UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal”

Fabiana Faria Rezende

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2015

FABIANA FARIA REZENDE

“Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal”

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Co-orientadora: Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld

- VERSÃO CORRIGIDA-

RIBEIRÃO PRETO - SP

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Rezende, Fabiana Faria

Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

174 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Almeida, Sebastião de Sousa.

Co-orientadora: Carmem Beatriz Neufeld

1. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. 2. Imagem Corporal. 3. Transtorno de Humor. 4. Aspectos Cognitivos. 5. Câncer Colorretal.

Nome: Rezende, Fabiana Faria

Título: Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho a todos os pacientes oncológicos, que enfrentam com maestria o impacto do diagnóstico e as adversidades do tratamento, principalmente aos que, gentilmente, concordaram em participar dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, torceram, me incentivaram e auxiliaram na realização deste trabalho.

Em especial,

*Ao meu orientador, Prof. **Sebastião de Sousa Almeida**, pela forma com a qual me orientou estimulando cada vez mais o desenvolvimento da minha autonomia enquanto pesquisadora.*

*À Profa. **Carmem Beatriz Neufeld**, que realizou importantes contribuições no papel de co-orientadora.*

*Às Profas. **Renata Ferrarez Fernandes Lopes e Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva** pelas valiosas sugestões no exame de Qualificação.*

*Aos meus pais, **Ana Maria e Vanderlei**, e à minha irmã, **Viviane**, que sempre me incentivaram.*

*Ao meu esposo **Wesley** que, com toda a paciência, sempre me apoiou nas dificuldades que encontrei nos últimos anos.*

*A toda minha **família e amigos**, pela compreensão dos meus momentos de ausência do convívio social.*

*A todos os colegas que integram o **Laboratório de Nutrição e Comportamento** da FFCLRP.*

*À Direção do **Hospital de Câncer de Barretos**, que permitiu a abordagem aos pacientes para a realização da coleta de dados.*

*A todos os colaboradores do **Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP)** do Hospital de Câncer de Barretos, que contribuíram na inclusão dos participantes e na coleta de dados.*

“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre. Porque alguém disse e eu concordo que o tempo cura, que a mágoa passa, que decepção não mata. E que a vida sempre, sempre continua.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Rezende, F. F. (2015). *Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O Câncer Colorretal (CCR) consiste no terceiro tipo de câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres. O tratamento, na maioria dos casos, implica na cirurgia geradora de estoma, que constitui um procedimento invasivo, com grande impacto em todas as áreas na vida da pessoa. O presente estudo teve por objetivos investigar prospectivamente variáveis relacionadas à imagem corporal, sintomas ansiosos e depressivos, domínios da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) e as cognições, emoções e comportamentos diante do processo de adaptação ao estoma. Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal e de abordagem quanti qualitativa. A amostra foi composta por pacientes adultos (n=122), de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital de Câncer de Barretos (SP). A avaliação quantitativa foi realizada em todos os pacientes e a qualitativa em 26 dos pacientes, sorteados aleatoriamente. Os participantes foram avaliados em quatro momentos (pré-operatório, três, seis e quinze meses após a cirurgia) e foram subdivididos de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico realizado (Anastomose Primária, Estomia Intestinal Temporária e Estomia Intestinal Definitiva). Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: questionário de dados sociodemográficos; Critério de Classificação Econômica Brasil; ficha de condições clínicas; Escala de Figura de Silhuetas (EFS); Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS); Questionários para avaliação da QVRS (EORTC QLQ-C30/ QLQ-CR38); Medida subjetiva de pensamentos e emoções e Roteiro de entrevista semiestruturada. Os resultados demonstraram que a amostra foi constituída por pacientes mais velhos, de baixa renda e escolaridade. Os valores médios encontrados na avaliação da imagem corporal indicaram uma superestimação desta. Apesar dos participantes não terem apresentado sintomatologias graves para ansiedade e depressão, de acordo com a escala HADS, as comparações estatísticas infere-se que, quanto pior a sintomatologia para ansiedade e depressão, pior a saúde global. Segundo o EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38 a maioria dos domínios de QVRS apresentaram níveis moderados, sendo que os piores sintomas foram os sexuais. A depressão influenciou de forma direta e negativa na saúde global, assim como na acurácia da imagem corporal. Foram encontradas diferenças significantes entre os grupos na comparação das variáveis nos diversos momentos de avaliação, sugerindo que o nível dos sintomas variou de acordo com o tempo. Não foram encontradas altas frequências para as distorções cognitivas nesses pacientes, entretanto, observou-se pela entrevista semiestruturada que na primeira avaliação existia grande preocupação quanto às limitações ocasionadas pela estomia intestinal em detrimento da percepção de “normalidade”, frequentemente reportada na última avaliação. Conclui-se que a entrevista qualitativa complementou os resultados encontrados na abordagem quantitativa, sendo que a análise de conteúdo reforçou que os pacientes, em geral, apresentaram boa adaptação à estomia. O suporte social foi apontado como uma das principais estratégias utilizadas no processo de adaptação. Neste sentido, orientações psicoeducativas aos pacientes e familiares devem ser realizadas desde o diagnóstico, a fim de contribuir para adaptação ao estoma.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Imagem Corporal. Transtornos de Humor. Aspectos Cognitivos. Câncer Colorretal.

ABSTRACT

Rezende, F. F. (2015). *Quality of life, body image and psychosocial adjustment to ostomy patients due to colorectal cancer*. Doctoring Thesis, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

The Colorectal Cancer (CRC) is the third most common type in men and the second in women. The treatment in most cases implies a surgery with a stoma, which is an invasive procedure, with a great impact in all areas in a person's life. This study aimed to prospectively investigate variables related to body image, depression and anxiety symptoms, areas of Health Related Quality of Life (HRQoL) and cognitions, emotions and behaviors related to the adaptation process to the stoma. It is an exploratory study, longitudinal, with quantitative and qualitative approach. The sample consisted of adult patients ($n = 122$), of both sexes, attended in Stomatherapy Clinic of Barretos Cancer Hospital. The quantitative evaluation was performed in all patients and the qualitative evaluation was performed in 26 patients randomly selected. Participants were assessed at four time points (preoperative, three, six and fifteen months after surgery) and were subdivided according to the type of surgical procedure performed (Primary Anastomosis, Temporary Intestinal Ostomy and Definitive Intestinal Ostomy). For data collection, the follow instruments were used: socio-demographic questionnaire; Brazilian Economic Classification Criteria; clinical conditions record; Figures of Silhouettes Scale (FSS); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Questionnaires to assess the HRQoL (EORTC QoL-C30 / QoL-CR38); Subjective measure of thoughts and emotions and Semi-structured interviews. The results showed that the sample was composed of older patients, with low income and low education level. The mean values found in the evaluation of body image showed an overestimation of it. Although the participants did not show severe symptomatology for anxiety and depression, according to the HADS, statistical comparisons inferred that, the worse the symptoms for anxiety and depression, worse overall health. According to the EORTC QoL-C30 and QoL-CR38 most HRQoL domains showed moderate levels in which the worst symptoms were sexual. Depression had a direct and negative impact on global health, as well as the accuracy of body image. Significant differences were found between groups when comparing the variables in the different time points, suggesting that the level of symptoms varied according to the time. There were no high frequencies for cognitive distortions in these patients; however, the semi-structured interview shows that in the first assessment there was great concern about the limitations caused by intestinal ostomy at the expense of perceived "normal" often reported in the last assessment. We conclude that the qualitative interview complemented the findings in quantitative approach, and the content analysis emphasized that patients generally showed good adaptation to the stoma. Social support was considered one of the main strategies used in the adjustment process. In this sense, psychoeducational guidance to patients and their families must be carried out from diagnosis, in order to contribute to the adaptation to the stoma.

Keywords: Health-Related Quality of Life. Body Image. Mood Disorder. Cognitive aspects. Colorectal Cancer.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Escalas e questões do EORTC QLQ-C30	56
Quadro 2. Escalas e questões do EORTC QLQ-CR38.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estadiamento clínico dos pacientes diagnosticados por CCR, no Hospital de Câncer de Barretos durante o período de inclusão dos participantes neste estudo (n=464)	53
Figura 2. Fluxograma da coleta de dados do estudo	62
Figura 3. Avaliação da acurácia da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	70
Figura 4. Avaliação da insatisfação da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	70
Figura 5. Avaliação da acurácia da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR, que realizaram a EIT	73
Figura 6. Avaliação da insatisfação da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR, que realizaram a EIT	73
Figura 7. Valores médios obtidos na escala HADS, para a subescala Ansiedade, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	74
Figura 8. Valores médios obtidos na escala HADS, para a subescala Depressão, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	74
Figura 9. Valores médios obtidos na Escala HADS, na subescala Ansiedade, ao longo do tempo, em pacientes com CCR que realizaram a EIT	77
Figura 10. Valores médios obtidos na Escala HADS, na subescala Depressão, ao longo do tempo, em pacientes com CCR que realizaram a EIT	77
Figura 11. Valores médios obtidos na Saúde Global, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	81
Figura 12. Valores médios obtidos no Funcionamento Físico, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	81
Figura 13. Valores médios obtidos no domínio Desempenho de Papel, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	83
Figura 14. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Emocional, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	83
Figura 15. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Cognitivo, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	85
Figura 16. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Social, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	85

Figura 17. Valores médios obtidos no domínio Imagem Corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	85
Figura 18. Valores médios obtidos no domínio Função Sexual, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	86
Figura 19. Valores médios obtidos no domínio Satisfação Sexual, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	87
Figura 20. Valores médios obtidos no domínio Perspectiva Futura, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	87
Figura 21. Valores médios obtidos nos sintomas Náuseas e Vômitos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	89
Figura 22. Valores médios obtidos no sintoma Falta de Apetite, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	89
Figura 23. Valores médios obtidos nos sintomas Efeitos da Quimioterapia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	89
Figura 24. Valores médios obtidos nos sintomas Problemas com o Estoma, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	89
Figura 25. Valores médios obtidos no sintoma Fadiga, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	90
Figura 26. Valores médios obtidos no sintoma Dor, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	90
Figura 27. Valores médios obtidos no sintoma Dispneia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	91
Figura 28. Valores médios obtidos no sintoma Insônia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	91
Figura 29. Valores médios obtidos no sintoma Constipação, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	92
Figura 30. Valores médios obtidos no sintoma Diarreia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	92
Figura 31. Valores médios obtidos no item Dificuldades Financeiras, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	93
Figura 32. Valores médios obtidos para os Problemas de Micção, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	93
Figura 33. Valores médios obtidos nos Sintomas Gastrointestinais, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	95

Figura 34. Valores médios obtidos nos Problemas Sexuais Masculinos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	95
Figura 35. Valores médios obtidos nos Problemas Sexuais Femininos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	96
Figura 36. Valores médios obtidos nos Problemas de Evacuação, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	96
Figura 37. Valores médios obtidos para o sintoma Perda de Peso, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.....	97
Figura 38. Valores médios obtidos no domínio Saúde Global, ao longo do tempo, em pacientes com EIT.....	97
Figura 39. Modelo de equações estruturais testado para as variáveis associadas à saúde global	98
Figura 40. Modelo de equações estruturais para as variáveis significantes associadas à saúde global.....	99
Figura 41. Nuvem de palavras para a avaliação pré-operatória	106
Figura 42. Nuvem de palavras para a análise das entrevistas realizadas três meses no pós-operatório	108
Figura 43. Nuvem de palavras para a análise das entrevistas realizadas quinze meses no pós-operatório	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas dos pacientes com CCR, de acordo com procedimento cirúrgico realizado. Barretos (SP), 2012-2014.....	66
Tabela 2. Estadiamento patológico dos pacientes com CCR. Barretos (SP), 2012-2014	67
Tabela 3. Tempo de permanência do estoma, para os pacientes que realizaram a EIT. Barretos (SP), 2012-2014	67
Tabela 4. Valores médios (DP) para acurácia e insatisfação da imagem corporal (Kg/m^2), em pacientes com CCR de acordo com o momento e procedimento cirúrgico. Barretos (SP), 2012-2014	68
Tabela 5. Frequências absoluta e relativa da percepção da imagem corporal e da silhueta desejada de pacientes com CCR, em cada momento de avaliação, de acordo com o tipo procedimento cirúrgico. Barretos (SP), 2012-2014	69
Tabela 6. Diferenças estimadas (Dif) para o nível de acurácia e insatisfação com a imagem corporal nas comparações entre tipo de cirurgia e momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014	71
Tabela 7. Avaliação dos sintomas de Ansiedade e Depressão, nos quatro momentos avaliados, em pacientes com CCR. Barretos, 2012-2014	73
Tabela 8. Diferenças estimadas (Dif) para os sintomas de ansiedade e depressão nas comparações entre tipo de cirurgia e momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014.....	75
Tabela 9. Valores médios (DP) das escalas funcionais da QVRS, em pacientes com CCR, que realizaram a ANT, EID ou EIT, em cada momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014	79
Tabela 10. Valores médios (DP) das escalas funcionais da QVRS, em pacientes com CCR, que realizaram ANT, EID ou EIT. Barretos (SP), 2012-2014.....	80
Tabela 11. Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas funcionais do EORTC QLQ-C30. Barretos (SP), 2012-2014	82
Tabela 12. Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas funcionais do EORTC QLQ-C38. Barretos (SP), 2012-2014	84
Tabela 13. Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas de sintomas do EORTC QLQ-C30. Barretos (SP), 2012-2014.....	88
Tabela 14. Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas de sintomas do EORTC QLQ-CR38. Barretos (SP), 2012-2014	94

