	2	3	4
35. Você teve dor na barriga?	1	2	3	4
36. Você teve dor em suas nádegas/região anal/reto?	1	2	3	4
37. Você teve a sensação de barriga inchada?	1	2	3	4
38. Você teve sangue nas fezes?	1	2	3	4
39. Você teve muco em suas fezes?	1	2	3	4
Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderada- mente	Muito
40. Você Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
41. Você perdeu o cabelo como resultado do seu tratamento?	1	2	3	4
42. Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?	1	2	3	4
43. Você se sentiu preocupado(a) com sua saúde no futuro?	1	2	3	4
44. Você se preocupou com seu peso?	1	2	3	4
45. Você se sentiu menos atraente fisicamente como resultado da doença ou tratamento?	1	2	3	4
46. Você tem se sentido menos feminina (mulher)/masculino (homem), como resultado da sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
47. Você se sentiu insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
48. Você tem uma bolsa de colostomia/ileostomia? Por favor circule a resposta correta	Sim	Não		

Por favor, passe à página seguinte

(PORTUGUESE BRAZIL)

Durante a última semana:

Não Pouco Moderada- Muito
mente

Responda a estas questões APENAS SE VOCÊ TEM UMA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA, se não tem, continue abaixo:

49. Você teve perda sem querer de gases (flatos) pela bolsa de colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
50. Você teve vazamento de fezes na sua bolsa de colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
51. Você teve a pele ferida em torno da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
52. Você teve que trocar a bolsa de colostomia várias vezes durante o dia?	1	2	3	4
53. Você teve que trocar a bolsa de colostomia várias vezes durante a noite?	1	2	3	4
54. Você se sentiu envergonhado/a por causa da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
55. Você teve problemas para cuidar da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4

Responda estas questões APENAS SE VOCÊ NÃO TEM UMA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA:

49. Você teve perda sem querer de gases/flatos do seu ânus?	1	2	3	4
50. Você teve vazamento de fezes pelo ânus?	1	2	3	4
51. Você teve a pele ferida em volta da região anal?	1	2	3	4
52. Ocorreram movimentos intestinais frequentes durante o dia?	1	2	3	4
53. Ocorreram movimentos intestinais frequentes durante a noite?	1	2	3	4
54. Você se sentiu envergonhado/a por causa de seu movimento intestinal?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

Não Pouco Moderada- Muito
mente

Só para homens:

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

Só para mulheres:

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

Anexo 4 - Carta de permissão para o uso do QLQ-30 e QLQ-CR29 emitida pela EORTC

Mensagem de Impressão do Hotmail

Page 1 of 1

QLQ-C30 download request from Mariane Messias Reis Lima Silva

De: **qlqc30@eortc.be**

Enviada: segunda-feira, 27 de fevereiro de 2012 14:56:24

Para: **mari_animo@hotmail.com**

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms.
Firstname: Mariane
Lastname: Messias Reis Lima Silva
Hospital/Institution: Fundação Antônio Prudente (FAP)
Address: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Bairro Liberdade
County/State: São Paulo
Postal Code: 01509-010
Country: Brazil
Phone: (11)2189-5113
Fax: (11)2189-5113
Email: mari_animo@hotmail.com
Protocol: Delayed evaluation of the quality of life of patients with colorrectal anastomosis decrease and patients with definitive colostomia.

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
Colorectal Module (CR29) in Portuguese
QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
Colorectal Module (CR29) in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual
Scoring Instructions: Colorectal CR29

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>
[http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Portuguese%20\(Brazil\).pdf](http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Portuguese%20(Brazil).pdf)
<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/CR29_summary.pdf

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

Anexo 5 - Formulário para a obtenção das características sociodemográficas

<i>Data da entrevista</i>			
<i>Nome</i>			
<i>RGH</i>			
<i>Idade atual</i>			
<i>Idade ao diagnóstico</i>			
Gênero	(1) Masculino	(2) Feminino	
<i>Raça</i> (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena			
<i>Escolaridade</i> (0) Analfabeto (1) Ens. Fundamental (2) Ens. Médio (3) Ens. Superior (4) Pós-graduação			
<i>Estado Civil</i> (0) Solteiro (1) União civil (3) Separado/Divorciado (5) Viúvo estável/ Casado			
<i>Ocupação</i>			
Trabalha atualmente	(0) Não	(1) Sim	
<i>Quantas pessoas residem na casa?</i>			
Tabagista	(2) Não	(3) Sim	
Já fumou? Se sim por quanto tempo?	(4) Não	(5) Sim	
Etilista	(6) Não	(7) Sim	
Se já foi etilista, por quanto tempo?	(8) Não	(9) Sim	

Anexo 6 – Formulário para obtenção dos dados clínicos e de tratamento.

Data de admissão	
Local do tumor (1) Reto baixo (2) Reto médio	
Neoadjuvância (0) Não aplicável (1) Não (2) Rxt (3) QT	
Cirurgia (1) Anastomose colorretal baixa (2) Colost. Definitiva	
Abordagem da cirurgia (1) Laparoscópica (2) Aberta	
Estádio (1) I (2) II (3) III (4) IV	
Local das metástases	
Cirurgia para ressecção das metástases (0) Não (1) Sim	
Adjuvância (2) Não (3) Radioterapia (4) Quimioterapia	
Esquema da adjuvância (0) Não (1) 5FU/LV (2) FOLFOX	
Data de início da adjuvância	
Data de término da adjuvância	
Número de ciclos até a data da entrevista	
Data do último ciclo	
Recidiva (0) Não aplicável (1) Não (2) Sim	
Data da recidiva	
Local da Recidiva (0) Não aplicável (1) Local (2) Sistêmica	
Tratamento da Recidiva (0) Não aplicável (1) Cirurgia (2) Radioterapia (3) Quimioterapia	
Quimioterapia – Estádio IV (0) Não aplicável (1) 5FU/LV (2) FOLFOX4 (3) mFOLFOX6 (4) FOLFOX6 (5) CapeOX (6) FOLFIRI (7) IFL (8) Outro	
Terapia alvo (0) Não aplicável (1) Bevacizumabe (2) Cetuximabe	
Data de início da qt	
Número de ciclos até a data da entrevista	
Data do último ciclo	
Co-morbidades	

Anexo 7 - Carta de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Antônio Prudente



**Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP**

São Paulo, 28 de Março de 2012.

Ao
Dr. Samuel Aguiar Júnior.

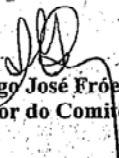
Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1610/11

“Avaliação tardia da qualidade de vida de pacientes com anastomose colorretal baixa versus pacientes com colostomia definitiva após tratamento de adenocarcinoma de reto”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 27/03/2012, tomaram conhecimento e aprovaram os seguintes documentos:

- Carta esclarecendo modificações no projeto, datada de 29 de fevereiro de 2012;
- Projeto modificado.

Atenciosamente,


Dr. Antônio Hugo José Fróes Marques Campos
2º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Alure, Mariana Mendes Reis Lima, Silva

1/1