Tabela 15. Coeficientes encontrados na análise de Modelagem de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis sexo, estado civil, depressão, ansiedade, acurácia, insatisfação, tipo de estoma e saúde global, em pacientes com CCR. Barretos (SP), 2012-2014	100
Tabela 16. Valores médios (DP) encontrados para as distorções cognitivas apresentadas em cada grupo (ANT, EID, EIT) e em cada momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014	101
Tabela 17. Coeficiente de Correlação de Spearman para as distorções cognitivas apresentadas para grupo em relação à acurácia, insatisfação, ansiedade, depressão e saúde global. Barretos (SP), 2012-2014.....	102
Tabela 18. Características sociodemográficas dos participantes da análise quali quantitativa (n=26). Barretos (SP), 2012-2015.....	103
Tabela 19. Categorias de frequência de palavras apresentadas pelos participantes no momento pré-operatório. Barretos (SP), 2012-2014.....	104
Tabela 20. Categorias e frequência de palavras apresentadas pelos participantes para o momento pós-operatório de três meses. Barretos (SP), 2012-2014.....	107
Tabela 21. Categorias e frequência de palavras apresentadas pelos participantes para o momento pós-operatório de quinze meses. Barretos (SP), 2012-2014.....	110

LISTA DE SIGLAS

ANT	Anastomose Primária
CCR	Câncer Colorretal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIF	Diferença Estimada
DP	Desvio Padrão
EFS	Escala de Figuras de Silhuetas
EID	Estomia Intestinal Definitiva
EIT	Estomia Intestinal Temporária
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NAP	Núcleo de Apoio ao Pesquisador
PO	Pós-operatório
Pré-Op	Pré-operatório
QoL	Quality of Life
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 Câncer Colorretal e Estomia Intestinal	29
1.2 Impacto psicológico acarretado pelo CCR e estomização	33
1.3 Imagem corporal de pacientes com CCR e estomias	38
1.4 Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)	41
1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental: aplicações na oncologia	44
1.6 Justificativa	47
 2 OBJETIVOS	 49
2.1 Objetivo Geral	49
2.2Objetivos Específicos	49
 3MATERIAIS E MÉTODO	 51
3.1 Delineamento metodológico da pesquisa	51
3.2 Casuística.....	51
3.3 Local.....	52
3.4 Instrumentos	54
3.4.1 Caracterização da amostra	54
3.4.2 Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)	54
3.4.3 Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS).....	55
3.4.4 Questionários para avaliação da QVRS desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)	56
3.4.5 Medida subjetiva de pensamentos e emoções	57
3.4.6 Roteiro de entrevista semiestruturada	59
3.5 Aspectos éticos	59
3.6 Procedimentos	60
3.7 Análise dos dados.....	63
3.7.1 Análise quantitativa	63
3.7.2 Análise qualitativa	64

4 RESULTADOS	66
4.1 Caracterização da amostra	66
4.2 Avaliação da imagem corporal	68
4.3 Avaliação dos sintomas de Ansiedade e Depressão	73
4.4 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).....	78
4.5 Modelo de Equações Estruturais	97
4.6 Avaliação das Distorções Cognitivas	100
4.7 Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada.....	103
4.7.1 Caracterização da amostra	103
4.7.2 Categorias de análise	104
 5 DISCUSSÃO	 114
5.1 Caracterização da amostra	114
5.2 Avaliação da imagem corporal	115
5.3 Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão	117
5.4 Avaliação da QVRS	118
5.5 Avaliação das Distorções Cognitivas, pensamentos, emoções, comportamentos e rede de suporte social.....	121
5.6 Modelo explicativo	124
 6 CONCLUSÃO.....	 126
 REFERÊNCIAS	 128
 ANEXOS	 150
Anexo A – Questionário de Dados sociodemográficos	151
Anexo B – Critério de Classificação Econômica Brasil	153
Anexo C – Ficha de Condições clínicas	155
Anexo D – Escala de Figuras de Silhuetas (EFS).....	157
Anexo E – Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral	159
Anexo F – EORTC QLQC-30 / EORTC QLQ CR38	161
Anexo G – Medida Subjetiva de Pensamentos e Emoções	166
Anexo H– Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	171
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	173

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer Colorretal e Estomia Intestinal

Câncer é um termo genérico para designar um grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. É caracterizado pelo crescimento desordenado de células, que surge por divisão inapropriada de uma célula mãe original (multiplicação clonal), na qual a expressão dos genes que regulam essa divisão está alterada, invadindo tecidos e órgãos (Brasil, 2009; WHO, 2002). Consiste em um grave problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, sendo, atualmente, um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade. Existem hoje cerca de 24,6 milhões de pessoas com esse diagnóstico no mundo e estima-se que, para o ano 2020, serão cerca de 30 milhões. No Brasil, estatísticas mostram que, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte, representando quase 17% dos óbitos por causa conhecida notificados em 2007 pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (Brasil, 2009).

O Câncer Colorretal (CCR) consiste mundialmente no terceiro tipo mais comum de neoplasia em homens (746 mil casos novos) e o segundo em mulheres (614 mil casos novos) de acordo com os registros realizados em 2012. Apesar da sua prevalência ser maior em regiões mais desenvolvidas (cerca de metade dos casos), considera-se que, com as mudanças no estilo de vida das pessoas, o padrão de incidência para essa patologia vem modificando-se. Locais em que a prevalência era baixa, como o Japão e demais nações asiáticas, têm demonstrado aumento para a incidência do CCR (Brasil, 2014).

No Brasil, as estimativas no ano de 2014 apontaram que, dentre os dez tipos de câncer mais incidentes, o CCR consistiu no segundo tipo mais frequente em mulheres, com 17.530 (6,4%) casos novos e o terceiro tipo mais frequente em homens, apresentando 15.070 (5%) casos novos, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (Brasil, 2014). Por região e sexo, tem-se que o CCR, para o sexo masculino, é o segundo mais frequente na região Sudeste (22,67/ 100 mil) e terceiro nas regiões Sul (20,43/ 100 mil) e Centro-Oeste (12,22/ 100 mil). Na região Norte (4,48/ 100 mil), ocupa a quarta posição e, na região Nordeste, (6,19/ 100 mil) a quinta. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sudeste

(24,56/ 100 mil) e Sul (21,85/ 100 mil), o terceiro nas regiões Centro-Oeste (14,82/100 mil) e Nordeste (7,81/ 100 mil), enquanto, na região Norte (5,30/ 100 mil), é o quarto mais frequente (sem considerar os tumores de pele não melanoma) (Brasil, 2014).

O CCR é uma doença prevenível (Habr-Gama,2005) e considerada de bom prognóstico, principalmente se for diagnosticada precocemente. Estima-se que o tempo médio de sobrevida após o diagnóstico é de cinco anos, variando de acordo com os recursos destinados ao tratamento (Inca, 2014). O tempo de sobrevida depende da detecção precoce e dos tratamentos dispendidos, sendo que a taxa de sobrevida em cinco anos pode chegar a 70% dos casos quando o paciente é atendido em centros especializados em cirurgia colorretal (Habr-Gama, 2005; American Cancer Society, 2011).

Os principais fatores de risco para o CCR são: idade acima de 50 anos, história pessoal pregressa de câncer ginecológico, de doenças inflamatórias intestinais e de condições hereditárias como Polipose Adenomatosa Familiar e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose, dieta com alto conteúdo de gordura, carne e baixo teor de cálcio, obesidade, sedentarismo, tabagismo e a ingestão prolongada e excessiva de bebidas alcoólicas. Os principais sintomas consistem em: sangramento nas fezes, dor abdominal, mudanças no hábito intestinal, anorexia, perda do peso, anemia e sangue oculto nas fezes (Brasil, 2009).

Quanto ao tratamento, considera-se que a cirurgia é o melhor método para a prevenção de complicações posteriores e é necessária em cerca de 80% dos pacientes com diagnóstico de CCR (Cammà, 2000; Sargent et al, 2001; Whistance et al, 2010). No procedimento cirúrgico com intenção curativa, retira-se parte do intestino afetado e os linfonodos próximos a essa região (Evangelista, 2008). Após a cirurgia podem ser associados à quimioterapia e/ou à radioterapia para reduzir a possibilidade de uma recidiva (Violin, Mathias, & Uchimura, 2008).

Em alguns casos pode ser realizada a cirurgia conservadora, denominada de anastomose primária colorretal, que tem por objetivo evitar a colocação do estoma, reduzindo assim as comorbidades associadas ao seu uso (Salom, & Penalver, 2003). Entretanto, o tratamento cirúrgico na maioria dos casos, implica na realização de uma estomia (Audisio, Filiberti, Geraghty, & Andreoni, 1997). As palavras “estomia”, “ostomia”, “estoma”, “ostoma”, são sinônimos oriundos do grego “*stóma*”, que significa boca ou abertura, sendo utilizadas na exteriorização cirúrgica de qualquer víscera oca através da pele (Santos, 2006). A literatura considera que a estomia teve sua criação em 300 a.C para o tratamento de traumas abdominais. Desde então, vem sendo aprimorada e aplicada para

diversas situações em que a exteriorização de um órgão faz-se necessária. A presença do estoma gera a dependência da bolsa coletora (Santos, 2005).

Apesar dos estomas intestinais serem os mais comuns existem vários tipos de estomas, tais como, traqueostomia (vias respiratórias), esofagostomia (aparelho digestivo), nefrostomia, ureterostomia, cistostomia e vesicostomia (sistema urinário) (Habr-Gam, & Araújo, 2005; Santos, 2006). As estomias intestinais são nomeadas de acordo com o segmento do intestino exteriorizado, podendo ser colostomias, ileostomias, jejunostomias, quando se refere ao cólon, íleo ou jejuno, respectivamente.

De acordo com o tempo de permanência, os estomas podem ser classificados em temporários (o indivíduo permanece com o estoma por determinado período de tempo, o qual pode ser de meses a anos) ou definitivo (o paciente permanece com o estoma enquanto ele viver). As principais indicações da estomia definitiva são as neoplasias (Santos e Cesareti, 2000). Nos casos de estomias temporárias, a morbimortalidade relacionada ao procedimento de fechamento dos estomas deve também ser considerada (Santos, Bezerra, Bezerra, & Paraguassú, 2007).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante aos cidadãos o direito à assistência à saúde de forma universal e gratuita (Brasil, 1988). A Portaria MS/GM nº 116 de 9 de setembro de 1993 (Ministério da Saúde, 1993) estabeleceu a inclusão no âmbito do SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia, bem como que a adaptação e treinamento do paciente devem ser realizados nos serviços públicos de atendimento em saúde. O Decreto Lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, passou a considerar a pessoa estomizada um deficiente físico, já que o procedimento cirúrgico para implantação desse dispositivo ocasiona na alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002 (Brasil, 2002) consistiu em outro marco para o atendimento de excelência às pessoas estomizadas, pois tem como objetivo principal proteger e reabilitar a pessoa com deficiência e contribuir com sua inclusão plena em todas as esferas da vida social

Ainda em benefício das pessoas estomizadas e visando atendimento humanizado, a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 (Brasil, 2009) estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, no âmbito do SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Dentre as diversas propostas estabelecidas por essas Diretrizes, consta a atuação do psicólogo como membro da equipe e as atividades realizadas contemplam o atendimento

individual, atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em saúde e de vida diária) e orientações à família, entre outras. Os avanços no atendimento humanizado às pessoas estomizadas continuam. A Lei nº 13.031, de 24 de setembro de 2014, sanciona a obrigatoriedade da colocação, de forma visível, do Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada em todos os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização por pessoas ostomizadas e em todos os serviços que forem postos à sua disposição ou que possibilitem o seu uso, principalmente no acesso aos banheiros públicos e privados.

Nesse sentido, Santos (2005) aborda que a pessoa com estomia, além de ter o impacto negativo em diversos aspectos de sua qualidade de vida, em decorrência do problema de saúde que ocasionou na confecção do estoma, o indivíduo também vivencia o processo de estigmatização perante a discriminação acarretada pela deficiência física, visto que a pessoa estomizada perde o controle esfinteriano, ou seja, o indivíduo não tem o controle voluntário da eliminação de fezes e eliminação de gases.

A epidemiologia do número de pessoas com estomias é escassa e limitada, pois a colocação de uma estomia não consiste em um diagnóstico, e sim em um procedimento para o tratamento de algum agravo de saúde (neoplasias, doenças inflamatórias intestinais, acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo e arma branca) (Sampaio, Aquino, Araújo, & Galvão, 2008). Entretanto, a *International Ostomy Association* faz uma projeção de que haja cerca de 1 pessoa estomizada para cada 1.000 habitantes em países com um bom nível de assistência médica. Considerando o censo de 2000, em que a população brasileira total era de 169.799.170 pessoas, estima-se que o número de estomizados no Brasil seja em torno de 170.000 (Santos, Bezerra, Bezerra, & Paraguassú, 2007).

A construção de um novo caminho para desvio do conteúdo fecal ou urinário para o meio externo constitui um procedimento invasivo, com impacto negativo à saúde física, psicológica, social e sexual da pessoa que necessita do estoma (Ang, Chen, Siah, Ele, & Klainin-Yobas, 2013; Altschuler, Ramirez, Grant, Wendel, Hornbrook, Herrinton et al, 2009). No aspecto físico, as principais complicações relacionadas aos estomas incluem a adaptação inadequada da placa de estomia (devido a má localização do estoma na parede abdominal), dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periestomal, hérnia periestomal, abscesso periestomal. Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos em estomas de alto débito e anemia, em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma (Santos et al, 2007).

No âmbito psicossocial, a pessoa estomizada sofre um impacto duplo, primeiramente, pelo estigma associado ao câncer, e segundo, pela discriminação, vergonha,

sensação de mutilação física ou insegurança por não ter o controle esfinteriano. Tais fatos podem favorecer a evitação de situações sociais por parte das pessoas estomizadas e, além do mais, contribuir para os prejuízos na QV (Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz, Oliveira, Mota et al, 2005; Sousa, 1999; Maruyama, & Zago, 2005; Michelone, & Santos, 2004; Gemelli, & Zago, 2002). A dinâmica familiar pode ficar alterada devido as mudanças no cotidiano e estilo de vida da pessoa estomizada e de seus familiares (Lucia, 2005; Souza, Montovani, & Lenard, 2001).

Adicionado a todos esses aspectos negativos relacionados ao estoma, o câncer continua sendo uma das doenças mais temidas e comumente associadas à morte eminente, sofrimento, punição e castigo (Gomes, Skaba, & Vieira, 2002; Rodrigues, Rosa, Moura, & Baptista, 2000), apesar do avanço na tecnologia e inúmeras possibilidades terapêuticas para o tratamento dessa patologia. Dessa forma, o processo de adaptação do indivíduo frente ao diagnóstico do câncer e, em especial, frente à necessidade da colocação do estoma intestinal, é gradativo, sendo que a transição e vivência de cada etapa referente ao tratamento auxilia no desenvolvimento de habilidades pessoais para o enfrentamento e resiliência (Meleis, 2010). Muitos pacientes atribuem significado positivo à estomização, visto que, em decorrência dessa possibilidade de tratamento, eles possuem chance de viver (Mota, & Gomes, 2013).

1.2. Impacto psicológico acarretado pelo CCR e estomização

Dadas as implicações físicas, emocionais, sociais e os estigmas decorrentes do tratamento oncológico, o momento do diagnóstico é usualmente acompanhado por perturbações emocionais (Trancas, Cardoso, Luengo, Viera, & Reis, 2010). O risco para depressão, ansiedade, transtornos sexuais e suicídio são aumentados em indivíduos com esse diagnóstico, sendo que estima-se que cerca de 10 a 40% dos pacientes oncológicos experienciam algum nível de desajustamento psicológico (Akechi et al, 2006; Zabora et al, 2001). Um estudo de metanálise encontrou como resultados que cerca de um terço dos pacientes com câncer sofrem com transtornos mentais (Singer, Das-Munshi, & Brahler, 2009).

Tanto a depressão gerada pela presença da doença de base quanto o próprio tratamento para o câncer podem levar a uma dificuldade de adaptação e enfrentamento do

indivíduo (Gaspar, 2011). Apesar de ser aceito que o câncer e a estomia interferem no ajustamento emocional dos indivíduos, Sales et al (2014) salientam a importância da realização de mais estudos prospectivos para confirmação das associações entre a doença e as alterações psicológicas desencadeadas por ela, visto que a maioria das pesquisas reportadas na literatura até o momento utilizam a metodologia transversal para coleta de dados, a qual fornece apenas informações pontuais, ficando prejudicadas as informações quanto à adaptação e às angústias enfrentadas pelos pacientes.

O tipo de câncer, o sexo e a gravidade da doença também são fatores que influenciam na sintomatologia da depressão e da ansiedade. Um estudo com 5139 indivíduos diagnosticados com algum tipo de câncer (gastrointestinal, pulmão, mama ou próstata), constatou que homens com câncer de pulmão são mais depressivos que os indivíduos diagnosticados com outros tipos de câncer, exceto o câncer de mama. Entretanto, considerando os mesmos pacientes com câncer de pulmão, os que foram diagnosticados precocemente apresentaram menores níveis de ansiedade e depressão quando comparados aos pacientes em doença avançada. Homens com câncer de próstata apresentaram os menores níveis de sintomas depressivos. Para a amostra geral, as mulheres são mais ansiosas e mais depressivas que os homens (Vodermaier, Linden, MacKenzie, Greig, & Marshall, 2011).

Falando especificamente do CCR, as alterações emocionais associadas a ele decorrem, em grande parte, devido as alterações na imagem corporal decorrentes dos efeitos colaterais dos tratamentos, as quais acarretam sentimentos negativos a respeito da aparência dos indivíduos (Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 2001; Whistance, 2010). Além disso, a vivência de um câncer e de uma estomia causam um duplo impacto na vida da pessoa, pois ao primeiro é atribuída a incerteza da cura e a possibilidade da morte eminente e, ao segundo, a deterioração da imagem, a vergonha e o medo da rejeição (Cascais, Martini, & Almeida, 2007). Devido a essas questões, a pessoa pode rejeitar a existência do estoma, tornando-se inseguro, dependente e deprimido, o que dificulta o autocuidado, a recuperação e a reabilitação do estomizado (Cesaretti, Santos, Filippin, & Lima, 2000; Maruyama, 2004; Silva, & Shimizu, 2006).

Os resultados de um estudo sugerem que a depressão atinge cerca de 13% a 25% dos pacientes acometidos com câncer de cólon (Graner, Cezar, & Teng, 2008). Quanto à ansiedade, esta pode surgir até mesmo antes do diagnóstico e interferir nos sucesso de programas de prevenção (Carvalho, 2008). Tsunoda et al (2008) identificou em seu estudo realizado com 129 pacientes com CCR uma prevalência ainda maior de depressão, que

chegou a 36%, inferindo ainda que a depressão apresenta forte impacto na QV desses pacientes.

Considerando todo o impacto e superposição dos sintomas que um câncer acarreta aos indivíduos, o diagnóstico e tratamento da depressão devem ser abordados com cautela pelos profissionais da saúde, para que a gravidade e duração dos sintomas possam ser manejados com uma conduta terapêutica adequada, levando-se em consideração o processo de adaptação para o indivíduo, que pode ser lento e gradativo, bem como as interações com os demais tratamentos aos quais o paciente já é submetido (Duarte, & Rodicz, 2013). O profissional deve ter o preparo para o atendimento dos pacientes oncológicos e entender que as reações emocionais do indivíduo perante esse diagnóstico são variadas, sendo que, normalmente, o ajustamento emocional do paciente oncológico dá-se de forma gradativa e nota-se a presença de fases emocionais ao longo do processo de enfrentamento, tais como negação, ira, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 1998; Paula, Takahashi, & Paula, 2009).

Vários estudos associam a realização da estomia intestinal com a piora na autoimagem, na avaliação da imagem corporal e na sexualidade, sendo que os pacientes com estomas definitivos apresentam maiores dificuldades a serem enfrentadas ao longo do tratamento (Silva et al, 2008; Krouse et al, 2007; Borweil, 1997; Sprangers, Taal, Aaronson, & te Velde, 1995; Ofman, & Auchincloss, 1992; Hojo, Vernava, Sugihara, & Katumata, 1991; Thomas, Madden, & Jehu, 1987; Grunberg, 1986; Hurny, & Holland, 1985; Manderson, 2005). Em contrapartida, o ajustamento psicossocial em pacientes com estomia definitiva correlaciona-se positivamente com a QV (Simmons, Smith, & Maekawa, 2009).

Ocorrem ainda mudanças na vida sexual da pessoa, resultantes das alterações da imagem do corpo e a diminuição da autoestima, bem como de preocupações relacionadas com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual (Boccaro de Paula, 2008; Park & Kim, 2009). A sexualidade dos indivíduos em tratamento para o CCR é afetada também pelas questões físicas inerentes ao tratamento, tais como redução ou perda da libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção e alteração na ejaculação nos homens; falta ou diminuição da lubrificação vaginal e dores no intercurso sexual para as mulheres (Souza, Oliveira, & Ginani, 1997; Sprangers, Taal, Aaronson, & te Velde, 1995).

Há também modificações quanto às atividades de lazer e recreação. As razões para tais restrições associam-se com a insegurança derivada da qualidade dos dispositivos, problemas físicos, dificuldades em higienizar a bolsa, vergonha e medo de problemas gastrintestinais (Bechara et al, 2005).

Quanto à idade dos pacientes, estudos consideram que, apesar dos idosos relatarem menos sintomas de ansiedade e depressão após o tratamento de câncer, as avaliações psicológicas para esses sintomas demonstraram níveis piores quando comparados aos idosos que não tiveram câncer (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 2002; Robb et al, 2007; Hewitt, Rowland, Hewit, & Rowland, 2002; Mullens, McCaul, Erickson, & Sandgren, 2004).

Estudos indicam que o estado emocional do paciente pode afetar sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o seu prognóstico, já que o caráter histórico-cultural da palavra “câncer” pode acarretar comportamentos de evitação, dificultando ou impedindo a adesão a ações de prevenção (Carvalho, 2008). Além disso, as intervenções são dificultadas pela presença de transtornos mentais como, por exemplo, nos casos de pacientes em estados depressivos tenderem a seguir de forma inadequada as orientações médicas e assimilarem de forma parcial o que está sendo orientado (Costa Jr., 2005).

Estratégias psicossociais podem ser utilizadas como forma de minimização de tais transtornos de humor associados ao diagnóstico de câncer. Essas estratégias incluem: oferecimento de informações acerca da doença e dos procedimentos aos quais o paciente será submetido (Carvalho, 2008; Cezaretti, Santos, Filippin, & Lima, 2000); manejo da dor, pois esta pode prejudicar a compreensão do momento presente, afetando, conseqüentemente, seus projetos para o futuro; grupos educativos; manejo do estresse e desenvolvimento de formas de enfrentamento da doença; oferecimento de apoio psicoterapêutico; aprimoramento da comunicação interpessoal; busca de novos significados para o processo de viver (Di Lione, 2008) e o desenvolvimento da religiosidade, da espiritualidade e do sentimento de esperança (Elliot, & Olver, 2002; Grant, Wendel, Rawl, Schimidt, Ko, & Krouse, 2009).

Além das estratégias citadas acima, o suporte social de amigos, familiares, cônjuges e grupos de apoio consiste em um importante fator de proteção ao ajustamento psicossocial dos pacientes com CCR que necessitam da estomia intestinal (Bergamasco, & Angelo, 2001; Chaves, & Gorini, 2011; Mota et al 2015, Silva, & Shimizu, 2007; Altschuler et al 2009; Piwonka, & Merino, 1999; Mota, Gomes, Petuco, Heck, Barros, & Gomes, 2015). Segundo Simpson, Carlson, C. Beck e Patten (2002), o manejo dos sintomas depressivos e ansiosos em pacientes oncológicos sofre influência do suporte familiar e da equipe profissional

Um estudo qualitativo, com 30 mulheres sobreviventes de CCR com pelo menos cinco anos de diagnóstico, obteve como resultados que as mulheres cujos parceiros não ofereceram apoio emocional durante o tratamento tiveram impacto negativo na adaptação à estomia e na sua qualidade de vida global. Os autores enfatizaram a necessidade de

aconselhamentos aos cônjuges sobre o impacto do suporte social, ainda no momento pré-operatório (Altschuler et al, 2009).

Ressalta-se que a maneira como o indivíduo vivencia suas relações sociais e familiares no período antes da cirurgia também deve ser analisada, visto que, se o indivíduo mantinha relacionamentos positivos anteriores à colocação do estoma, provavelmente esse suporte se manterá ao longo do tratamento, apesar das dificuldades. Porém, se tais relações já eram conflituosas antes da operação, a angústia e a insegurança ao longo do tratamento podem aumentar (Schover, 1988).

Ocorrem também diferenças de gênero quanto aos cuidadores informais. Os pacientes do sexo masculino normalmente recebem apoio dos cônjuges. Já as mulheres em tratamento oncológico, por sua vez, recebem, na maioria das vezes, suporte dos filhos, vizinhos, parentes ou amigas (Hogan, 1991). Isso constitui um fator cultural, que deve ser observado pelos profissionais da saúde no momento das orientações pré e pós-operatórias.

Ressalta-se que, como acima exposto, a influência positiva do suporte familiar é fundamental para o bom ajustamento emocional do paciente estomizado. Deve ser observado, porém, que foi constatado por um estudo que esposas de pacientes que se submetaram a esse procedimento apresentaram maior nível de sintomas depressivos que as esposas de pacientes sem estomias (Danielsen, & Burcharth, 2013) sugerindo, assim, a importância da atenção, por parte dos profissionais da saúde, tanto aos pacientes quanto aos seus familiares.

Nesse sentido, a ramificação da Psicologia denominada de Psicooncologia tem como objetivo propor protocolos de prevenção ou tratamento individualizados, de forma a favorecer a recuperação do paciente acometido por algum tipo de câncer. As intervenções psicológicas proporcionam melhora dos sintomas emocionais e da qualidade de vida de pacientes, familiares e profissionais envolvidos no tratamento (Costa Jr., 2005). As intervenções incluem psicoeducação, terapia familiar, manejo do estresse, grupos de apoio e terapia individual (Raingruber, 2011). Independente da técnica ou abordagem psicológica adotada, todas as intervenções têm como finalidade minimizar o estresse, a ansiedade e a depressão, melhorar a qualidade de vida e prestar apoio a doentes com câncer durante todo o tratamento, desde o diagnóstico até o período de seguimento (Penedo et al, 2007).

1.3 Imagem corporal de pacientes com CCR e estomias

A imagem corporal consiste em um importante componente para a boa avaliação da QV em pacientes oncológicos (DeFrank et al, 2007; Hopwood et al, 2001). O conceito de imagem corporal, sob a ótica da abordagem cognitivo-comportamental, refere-se a um constructo multidimensional que envolve crenças, percepções, representações, sentimentos, atitudes e comportamentos perante o próprio corpo. A construção da imagem corporal é dinâmica e é fortemente influenciada pelos estados emocionais, padrões socioculturais e pela maneira como cada pessoa compreende o ambiente à sua volta e se inter-relaciona com os outros indivíduos (Cash, 2011; Gardner, & Brown, 2010; Kakeshita, 2008; Banfield, & McCabe, 2002).

Segundo Shilder (1994), a imagem corporal é a figura do corpo humano que cada pessoa forma em sua mente, relacionando-se com o modo como o corpo se representa para o indivíduo. A imagem corporal reflete suas atitudes, emoções e as relações com o meio, não sendo meramente a projeção perceptiva da representação do corpo. Considerando que as emoções influenciam na construção da imagem corporal, sugere-se que alterações no modo como o indivíduo se vê acarretam maior fragilidade emocional dos indivíduos (Kakeshita, & Almeida, 2006).

A imagem corporal pode ser compreendida por meio das seguintes dimensões: perceptual (refere-se à estimativa do tamanho e da aparência corporal); cognitiva (refere-se aos pensamentos e convicções do indivíduo acerca do seu próprio corpo); afetiva (sentimentos e emoções relacionados ao corpo); e comportamental (situações evitadas pelo indivíduo em função do desconforto associado à aparência) (Banfield, & McCabe, 2002).

Para a avaliação da imagem corporal, faz-se necessário distinguir qual dimensão entre as descritas acima deseja-se mensurar e, por consequência, efetuar a seleção adequada do instrumento de acordo com seus objetivos, população alvo e propriedades psicométricas. Os estudos realizados no Brasil, em sua maioria, priorizam a avaliação da satisfação da imagem corporal em detrimento das dimensões perceptuais e cognitivas (Laus, Kakeshita, Costa, Ferreira, Fortes, & Almeida, 2014). Nesse contexto, ressalta-se que a insatisfação do corpo é resultado da discrepância entre a percepção do indivíduo e o seu desejo em relação a um determinado tamanho ou forma corporal (Almeida, Santos, Pasian, & Loureiro, 2005), ou seja, é consequência da avaliação subjetiva que cada um faz acerca do seu corpo (Grabe, & Hyde, 2006).

A imagem corporal construída histórica e socialmente está relacionada à juventude, beleza, vigor, integridade e saúde, sendo que, nas situações nas quais os indivíduos não correspondem a esse padrão de beleza corporal, essas pessoas podem experimentar significativo senso de rejeição (Almeida, Loureiro, & Santos, 2002; Cheng, 2006). Neste sentido, é consenso que o tratamento para o CCR acarreta diversas modificações corporais no paciente (perda de cabelo, cicatrizes, emagrecimento, inchaço, dentre outras) (Whistance et al, 2010). Tais mudanças corporais envolvem a adaptação à estomia proveniente do tratamento cirúrgico, recomendado na maioria dos casos (Hopwood et al, 2001, Camilleri-Brennan, & Steele, 2002). Estudos indicaram que pacientes estomizados apresentam algum grau de alteração da imagem corporal, independente do nível de ansiedade, depressão ou estresse (Sharpe, Patel, & Clarke, 2011; Bullen et al, 2012).

A perda do controle esfinteriano e a necessidade da utilização do dispositivo coletor (bolsa de estomia) altera a imagem corporal do indivíduo, influenciando assim sua autoimagem e autoestima, comprometendo, consequentemente, suas relações sociais, laborais, familiares, atividades de lazer e satisfação sexual (Sprangers, Taal, Aaronson, & te Velde, 1995). Em alguns casos, esse processo pode levar ao isolamento psicológico e social, presença de sentimentos negativos, como ansiedade e rejeição de si próprio (Boccardo, Nogueira, Santos, Miyadahira, & Santos, 1995; Souza, Montovani, & Lenard, 2001; Oliveira, & Nakano, 2001; Pereira, 2006; Cascais, Martini, & Almeida, 2007; Gemelli, & Zago, 2002; Sales, Violin, Waidman, Marcon, & Silva, 2010). Mudanças na rotina diária, inclusive com restrições ao modo de se vestir ou a locais em que o indivíduo costumava frequentar, também causam impacto no ajustamento psicossocial do paciente estomizado (Krouse et al, 2007; Sun et al, 2013).

Segundo Santos e Sawaia (2000), a colocação de um estoma representa um conjunto de violações e perdas, pois envolve perda do controle esfinteriano, da autoimagem, da confiança, da independência, da dignidade e dos papéis construídos socialmente. A violação da imagem corporal também é manifestada na modificação do vestuário, já que muitos pacientes optam por roupas que não evidenciem a bolsa coletora. As mulheres tendem a apresentar maiores alterações na imagem corporal, devido a maior vulnerabilidade aos sentimentos de vergonha perante a estomia (Nicolussi, & Sawada, 2009).

Foi observado por Cheng, Meng, Yang e Zhang (2013) em um estudo conduzido com 54 chineses com estomia definitiva devido CCR, que o grau de conhecimento sobre o estoma e o adequado autocuidado relacionam-se com o melhor ajustamento psicossocial. Para tanto, os autores recomendam que os profissionais da saúde devem assegurar a

compreensão dos pacientes em relação às medidas de autocuidado antes da alta hospitalar, no pós-operatório imediato. As informações sobre o estoma incluem dieta, atividades de limpeza, cuidados com a pele peristomal e demais informações associadas à vida cotidiana. Danielsen, Burchart, & Rosenberg (2013) também sugerem que o grau de conhecimento do paciente relaciona-se com a auto eficácia do paciente estomizado e melhor QV.

As alterações na imagem corporal acarretadas pela confecção do estoma também causam impacto na sexualidade do indivíduo, visto que o corpo tem sua integridade e autonomia diminuídos (Silva et al, 2008, Neuman et al, 2011). A insatisfação com o corpo e a sensação de perda de autonomia favorecem o surgimento de baixa autoestima e sentimentos de autoexclusão (Silva, & Shimizu, 2007; Cesaretti, & Leite 2000).

Existem diferentes métodos para avaliação da imagem corporal, dentre eles desenhos, escalas e questionários (Almeida, Loureiro, & Santos, 2002). A Escala de Silhuetas para Adultos (EFS) (Kakeshita, 2008) avalia a discrepância entre a percepção da forma corporal e o peso corporal atual daquele que a pessoa desejaria ter. É considerado um método eficaz para a mensuração do componente perceptivo e atitudinal da imagem corporal (Laus et al, 2014). Essa escala compreende uma série de figuras de corpos de ambos os gêneros que variam desde a mais magra até a mais obesa. Cada participante é solicitado a escolher a figura que melhor o representa no momento e aquela que gostaria de ter. A partir do cálculo das diferenças entre as figuras selecionadas é avaliada a inacurácia da percepção corporal e a satisfação com a própria imagem (Kakeshita, Silva, Zanatta, & Almeida, 2009; Gardner, & Brown, 2010).

A inacurácia da imagem corporal ocorre quando o indivíduo subestima ou superestima seu tamanho corporal ou partes do seu corpo, enquanto que a insatisfação corporal se refere a uma alteração cognitivo-afetiva que interfere negativamente nas emoções do indivíduo diante da própria imagem, acarretando em desvalorização da aparência física (Almeida et al, 2005).

Considera-se que existe uma ambiguidade em relação à aceitação da estomia intestinal, visto que, apesar dela ser o meio pelo qual o indivíduo terá uma sobrevida maior após os tratamentos de saúde, ele atribui um significado negativo à estomia, por ter que depender dos cuidados de outras pessoas, mesmo que temporariamente. Uma nova aprendizagem é necessária, especialmente referente ao autocuidado (Farias, Gomes, & Zapzas, 2006). Assim, a identificação das alterações da imagem corporal nos indivíduos estomizados possibilita a utilização de intervenções específicas e mais eficazes. Sob os pressupostos da TCC, considerando que a imagem corporal é construída de forma dinâmica,

a partir das experiências dos indivíduos e da sua maneira de pensar, sentir e agir, enfatiza-se que a reestruturação de distorções cognitivas acerca da imagem corporal contribuem para o melhor ajustamento psicológico e comportamental do paciente (Campana, & Tavares, 2009).

1.4 Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Qualidade de Vida (QV) é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada do grau de satisfação global na vida, incluindo a boa saúde, vida familiar, amorosa, social e ambiental. Consiste na capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto, bem estar e felicidade. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Sendo assim, este constructo é subjetivo, pois depende das experiências prévias de cada indivíduo, bem como dos valores e cultura; multidimensional, pois deve ser analisada em seus diversos domínios, tais como: físico, emocional, cognitivo, funcional e social; bipolar, à medida que inclui elementos de avaliação positivos e negativos (bom ou ruim) (Cella, 1994; Fleck et al, 1999; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

Apesar de não haver consenso universal na literatura quanto à definição do conceito de QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considera como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1997). Na área da saúde, o conceito Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) se diferencia do conceito geral de QV por enfatizar diretamente o estado de saúde percebido, tendo como foco a dualidade saúde/doença, o impacto dos sintomas no cotidiano do indivíduo, aspectos psicológicos, sociais, familiares, laborais e econômicos (Cella, 1994; Seidl, & Zannon, 2004, Pimentel, 2006). Cella e Tulsky (1993) definem QVRS como a “apreciação e a satisfação do paciente com o seu nível atual de funcionamento, comparado com o percebido como possível ou ideal”.

Assim como o conceito geral de QV, a QVRS também deve ser compreendida em sua multidimensionalidade, tendo-se como as principais dimensões a serem analisadas o bem estar físico e atividades cotidianas, bem estar psicológico, relações sociais e sintomas

(Pimentel, 2006; Mastropietro, Oliveira, Voltarelli, & Santos, 2007; Cella 1994; Osoba, 1994). A QVRS também consiste em um conceito subjetivo, visto que o significado e o impacto do adoecimento e do tratamento depende de cada pessoa (Cella, 1994; Osoba, 1994).

Pesquisas sobre QVRS têm como objetivo a conscientização crescente por parte dos profissionais de saúde em relação à importância da qualidade do tempo que se vive, em detrimento da sua quantidade, não sendo suficiente curar a doença ou prorrogar a morte (Cotrim, & Pereira, 2008). Fleck et al (1999) assinalaram que a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

A avaliação da QV pode ser efetuada por métodos qualitativos ou quantitativos. Existem diversos instrumentos para avaliação da QV, dentre eles instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são válidos para a mensuração desse constructo na população em geral, tanto indivíduos saudáveis quanto doentes. Não são direcionados para aplicação em subgrupos, como de acordo com dados demográficos (como idade), ou para pessoas com certa doença, como fazem os instrumentos específicos (Pimentel, 2006).

Na área da oncologia, um dos instrumentos mais utilizados é o *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30 (Garratt, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick, 2002; Aaronson, 1993; Osoba, 1994; Nicolussi, 2008; Zandonai, Cardozo, Nieto, & Sawada, 2010).

Sugere-se que para cada tipo de câncer seja aplicado o módulo específico concomitantemente ao instrumento EORTC QLQ-C30, visto que estes oferecem informações complementares para a melhor compreensão da QV do indivíduo (Nicolussi, 2008). Para o CCR, o módulo específico é o QLQ-CR38, que avalia as preocupações dos pacientes com CCR acerca dos domínios funcionais, sintomas e efeitos colaterais do tratamento em pessoas com e sem o estoma (Sprangers, te Velde, & Aaronson, 1999). Vários estudos aplicaram o EORTC QLQ-C30 seguido pelo EORTC QLQ-C38 (Provencher et al, 2010; Uwer et al, 2011; Wilson, Alexander, & Kind, 2006; França Neto, Queiroz, Stainob, & Lacerda Filho, 2013; Pugliese et al, 2006; Velenik, Oblak, & Anderluh, 2008; Allal, 2000; Ross et al, 2007; Bjordal et al, 2000; Souza, 2003; Groenvold, Klee, Sprangers, & Aaronson 1997; Braun et al, 2011; Oliveira, 2010).

Em se tratando de CCR, a observação da QVRS dos pacientes é um recurso valioso

que permite detectar a eficiência dos cuidados prestados pela equipe de saúde desde o momento do diagnóstico (Cotrim, & Pereira, 2007). A mensuração da QV permite dimensionar os resultados do tratamento sob a perspectiva do paciente e, assim, manejar os efeitos colaterais advindos do tratamento oncológico, de acordo com os prejuízos acarretados por ela para cada indivíduo (Sawada, 2002; Guyatt et al, 2007).

Um estudo comparou os domínios de qualidade de vida em três grupos: pacientes com CCR sem estomia; pacientes com CCR com colostomia e pessoas saudáveis (sem diagnóstico de câncer). Como resultados, os autores encontraram que o grupo de pessoas saudáveis apresentou melhores escores na avaliação do funcionamento físico, cognitivo e social quando comparado com pacientes com CCR sem estomia. O grupo de pessoas com câncer, mas sem colostomia, relatou menos sintomas de diarreia e constipação que o grupo com colostomia. Além disso, as pessoas colostomizadas apresentaram pior funcionamento emocional e piores escores no domínio referente à imagem corporal que o grupo sem colostomia (Trninić et al, 2009). Outros estudos indicam que a QVRS de pessoas estomizadas tende a ser pior do que daquelas não estomizadas (Nugent, Daniels, & Stewart, 1999; Sangers, Taal, & Aaronson, 1995; Engel, Kerr, & Schlesinger-Raab, 2003, Michelone, & Santos, 2004).

Assim, considera-se que a presença de um estoma pode resultar em uma morbidade psicológica, contribuindo para diminuição/deterioração da QVRS do paciente e seus familiares (Cotrim, & Pereira, 2008; Di Fabio et al, 2008). O estomizado tende a se sentir estigmatizado por julgar-se diferente, ou seja, por não apresentar as características e os atributos considerados normais pela sociedade (Silva, & Shimizu, 2007). Resultados de um estudo conduzido com o objetivo de verificar a QVRS em pacientes com CCR indicaram prejuízos na avaliação dos participantes, sendo que as mulheres apresentaram qualidade de vida significativamente pior quando comparadas com os homens, relatando mais problemas emocionais e cognitivos e apresentando mais sintomas, como por exemplo, dor (Nicolussi, & Sawada, 2009).

Plata e Majewski (2008) avaliaram pacientes com CCR três e seis meses após a cirurgia. Por meio do EORTC QLQ-C30 foi identificado que a QVRS dos pacientes melhora com o passar do tempo, permanecendo, porém, comprometidas as esferas social, privada e financeira. Entretanto, resultados divergentes foram encontrados por Aronovitch, Sharp e Harduar-Morano (2010), que em uma amostra de indivíduos norte-americanos encontrou, por meio da aplicação do *Ostomy Quality of Life Questionnaire*, que não houve prejuízos significativos na QV desses pacientes, apesar da presença do estoma.

A convivência com o estoma, reversível ou não, frequentemente causa transtornos que exigem da pessoa estomizada a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades do dia-a-dia, incluindo o aprendizado das ações de autocuidado do estoma (Cunha, & Rúmen, 2008). Nesse sentido, estudos apontam a necessidade de intervenções interdisciplinares para o alcance da reabilitação e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas estomizadas (Cesaretti et al, 2000). O psicólogo, neste contexto, utiliza técnicas que contribuem para a motivação e adesão ao seu tratamento (Costa Jr, 2005).

1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental: aplicações na oncologia

O diagnóstico de câncer está historicamente associado a uma doença incurável e à sentença de morte. Existe a estigmatização, tanto da doença como do tratamento, o que contribui para que a maioria das pessoas tenham medo do diagnóstico e passem por dificuldades no enfrentamento. Esta concepção negativa da doença acarreta emoções negativas aos pacientes e familiares (Silva, 2005). O aparecimento de comorbidades psicológicas podem ser agravadas em decorrência dos pensamentos negativos e distorcidos do indivíduo acometido por algum tipo câncer (Lopes, 2008). Segundo Jacobsen (2008), o acompanhamento psicossocial do paciente oncológico leva a melhorias na QV dos indivíduos, diminuindo assim o mal-estar causado pelo diagnóstico, os sintomas e os efeitos colaterais do tratamento.

Um dos princípios fundamentais da Terapia Cognitivo-Comportamental(TCC) consiste em pressupor que “a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará na maneira como eles se sentem e se comportam” (Knapp, & Beck, 2008, p. 57). Segundo Beck (1976), os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da sua vida e, com base nessas atribuições, constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade.

É aplicada na área da saúde em diversos contextos, desde a prevenção até a reabilitação. Na área oncológica, têm extrema relevância a reestruturação cognitiva e as mudanças comportamentais que facilitam a adesão ao tratamento, visto que o diagnóstico de câncer comumente associa-se à estigmatização, a emoções negativas e a comportamentos desadaptativos, conforme mencionados anteriormente (Beck, 1976; Beck, & Freeman, 1993).

O conceito de distorção cognitiva é utilizado em TCC para referir-se a alguns erros típicos de pensamentos, que podem acarretar em crenças e comportamentos desadaptados (Beck, 1997). As distorções cognitivas interferem negativamente na maneira de interpretação da realidade. Assim, perante o diagnóstico de câncer, as distorções cognitivas podem influenciar negativamente na forma como o paciente experiêcia o tratamento e, por consequência, favorecer a presença de transtornos psicológicos. São exemplos de distorções cognitivas: catastrofização, abstração seletiva, adivinhação, personalização, leitura mental. Usualmente as distorções se sobrepõem umas às outras e o indivíduo pode utilizar mais de uma distorção para a mesma situação (Knapp, 2004). O processo terapêutico promove o reconhecimento e a reestruturação de tais distorções e, para isso, torna-se fundamental a conceituação cognitiva, por meio da qual os níveis da organização cognitiva (pensamentos automáticos; esquemas ou crenças nucleares; crenças intermediárias) serão explorados (Beck, 2005).

A TCC foca os problemas apresentados no momento presente pelo cliente, objetivando a instrumentalização de novas estratégias para que o mesmo atue no ambiente de forma a promover as mudanças necessárias (Bahls, & Navolar, 2004). São utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testar esses pensamentos e substituir as distorções cognitivas e técnicas comportamentais, que são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão (Beck, 2005).

A aplicação da TCC em pacientes com doenças crônicas pode contribuir para a adesão ao tratamento, o enfrentamento emocional, a adaptação à nova situação e a prevenção de comportamentos de risco à saúde (Taylor, 2005). Consiste em uma das principais abordagens psicológicas adotadas nas intervenções destinadas aos pacientes oncológicos (Alter et al, 1996; Anderson et al, 2010; Hoon, Sally, & Hong-Gu, 2013; Jefford et al, 2011).

Deep, Leal e Patrão (2014) realizaram um estudo com 70 pacientes oncológicos. No grupo experimental, os participantes receberam intervenção cognitivo-comportamental em gestão do estresse (n=35) e no grupo controle (n=35), os pacientes não receberam intervenção. Como resultados, os autores encontraram que houve significativa diminuição da ansiedade, estresse e depressão após as intervenções, sendo que no grupo controle houve aumento desses parâmetros ($p < 0,001$). As intervenções consistiram em relaxamento muscular, reestruturação cognitiva e treino de estratégias de enfrentamento.

Ainda a respeito da técnica de relaxamento muscular progressivo, Lopes (2008)

realizou um estudo com 30 mulheres, com diferentes tipos de câncer e estadiamentos. Como resultados encontrou que a amostra passou a apresentar escores leves de desesperança, avaliados pela Escala de Desesperança de Beck.

Um estudo realizado com pacientes do sexo feminino, sendo oito mulheres diagnosticadas com câncer de mama e duas com câncer de útero, encontrou como resultados que os pensamentos automáticos mais comuns nessas mulheres foram catastrofização e adivinhação, sendo que, ao serem diagnosticadas, os pensamentos automáticos estiveram de imediato associados ao medo da morte, desconsiderando os dados de realidade associados à possibilidade de cura e estágio de evolução da doença (Silva, Aquino, & Santos, 2008). McKiernan, Steggles, Guerin e Carr (2011) encontraram como resultados melhorias nas estratégias de *coping* utilizadas por mulheres irlandesas com câncer de mama (n=69), após semelhantes na intervenção grupal com TCC.

Penedo et al (2007) desenvolveram um programa de dez semanas para o manejo do estresse. Participaram do estudo 71 pacientes de origem latina, submetidos a tratamento para câncer de próstata na Flórida (EUA). Foram aplicadas as seguintes técnicas da TCC: identificação de distorções cognitivas, busca de suporte social, manejo da raiva, reestruturação cognitiva, treino de assertividade e relaxamento. Como resultados, os autores encontraram que houve melhora significativa na QV, no bem estar físico, emocional e funcionamento sexual comparando as medidas pré e pós intervenção. Após as devidas adaptações culturais, o programa foi aplicado em pacientes de origem latina, e foram encontrados os mesmos resultados positivos.

Outro programa de intervenção breve, embasado na TCC, realizou nove sessões individuais em pacientes oncológicos. Foram utilizadas técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, parada de pensamento e identificação de erros cognitivos), manejo do sono, treino para resolução de problemas, relaxamento e exercícios físicos. Os resultados indicaram melhora nos sintomas depressivos, ansiosos e na QV (Hopko et al, 2008).

Um estudo que analisou o discurso de quinze indivíduos portadores de estomia intestinal encontrou como resultado a importância do diálogo como forma de cuidado. Os pacientes exprimiram o desejo de serem compreendidos em sua situação e compartilhar seus pensamentos com outras pessoas (Sales et al, 2010).

Neste sentido, sugere-se que a intervenção psicológica é apropriada para a compreensão e intervenção de variáveis psicossociais associadas ao ajustamento psicológico em pacientes submetidos ao tratamento de câncer, em especial, aos pacientes que necessitam

algum tipo de estomia. Este estudo utiliza o referencial teórico proveniente da TCC para análise e discussão dos resultados.

1.6 Justificativa

Devido ao crescimento da incidência do CCR e ao fato do principal tratamento para este tipo de câncer consistir na realização de cirurgias geradoras de estomas, este estudo apresenta importante relevância assistencial e acadêmica. Na área acadêmica ressalta-se que poucos estudos nacionais desenvolveram investigações longitudinais por um tempo superior a um ano relacionando o impacto psicossocial da estomia em pacientes com CCR. O delineamento longitudinal deste estudo fornecerá melhor compreensão de como se dá o processo de adaptação desses pacientes, identificando diferenças emocionais e comportamentais entre aqueles que permanecem com o estoma, aqueles que não necessitam do dispositivo ou, ainda, os que permanecem com o estoma por um período provisório.

Enfatiza-se também que a maioria das referências encontradas durante a revisão bibliográfica foram desenvolvidas por profissionais da área da Enfermagem e publicadas em revistas da Enfermagem ou Medicina, demonstrando, assim, que os conhecimentos advindos da Psicologia enquanto ciência podem ser mais explorados para essa demanda, visto que a melhor compreensão do impacto da estomia no que se refere à imagem corporal, QV, sintomas de ansiedade e depressão, bem como cognições, emoções e comportamentos poderão aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos a esses pacientes e contribuir para o melhor preparo dos profissionais de saúde no atendimento dos pacientes com CCR.

Sendo assim, este estudo possibilitará aos profissionais de saúde conhecerem diferenças de atitudes e comportamentos em subgrupos de pacientes estomizados, contribuindo para o melhor planejamento dos recursos terapêuticos e elaboração de estratégias direcionadas a essa população, amenizando as consequências negativas acarretadas pelo diagnóstico e tratamento do CCR e, com isso, promover melhor adaptação psicossocial à nova condição corporal acarretada pela estomia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a presença de alterações na imagem corporal, sintomas ansiosos e depressivos, QVRS e o processo de adaptação ao estoma em pacientes com CCR submetidos ao tratamento cirúrgico.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os aspectos referentes à imagem corporal (satisfação e acurácia), por meio da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS), em cada grupo de pacientes com CCR, distribuídos de acordo com o procedimento cirúrgico (Estomia Intestinal Definitiva - EID, Estomia Intestinal Temporária - EITou Anastomose Primária - ANT) e momento da avaliação (pré-operatório, três, seis e quinze meses de pós-operatório);
- Analisar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão, por meio da Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS), em cada grupo de pacientes com CCR, distribuídos de acordo com o procedimento cirúrgico e momento da avaliação;
- Avaliar os domínios da QVRS, por meio do EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ CR-38, em cada grupo de pacientes com CCR, distribuídos de acordo com o procedimento cirúrgico e momento da avaliação;
- Estruturar o modelo explicativo da relação entre as variáveis estudadas, por meio da Modelagem de Equações Estruturais;
- Obter dados qualitativos acerca do processo de adaptação ao estoma, em relação aos componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e sociais, dos pacientes com EID, EIT e ANT;
- Obter informações psicossociais e demográficas que auxiliam as intervenções psicológicas direcionadas aos pacientes com CCR.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Delineamento metodológico da pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, longitudinal e de abordagem quantitativa-qualitativa.

O delineamento longitudinal do estudo propôs os seguintes momentos de avaliação dos participantes:

1º momento: pré-operatório (véspera da realização do procedimento cirúrgico para o tratamento do CCR);

2º momento: pós-operatório (PO) de três meses (mínimo dois meses e máximo quatro meses após a cirurgia);

3º momento: pós-operatório de seis meses (mínimo cinco meses e máximo sete meses após a cirurgia);

4º momento: pós-operatório de quinze meses (mínimo quatorze meses e máximo dezesseis meses após a cirurgia).

Ressalta-se que, para cada momento, foi tolerado um intervalo de um mês para menos ou para mais, conforme o exposto acima.

A combinação das estratégias quantitativas e qualitativas fornecem um quadro mais aprofundado da questão em estudo, visto que os instrumentos de abordagem quantitativa trazem à luz a inferência dos dados observáveis, a partir das análises estatísticas, enquanto que a segunda traz subsídios para a compreensão dos fenômenos a partir da percepção dos indivíduos participantes do estudo (Minayo, & Sanches, 1993).

3.2 Casuística

A amostra foi do tipo intencional ou de conveniência (não-probabilística), constando das pessoas que seriam submetidas a tratamento cirúrgico para o CCR que tinham a possibilidade de ficar com um estoma no PO durante o período estipulado para a coleta de

dados (julho de 2012 a janeiro de 2013), que concordaram em participar do estudo. A casuística foi composta por 122 pacientes adultos, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital de Câncer de Barretos.

Foram critérios de inclusão: pacientes atendidos no Hospital do Câncer de Barretos, com idade superior a 18 anos, diagnóstico de CCR que tinham a possibilidade de ficar com um estoma no PO e que sabiam tanto sobre o diagnóstico quanto sobre a necessidade da intervenção cirúrgica como parte do tratamento e da possível necessidade da confecção do estoma.

Foram excluídos do estudo pacientes com comprometimento mental grave, debilidade orgânica, déficits de audição ou de linguagem que atrapalhassem ou impossibilitassem a comunicação com a entrevistadora.

Conforme os critérios de inclusão, todosos pacientes (n=122) tinham indicação cirúrgica para o tratamento do CCR, com possibilidade de necessitar da confecção de uma EID ou EIT, dependendo da localização do tumor e das condições clínicas do paciente. Em alguns casos, no entanto, foi possível a realização da cirurgia conservadora, não acarretando na confecção da estomia, sendo este procedimento denominado ANT. Assim, estes constituíram os grupos de análise dos dados EID, EIT e ANT.

A inclusão de pacientes para a análise quanti-qualitativa (ou permanência apenas na análise quantitativa) se deu por randomização (sorteio aleatório) entre os participantes do estudo, realizado no momento da inclusão do paciente, após o consentimento em participar do estudo, pelo Núcleo de Apoio a Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos¹ e comunicado à pesquisadora somente nesse momento da aplicação dos questionários. Foram incluídos nessa análise 26 pacientes.

3.3 Local

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Câncer de Barretos/ Fundação Pio XII, localizado no interior do estado São Paulo, que consiste em um centro de referência para o

¹O Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) é um setor do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos e que tem por objetivo promover o desenvolvimento da pesquisa científica na instituição. O NAP é formado por uma equipe multidisciplinar preparada para oferecer suporte aos pesquisadores. <http://hcancerbarretos.com.br/pesquisas/25-ensino-e-pesquisa/nucleo-de-apoio-ao-pesquisador/coord-de-pesquisa/99-nucleo-de-apoio-ao-pesquisador>

tratamento de câncer e que recebe pacientes de todas as regiões do país. Estima-se que, por mês, são realizadas cerca de 25 cirurgias geradoras de estomias intestinais no supracitado hospital

Segundo informações do Setor de Registro Hospitalar do Hospital de Câncer de Barretos, durante o período de inclusão (julho de 2012 a janeiro de 2013) foram atendidos neste hospital 464 pacientes com diagnóstico de CCR, sendo destes 203 (56%) homens e 261 mulheres (44%), independente do tratamento realizado.

Quanto ao estadiamento clínico, nesse período, foram atendidos, em sua maioria, pacientes do Estadiamento Clínico II (n=134), conforme descrito na Figura 1.

Fonte: Setor de Registro Hospitalar do Hospital de Câncer de Barretos.

Figura 1. Estadiamento clínico dos pacientes diagnosticados por CCR, no Hospital de Câncer de Barretos durante o período de inclusão dos participantes neste estudo (n=464).

3.4 Instrumentos

3.4.1 *Caracterização da amostra*

Questionário de dados sociodemográficos (Anexo A)

As variáveis levantadas por este questionário foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, condição econômica familiar (em salários mínimos mensais), religião e naturalidade.

Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003) (Anexo B)

Os aspectos sociais foram analisados através do Critério de Classificação Econômica Brasil que restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores. Esse sistema enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”.

Ficha de condições clínicas (Anexo C)

Foram investigados aspectos acerca do estoma (data de realização, tipo, data retirada, forma de autocuidado, intervalo das irrigações – caso sejam feitas – e principais complicações); tratamentos (quimioterapia e/ou radioterapia), estilo de vida (uso de álcool, de cigarro e prática de atividade física), dados antropométricos e estadiamento patológico.

3.4.2 *Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (Anexo D)*

Instrumento para avaliação do grau de satisfação com a imagem corporal e acurácia da estimação do tamanho corporal (Gardner, & Brown, 2010; Kakeshita et al, 2009; Kakeshita, 2008). Esse instrumento foi adaptado e validado por Kakeshita (2008), em uma amostra composta por 280 indivíduos adultos, entre as idades de 18 e 59 anos, heterogênea em relação às classes de IMC, aos extratos econômicos e ao nível de escolaridade. Consiste em um instrumento de fácil aplicação e baixo custo, sendo que as escalas de figuras de silhuetas estão entre os métodos mais utilizados para a aferição da insatisfação com o tamanho do corpo, tendo altos níveis de confiabilidade (Kakeshita et al, 2009; Kakeshita, Almeida, & Laus, 2013; Moraes, Anjos, & Marino, 2012).

É constituída por quinze figuras de cada sexo. Os cartões são de 6,5 cm de largura por 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margem a 0,5 cm equidistantes das bordas da figura e do cartão. Ressalta-se que as imagens nas figuras são condizentes com o biótipo brasileiro, considerando estatura média e as variações de IMC.

Para a avaliação da acurácia da estimação do tamanho corporal, o IMC aferido (Real) é colocado no intervalo das escalas e comparado à figura escolhida como “Atual”. Caso as figuras sejam iguais, o participante é classificado como tendo uma percepção acurada de seu tamanho corporal real. Se a figura “Atual” for maior que a figura Real, a classificação é de superestimação e, se for menor, de subestimação. Já a satisfação é avaliada comparando-se as figuras selecionadas como “Desejada” e “Atual”. Se o indivíduo escolher a figura corresponde ao seu IMC real, ele é classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura “Desejada” é maior que a escolhida como “Atual”, considera-se que o participante deseja aumentar seu tamanho corporal e quando é menor, que há um desejo de diminuí-lo.

Assim, a estimação corporal é avaliada subtraindo-se o IMC Real do IMC escolhido como “Atual” ($\text{IMC Atual} - \text{IMC Real}$) e a insatisfação é medida através da discrepância entre o IMC “Desejado” e o IMC “Atual” ($\text{IMC Desejado} - \text{IMC Atual}$). Neste caso, os resultados são dados em forma de média (DP), e quanto mais próxima de zero, mais acurada é a percepção e menor é a insatisfação. Resultados negativos indicam uma subestimação do tamanho corporal real e um anseio por uma silhueta menor, enquanto resultados positivos indicam superestimação e um desejo por uma silhueta maior (Kakeshita, 2008; Laus, Straatmann, Kakeshita, Braga Costa, & Almeida, 2013).

3.4.3 Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS) (Anexo E)

Consiste em uma escala para detecção dos sintomas de ansiedade e depressão em pessoas fisicamente doentes (Zigmond, & Snaith, 1983). Contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas para ansiedade e depressão, com sete itens cada uma. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. O ponto de corte para cada subescala é 8 (Botega et al, 1995). Escores de 0 a 7 indicam níveis normais de ansiedade ou depressão; 8 a 10 indicam escores limítrofes; e escores de 11 a 21 indicam ansiedade ou depressão severas (Watson, Meyer, Thomson, & Osofsky, 1998).

3.4.4 Questionários para avaliação da QVRS desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (Anexo F):

- EORTC QLQ-C30

European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire

É um dos instrumentos mais utilizados no mundo para avaliação de QVRS em pacientes oncológicos e apresenta excelentes níveis de confiabilidade e validade (Aaronson et al, 1993; Hjermstad, Fossa, Bjordal, & Kaasa, 1995). Foi validado no Brasil por Franceschini, Jardim, Fernandes, Jamnik, & Santoro (2010). Um estudo realizado para avaliar a QV de pacientes com CCR encontrou Coeficiente de Cronbach acima de 0,70 em cinco escolas, sendo que apenas o domínio Funcionamento Social teve como resultado um alfa de Cronbach de 0,69. Nas escalas de sintomas, fadiga, náuseas e vômitos, o Coeficiente de Cronbach variou de 0,47 a 0,57 (Santos, 2005). Este questionário constitui-se de 30 questões que compõem escalas funcionais, escalas/ítems de sintomas, ítems que avaliam o impacto financeiro da doença e do tratamento, e uma medida de saúde global e QV (Aaronson et al, 1993). O Quadro 1 descreve as escalas e questões do EORTC QLQ-C30.

Quadro 1. Escalas e questões do EORTC QLQ-C30.

EORTC QLQ-C30		
Sigla	Escalas	Questões
SG	Saúde Global	29 e 30
	Escalas Funcionais	
FF	Funcionamento Físico	1 a 5
DP	Desempenho de Papel	6 e 7
FE	Funcionamento Emocional	21 a 24
FC	Funcionamento Cognitivo	20 e 25
FS	Funcionamento Social	26 e 27
	Escalas de Sintomas	
FAD	Fadiga	10,12 e 18
NAV	Náuseas e Vômitos	14 e 15
DOR	Dor	9 e 19
	Sintomas (Ítems)	
DIS	Dispneia	8
INS	Insônia	11
FAP	Falta de Appetite	13
CON	Constipação	16
DIA	Diarreia	17
DFI	Dificuldades Financeiras	28

As questões devem ser respondidas levando em consideração os últimos sete dias (a última semana). Os resultados das questões são dados em valores que variam de 1 a 4, conforme a intensidade ou frequência (não, pouco, moderado e muito) nas perguntas números 1 a 28, ou com valores variando de 1 (péssima) a 7 (ótima) nas perguntas números 29 e 30. As fórmulas para cálculos dos escores foram utilizadas segundo o manual cedido pelo EORTC, em que se utilizam fórmulas para transformação deste número em escore que varia de 0 a 100, chamada transformação linear.

A aplicação deste método de avaliação, além de avaliar a saúde global, fornece o grau de acometimento de cada função, proporcionando dados clínicos que auxiliarão na decisão do melhor tratamento a ser realizado para cada indivíduo. Um alto escore na escala de função corresponde à boa qualidade de vida ou bom funcionamento e na escala de sintomas o escore elevado corresponde à pior qualidade de vida ou maiores problemas (Fayers et al, 2001). Uma diferença de 5 a 10 pontos nos escores representam uma mudança pequena, 10 a 20 pontos, indicam mudanças moderadas e acima de 20 pontos, importantes mudanças, com diferenças clínicas para a perspectiva do paciente (Osoba, Rodrigues, Myles, Zee, & Pater, 1998).

- EORTC QLQ-CR38 (Módulo para CCR)

Esse instrumento fornece informações adicionais relevantes para os pacientes com CCR e aborda alterações funcionais e sintomas. É constituído por 38 questões, sendo 19 aplicáveis a todos os doentes e o restante a subgrupos específicos (masculino ou feminino, pacientes com ou sem estoma). As questões também compõem escalas funcionais e escalas de sintomas (Sprangers, te Velde, & Aaronson et al, 1999). Esse instrumento requer que o paciente, através das questões, avalie o que ocorreu na última semana, exceto para a atividade sexual, a qual ele avalia o que ocorreu no último mês. O Quadro 2 descreve as escalas e questões do EORTC QLQ-C38.

Quadro 2. Escalas e questões do EORTC QLQ-CR38.

EORTC QLQ-CR38		
Sigla	Escalas	Questões
Escalas Funcionais		
IC	Imagem Corporal	43 a 45
FSX	Função Sexual	47 e 48
SS	Satisfação Sexual	49
PF	Perspectiva Futura	46
Escala de Sintomas (Itens)		
PM	Problemas de Micção	31 a 33
EQT	Efeitos da Quimioterapia	40 a 42
SGI	Sintomas Gastrointestinais	34 a 38
PSM	Problemas Sexuais Masculinos	50
PSF	Problemas Sexuais Femininos	51
PE	Problemas de Evacuação	55 ao 61
PEST	Problemas com o Estoma	62 ao 68
PP	Perda de Peso	39

Para cada questão, exceto sobre a avaliação da saúde e qualidade de vida, o paciente escolhe entre as respostas: não, pouco, moderado e muito, que correspondem a números de 1 a 4 (Sprangers et al, 1999). Para as escalas funcionais do QLQ-CR38, um alto escore também representa um elevado nível de funcionamento e, para as escalas e itens de sintomas, um alto escore significa um nível elevado de sintomatologia ou problemas, como no QLQ-C30. O cálculo para a obtenção do escore de 0 a 100 também segue os princípios do QLQ-C30 (Fayers et al, 2001).

3.4.5 Medida subjetiva de pensamentos e emoções (Anexo G)

Instrumento construído especificamente para esse estudo, com o objetivo de avaliar o quanto os pacientes acreditam em determinadas distorções cognitivas e a intensidade das emoções decorrentes de tais pensamentos. A pesquisadora teve como referência sua experiência clínica e observações do discurso de pacientes com CCR nos grupos de apoio oferecidos pelo Hospital de Câncer de Barretos. Notou-se que nos encontros dos grupos de apoio, os pacientes reportavam algumas distorções com maior frequência e, por esse motivo, as mesmas foram elencadas para constituir o instrumento, sendo estas:

- Pensamento tudo ou nada
- Catastrofização

- Argumentação emocional
- Rotulação
- Maximização/minimização
- Abstração seletiva
- Leitura mental
- Personalização

Para cada distorção foi dado um exemplo ao participante, sendo que o mesmo poderia completar o formulário com outras informações. A seguir o participante, por meio de uma escala numérica de 0 a 10 (nada - totalmente) indicava o quanto acreditava nesse pensamento. Uma escala likert de cinco pontos (muito forte - muito fraco), era apresentada para que o paciente indicasse a intensidade da emoção causada. Esse questionário foi analisado pela frequência de ocorrência de cada distorção. Tal instrumento foi construído a partir do referencial teórico proposto por Beck (1997).

3.4.6 Roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo H)

As questões norteadoras da entrevista foram elaboradas especificamente para este estudo e tiveram como objetivo principal evocar do paciente com CCR suas experiências diante do diagnóstico, pensamentos, sentimentos e comportamentos ao longo do tratamento e adaptação à estomia, se fosse o caso (pacientes com EIT ou EID). Perguntas diferentes foram aplicadas em cada momento (pré-operatório, três e quinze meses de pós-operatório) direcionando o paciente a explicitar sua vivência diante das situações condizentes a cada etapa do tratamento. O modelo teórico de Beck (1997) embasou a formulação das questões e serviu de referencial para a análise de conteúdo e formulação das categorias.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, por meio do qual o projeto de pesquisa foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo/ Campus Ribeirão Preto (Parecer no

210.640). Também houve a aprovação do projeto pelo CEP do Hospital de Câncer de Barretos Parecer no 39.437, como centro coparticipante.

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os seus objetivos e os procedimentos nela contidos, e os que consentiram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I). Uma via foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora. Foram esclarecidos o compromisso do sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade e a garantia de que a identificação dos sujeitos não será exposta nas conclusões ou publicações. Nesse documento, também foi solicitada a permissão para que os dados do roteiro de entrevista semiestruturada fossem gravados em áudio. Os sujeitos foram informados que poderiam abandonar a pesquisa no momento em que desejassem ou que achassem necessário.

Os pacientes que apresentaram sintomas de desadaptação e/ou outros transtornos emocionais, detectados durante a coleta de dados, foram encaminhados ao Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Barretos, que já oferece atendimentos psicológicos como rotina no serviço, sem nenhum custo adicional para o participante.

3.6 Procedimentos

Subsequente à aprovação do projeto pelo CEP, os dados foram coletados no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital do Câncer de Barretos/ Fundação Pio XII. Foi realizado contato com a referida equipe multidisciplinar para divulgação do projeto de pesquisa e explicação dos seus objetivos. A abordagem dos participantes ocorreu imediatamente antes ou após as consultas/retornos médicos oferecidos como parte do protocolo do seu atendimento no hospital

Para a verificação da aplicabilidade dos instrumentos propostos, foram realizadas dez entrevistas preliminares com o intuito de ajustamento de possíveis inadequações dos instrumentos utilizados. Não houve alteração no protocolo de entrevista após essa verificação. A coleta de dados ocorreu em salas apropriadas que permitiam a privacidade do entrevistado, localizadas no próprio espaço físico do Ambulatório.

Observados os critérios de inclusão, os pacientes foram convidados a participar do estudo e aqueles que concordaram na participação realizaram a leitura e assinatura do TCLE. No momento de inclusão, também foi efetuado a randomização por meio de sorteio aleatório

pelos profissionais do Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) do Hospital de Câncer de Barretos, para a determinação da abordagem de coleta de dados em que o paciente seria incluído (abordagem quali-quantitativa, ou apenas quantitativa). O sorteio não foi realizado pela pesquisadora principal para que não houvesse nenhum viés na seleção dos participantes que responderiam o Roteiro de Entrevista Semiestruturada.

Após a cirurgia, a pesquisadora e/ou profissionais do NAP recorreram aos prontuários dos participantes para verificar qual o procedimento cirúrgico realizado. A partir dessa informação, os grupos foram divididos em Estomia Intestinal Definitiva (EID); Estomia Intestinal Temporária (EIT) ou Anastomose Primária (ANT). Outras informações clínicas também foram obtidas por meio de análise dos prontuários, tais como, submissão à radioterapia, quimioterapia, estadiamento patológico, tempo de permanência do estoma, dentre outras.

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora principal e também contou com o suporte NAP, que contribuiu tanto na aplicação dos instrumentos, quanto no agendamento e monitoramento da agenda dos pacientes no seguimento. Com o intuito de homogeneizar o método de aplicação, vista a caracterização da amostra em relação ao baixo nível de escolaridade, efetuou-se a leitura das questões presentes nos instrumentos e as respostas foram registradas em formulários específicos.

Quanto ao seguimento, os pacientes que não compareceram no retorno agendado, dentro do período estimado para a aplicação do protocolo, foram submetidos à entrevista via telefone. Considera-se válido esse procedimento para evitar o número de perda amostral. Entretanto, nestes casos, variáveis relacionadas à imagem corporal não puderam ser mensuradas, visto que a EFS trata-se de um instrumento visual e, além do mais, faz-se necessário a aferição do peso e altura do participante.

Os instrumentos referentes à abordagem quantitativa foram aplicados em todos os participantes (n=122). O tempo médio de duração da coleta de dados foi de 40 minutos, enquanto o roteiro de entrevista semiestruturada foi aplicado em apenas uma parcela da amostra (n= 26), de acordo com o resultado da randomização. A entrevista qualitativa foi realizada unicamente pela pesquisadora principal.

As respostas obtidas na entrevista semiestruturada foram gravadas em áudio e transcritas de forma literal, para posterior análise de conteúdo (Bardin, 2011). As entrevistas qualitativas tiveram duração média de 20 minutos. A construção das categorias foi embasada nos referenciais teóricos advindos da TCC (Beck, 1976).

A Figura 2 resume as informações de quantos pacientes foram avaliados em cada momento, divididos pelos grupos estudados, as perdas que ocorreram e o motivo destas, além de quantas entrevistas foram realizadas via telefone em cada momento.

Legenda: ANT: Anastomose Primária; EID: Estomia Intestinal Definitiva; EIT: Estomia Intestinal Temporária; Quanti: coleta de dados quantitativos; Quanti + Quali: coleta quanti-qualitativos; Random = randomização realizada por sorteio aleatório para determinação de inclusão na abordagem quantitativa ou quali-quantitativa; Pré-op: avaliação pré-operatória; 3m PO: avaliação realizada 3 meses no pós operatório; 6m PO: avaliação realizada 6 meses no pós operatório; 15m PO: avaliação realizada 15 meses no pós operatório.

Figura 2. Fluxograma da coleta de dados do estudo.

3.7 Análise dos dados

3.7.1 Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados de acordo com as instruções oferecidas pela literatura referente a cada instrumento. Realizou-se análises descritivas, com valores expressos em média, desvio padrão e porcentagens.

Para as comparações entre os grupos (EIT, EID e ANT) e momentos de avaliação (pré-operatório, três, seis e quinze meses pós-operatórios) foi utilizado o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Os modelos lineares de efeitos mistos são utilizados na análise de dados em que as respostas estão agrupadas e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (Schall, 1991).

Todos os modelos foram ajustados pela faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, religião, renda familiar e estadiamento. Esse procedimento foi realizado através do software SAS® 9.2, utilizando a PROC MIXED.

Afim de estruturar um modelo explicativo para imagem corporal, ansiedade e depressão e saúde global, utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais. Para testar se o modelo proposto proporcionou um bom ajuste aos dados, foi utilizado e estimado via método de máxima verossimilhança.

Para determinar o quão bem os modelos originais se ajustam aos dados, foram utilizados quatro índices de ajuste, χ^2 , CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index) e RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation).

O χ^2 avalia o ajuste do modelo, comparando a matriz de correlação amostral com a matriz de correlação estimada sob o modelo. Menores valores, nesse caso, indicam um bom ajuste, refletindo a pequena discrepância entre a estrutura dos dados observados e o modelo hipotético.

Pelo fato de χ^2 ser sensível ao tamanho amostral, índices adicionais são normalmente utilizados. Os índices CFI e TLI comparam o modelo hipotético a um modelo "nulo" (tipicamente um modelo independente em que as covariâncias entre todas as variáveis são iguais a zero) ou a um de pior ajuste, considerando-se a complexidade do modelo. Esses índices variam de 0 a 1, sendo que valores próximos a 1 indicam um modelo bem ajustado. Nesse caso, segundo Bentler (1990), valores de CFI e TLI acima de 0,90 já indicam um bom ajuste do modelo.

O índice RMSEA estima quão bem os parâmetros do modelo reproduzem a covariância populacional. Se um modelo estimado reproduz exatamente as covariâncias populacionais então o RMSEA será igual a 0. Segundo Brown (2006), valores até 0,06 indicam um ajuste razoável do modelo, porém há casos em que, em um RMSEA de até 0,08, o modelo ainda é considerado válido.

O índice GFI mede a quantidade relativa de variância e covariância que é conjuntamente explicada pela matriz estimada. Seus valores vão de 0 a 1, sendo bem ajustado o modelo com valor próximo a 1.

A normalidade multivariada dos dados, necessária para a adequada utilização do método de estimação foi verificada através do gráfico do "Quantil-quantil qui-quadrado versus o quadrado da distância de Mahalanobis".

Para analisar a correlação entre as distorções e as escalas de silhuetas, HADS e saúde global foi proposto o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita e o valor -1 também indica uma relação perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é esta relação entre as duas variáveis.

As análises foram realizadas através do software STATA versão 13.0.

O nível de significância adotado no estudo é 0,05 ($p \leq 0,05$).

3.7.2 Análise qualitativa

Os dados qualitativos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). Todas as entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. A partir do *corpus* de dados obtido, foram realizadas as seguintes etapas para a análise dos dados:

- Pré-análise: fase de organização dos dados em que as ideias são operacionalizadas e sistematizadas. É uma etapa flexível que permite o remodelamento de ideias que possam contribuir para a análise do objeto de estudo. É a fase da escolha do material, da formulação da hipótese, dos objetivos e da construção dos indicadores da análise.

- Exploração do material: utilização dos recursos e análise dos dados e sistematização em

temas e categorias;

- Tratamento dos resultados e interpretações: ocorre a síntese e seleção dos resultados para posterior formulações de inferências e interpretações. Nesta etapa serão utilizados os pressupostos da TCC (Beck, 1976).

O *software* NVivo 10, da empresa QSR International, foi utilizado como apoio à análise qualitativa. Este *software* tem sido um dos mais utilizados no ambiente acadêmico nacional, sendo que pesquisadores de diversas universidades o utilizam como suporte à análise de dados qualitativos (Lage, 2011).

Após a leitura extensiva dos dados obtidos, as transcrições em formato Word foram importadas para a base de dados do NVivo 10 e arquivadas como <<fonte>>. Realizou-se a <<consulta>> da <<frequência de palavras>> e posteriormente, o relatório indicou todas as palavras presentes nos arquivos e suas respectivas frequências de aparição. As palavras que não se encaixavam nos referidos temas e categorias elencados para a análise deste estudo, foram adicionadas à <<lista de palavras impedidas>>, ou seja, foram excluídas. Também foi utilizado o recurso <<nuvem das palavras>>, fornecido pelo relatório, sendo que nesta representação visual, o tamanho das letras indica a relevância da palavra no contexto em que é exibida.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

O estudo contou com 122 participantes, divididos em três grupos, conforme o procedimento cirúrgico realizado para tratamento de CCR. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes com CCR, para cada grupo de análise.

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos pacientes com CCR, de acordo com procedimentocirúrgico realizado. Barretos (SP), 2012-2014.

Variável		Procedimento cirúrgico		
		ANT(n %)	EID n (%)	EITn (%)
<i>Idade</i>		Média 60,2 (DP 11,6)	Média 59,1 (DP 12,8)	Média 60,9 (DP 12,2)
<i>Faixa etária</i>	50-70	14 (58,3)	18 (51,6)	39 (61,9)
	<50	5 (20,8)	8 (25,8)	9 (14,3)
	>70	5 (20,8)	7 (22,6)	15 (23,8)
<i>Sexo</i>	Feminino	13 (54,2)	14 (42,4)	25 (38,5)
	Masculino	11 (45,8)	19 (57,6)	40 (61,5)
<i>Etnia</i>	Amarela	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (1,7)
	Branca	21 (91,3)	25 (75,8)	54 (91,5)
	Negra	2 (8,7)	4 (12,1)	0 (0,0)
	Outra	0 (0,0)	3 (9,1)	4 (6,8)
<i>Escolaridade</i>	≥ Ens. Superior	3 (12,5)	5 (15,2)	7 (10,8)
	Ens. Médio	7 (29,2)	4 (12,1)	16 (24,6)
	≤ Ens. Fundamental	14 (58,3)	24 (72,7)	42 (64,6)
<i>Estado civil</i>	Casado/ União consensual	15 (62,5)	25 (75,8)	50 (76,9)
	Separado/ Divorciado	3 (12,5)	6 (18,2)	5 (7,7)
	Solteiro	1 (4,2)	1 (3,0)	3 (4,6)
	Viúvo	5 (20,8)	1 (3,0)	7 (10,8)
<i>Religião</i>	Católica	16 (66,7)	21 (63,6)	43 (66,2)
	Evangélica	2 (8,3)	10 (30,3)	14 (21,5)
	Outras	6 (25,0)	2 (6,1)	8 (12,3)
<i>Ocupação</i>	Aposentado/afastado	8 (33,3)	17 (51,5)	31 (48,4)
	Desempregado	0 (0,0)	1 (3,0)	0 (0,0)
	Do lar	4 (16,7)	5 (15,2)	10 (15,6)
	Empregado/ativo	12 (50,0)	10 (30,3)	23 (35,9)
<i>Renda familiar</i>	<3 salários mínimos	17 (73,9)	18 (54,6)	42 (64,6)
	≥ 3 salários mínimos	6 (26,1)	15 (45,5)	23 (35,4)
<i>Classificação Econômica Brasil (CEB)</i>	B2	0 (0,0)	2 (6,1)	2 (3,1)
	C1	0 (0,0)	2 (6,1)	2 (3,1)
	C2	4 (16,7)	3 (9,1)	6 (9,2)
	D	11 (45,8)	10 (30,3)	33 (50,8)
	E	9 (37,5)	16 (48,5)	22 (33,9)

Houve, portanto, homogeneidade entre os grupos em relação à idade, sendo que a média de idade dos participantes foi de 60 anos (DP 11,6); 59 anos (DP 12,8) e 61 anos (DP 12,2) para os pacientes que realizaram ANT, EID e EIT, respectivamente. A maioria dos pacientes era da etnia branca, possuía no máximo Ensino Fundamental, era casada ou mantinha união estável, pertencia à religião católica e possuía renda mensal de até 3 salários mínimos.

Os estadiamentos patológicos, obtidos por meio de levantamento de prontuário da amostra estudada, estão apresentados na Tabela 2. A maioria dos participantes que realizaram ANT e EIT encontrava-se no estadiamento patológico III (50% e 29,7%, respectivamente), enquanto a maioria dos pacientes com EID estavam no estágio I (38,5%).

Tabela 2 – Estadiamento patológico dos pacientes com CCR. Barretos (SP), 2012-2014.

Variável	Procedimento cirúrgico		
	ANT n (%)	EID n(%)	EIT n(%)
Ausência de neoplasia residual	0 (0,0)	2 (6,5)	12 (18,8)
Estádio 0	1 (4,2)	0 (0,0)	5 (7,8)
Estádio I	6 (25,0)	12 (38,7)	12 (18,8)
Estádio II	4 (16,7)	8 (25,8)	14 (21,9)
Estádio III	12 (50,0)	8 (25,8)	19 (29,7)
Estádio IV	1 (4,2)	1 (3,2)	2 (3,1)

O tempo médio de permanência do estoma dos pacientes que realizaram a EIT foi de 234 dias (DP 123), sendo que o período mínimo de tempo de permanência do estoma foi de 42 dias. Na última avaliação, 42% dos pacientes do grupo EIT ainda permaneciam com o estoma (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequências absoluta e relativa do tempo de permanência do estoma, para os pacientes que realizaram a EIT. Barretos (SP), 2012-2014.

Avaliação	Estomia temporária	
	Com estoma n (%)	Sem estoma n (%)
<i>Pré-operatória</i>	0 (0,0)	65 (100,0)
<i>Pós-operatória</i>		
3 meses	57 (96,6)	2 (3,4)
6 meses	50 (87,7)	7 (12,3)
15 meses	24 (42,1)	33 (57,9)

4.2 Avaliação da imagem corporal

Por meio da EFS foram avaliados os níveis de acurácia e insatisfação da imagem corporal nos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para CCR. Vale ressaltar que, por se tratar de um instrumento de escala visual, não foi possível a obtenção dessas medidas nos participantes que realizaram as entrevistas de segmento via telefone.

A Tabela 4 indica a estatística descritiva para a avaliação da imagem corporal, no que diz respeito à acurácia e insatisfação, nos quatro momentos analisados (pré-operatório; pós-operatório de três, seis e quinze meses).

Tabela 4 – Valores médios (DP) para acurácia e insatisfação da imagem corporal (Kg/m^2), em pacientes com CCR de acordo com o momento e procedimento cirúrgico. Barretos (SP), 2012-2014.

Procedimento cirúrgico	Variável	Pré-operatório	Pós-operatório		
			3 meses	6 meses	15 meses
ANT	IMC real	27,68 (4,76)	28,6 (5,26)	28,62 (4,57)	28,87 (4,46)
	Acurácia	2,00 (5,80)	2,35 (4,89)	2,72 (5,93)	3,11 (5,90)
	Insatisfação	-3,13 (5,72)	-2,37 (5,43)	-2,89 (3,75)	-5,00 (4,39)
EID	IMC real	27,3 (5,30)	26,81 (5,39)	27,27 (4,59)	29,04 (4,32)
	Acurácia	1,71 (6,25)	1,27 (4,61)	1,83 (5,23)	2,62 (5,88)
	Insatisfação	-1,52 (5,59)	-1,83 (3,97)	-3,38 (5,64)	-4,53 (5,34)
EIT	IMC real	25,02 (4,73)	24,77 (5,12)	24,53 (4,94)	25,37 (4,98)
	Acurácia	1,17 (5,44)	0,57 (5,98)	1,28 (5,25)	1,89 (4,67)
	Insatisfação	0,54 (5,56)	2,05 (5,16)	0,56 (4,25)	-1,04 (5,53)

As frequências absoluta e relativa da percepção da imagem corporal e da silhueta desejada dos participantes, em cada momento e tipo de procedimento cirúrgico, encontram-se descritas na Tabela 5. Houve diferença significativa na silhueta desejada entre os grupos para as avaliações pós-operatórias de três e seis meses ($p < 0,01$).

Tabela5– Frequências absoluta e relativa da percepção da imagem corporal e da silhueta desejada de pacientes com CCR, em cada momento de avaliação, de acordo com o tipo procedimento cirúrgico. Barretos (SP), 2012-2014.

Avaliação	Dimensão Imagem Corporal	Procedimento cirúrgico			Valor-p
		ANT	EID	EIT	
Percepção Corporal					
Pré-Op	Acurada	1 (4,2)	2 (6,0)	7 (10,8)	0,86
	Subestimação	9 (37,5)	12 (36,4)	22 (33,8)	
	Superestimação	14 (58,3)	19 (57,6)	36 (55,4)	
3m PO	Acurada	1 (5,6)	3 (11,5)	2 (3,6)	0,33
	Subestimação	5 (27,8)	8 (30,8)	26 (47,3)	
	Superestimação	12 (66,6)	15 (57,7)	27 (49,1)	
6m PO	Acurada	1 (5,3)	1 (5,0)	2 (4,1)	0,99
	Subestimação	6 (31,6)	7 (35,0)	17 (34,7)	
	Superestimação	12 (63,1)	12 (60,0)	30 (61,2)	
15m PO	Acurada	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,3)	0,59
	Subestimação	3 (21,4)	4 (25,0)	12 (25,0)	
	Superestimação	11 (78,6)	12 (75,0)	32 (66,7)	
Silhueta Desejada					
Pré-Op	Igual	7 (29,2)	12 (36,4)	26 (40,0)	0,21
	Maior	4 (16,7)	8 (24,2)	21 (32,3)	
	Menor	13 (54,1)	13 (39,4)	18 (27,7)	
3m PO	Igual	8 (42,1)	12 (46,2)	20 (36,4)	<0,01
	Maior	3 (15,8)	3 (11,5)	27 (49,1)	
	Menor	8 (42,1)	11 (42,3)	8 (14,5)	
6m PO	Igual	5 (26,3)	5 (25,0)	20 (40,8)	<0,01
	Maior	2 (10,5)	3 (15,0)	18 (36,7)	
	Menor	12(63,2)	12 (60,0)	11 (22,5)	
15m PO	Igual	5 (35,7)	3 (18,75)	17 (35,4)	0,20
	Maior	0 (0,0)	3 (18,75)	11 (22,9)	
	Menor	9 (64,3)	10 (62,5)	20 (41,7)	

Pré-op: avaliação pré-operatória; 3m PO: avaliação 3º mês de pós-operatório; 6m PO: avaliação 6º mês de pós-operatório; 15m PO: avaliação 15º mês de pós-operatório.

As Figuras 3e 4 trazem a comparação da avaliação de acurácia e insatisfação da imagem corporal, respectivamente, nos quatro momentos analisados para cada tipo de procedimento cirúrgico.

Figura 3. Avaliação da acurácia da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 4. Avaliação da insatisfação da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Quanto à acurácia, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de ANT, EID e EIT. Quando foram realizadas análises de subgrupo, também não foram observadas diferenças para os diferentes momentos, nem na comparação entre momento de avaliação e tipo de cirurgia. Quando avaliados os grupos de forma independente, não se observou diferença estatística em relação ao tempo em nenhum dos grupos.

As diferenças estimadas das comparações entre o tipo de cirurgia e os momentos de avaliação, tanto para acurácia quanto para insatisfação, obtidas por meio do Modelo linear de efeitos mistos, estão dispostos na Tabela 6.

Tabela 6– Diferenças estimadas (Dif) para o nível de acurácia e insatisfação com a imagem corporal nas comparações entre tipo de cirurgia e momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014.

Comparação entre tipo de cirurgia e momento do avaliação: Dor (0-10), 2012-2014									
Comparação		Acurácia				Insatisfação			
		Dif	IC (95%)		p	Dif	IC (95%)		p
Comparação intergrupos									
Amostra geral	ANT vs. EID	1,34	-1,14	3,83	0,29	-1,19	-3,51	1,13	0,31
	ANT vs. EIT	1,12	-1,05	3,28	0,31	-4,28	-6,29	-2,27	<0,01
	EID vs. EIT	-0,23	-2,23	1,77	0,82	-3,09	-4,95	-1,23	<0,01
Pré-op	ANT vs. EID	-0,16	-3,15	2,84	0,92	-1,73	-4,62	1,17	0,24
	ANT vs. EIT	0,46	-2,20	3,12	0,73	-3,57	-6,14	-1,01	<0,01
	EID vs. EIT	0,61	-1,80	3,03	0,62	-1,85	-4,18	0,49	0,12
3m	ANT vs. EID	1,92	-1,36	5,20	0,25	-1,13	-4,28	2,03	0,48
	ANT vs. EIT	1,86	-1,03	4,75	0,21	-4,95	-7,72	-2,18	<0,01
	EID vs. EIT	-0,06	-2,65	2,53	0,97	-3,82	-6,34	-1,31	<0,01
6m	ANT vs. EID	2,80	-0,61	6,22	0,11	-1,28	-4,61	2,05	0,45
	ANT vs. EIT	1,59	-1,28	4,46	0,28	-4,28	-7,07	-1,49	<0,01
	EID vs. EIT	-1,21	-4,05	1,62	0,40	-3,00	-5,77	-0,23	0,03
15m	ANT vs. EID	0,81	-2,92	4,54	0,67	-0,63	-4,29	3,04	0,74
	ANT vs. EIT	0,55	-2,56	3,66	0,73	-4,32	-7,36	-1,28	<0,01
	EID vs. EIT	-0,26	-3,23	2,72	0,87	-3,69	-6,61	-0,77	0,01
Comparação intragrupos									
Amostra Geral	Pré-op vs. 3m	0,09	-1,13	1,32	0,88	-0,59	-1,83	0,66	0,35
	Pré-op vs. 6m	-0,04	-1,31	1,23	0,95	0,12	-1,19	1,42	0,86
	Pré-op vs. 15m	-0,64	-2,01	0,72	0,35	2,32	0,92	3,72	0,77
	3m vs. 6m	-0,13	-1,45	1,19	0,85	0,70	-0,65	2,05	0,31
	3m vs. 15m	-0,74	-2,15	0,68	0,31	2,91	1,47	4,34	<0,01
	6m vs. 15m	-0,61	-2,04	0,83	0,41	2,20	0,73	3,67	<0,01
ANT	Pré-op vs. 3m	-1,07	-3,59	1,45	0,41	-0,33	-2,86	2,21	0,80
	Pré-op vs. 6m	-1,40	-3,87	1,07	0,26	0,20	-2,33	2,73	0,88
	Pré-op vs. 15m	-1,00	-3,75	1,75	0,48	2,20	-0,61	5,02	0,12
	3m vs. 6m	-0,33	-2,96	2,29	0,80	0,53	-2,12	3,17	0,70
	3m vs. 15m	0,07	-2,81	2,95	0,96	2,53	-0,37	5,43	0,09
	6m vs. 15m	0,41	-2,45	3,26	0,78	2,00	-0,92	4,93	0,18
EID	Pré-op vs. 3m	1,01	-1,20	3,22	0,37	0,27	-1,99	2,53	0,81
	Pré-op vs. 6m	1,56	-0,90	4,02	0,21	0,65	-1,86	3,16	0,61
	Pré-op vs. 15m	-0,03	-2,65	2,59	0,98	3,30	0,62	5,98	0,02
	3m vs. 6m	0,55	-1,97	3,07	0,67	0,38	-2,20	2,95	0,77
	3m vs. 15m	-1,04	-3,72	1,64	0,45	3,03	0,29	5,77	0,03
	6m vs. 15m	-1,59	-4,36	1,18	0,26	2,65	-0,19	5,49	0,07
EIT	Pré-op vs. 3m	0,34	-1,16	1,84	0,66	-1,70	-3,24	-0,17	0,03
	Pré-op vs. 6m	-0,27	-1,82	1,28	0,73	-0,50	-2,09	1,09	0,53
	Pré-op vs. 15m	-0,90	-2,46	0,65	0,25	1,46	-0,13	3,04	0,07
	3m vs. 6m	-0,61	-2,21	1,00	0,46	1,20	-0,44	2,84	0,15
	3m vs. 15m	-1,24	-2,83	0,35	0,13	3,16	1,52	4,79	<0,01
	6m vs. 15m	-0,63	-2,27	1,01	0,45	1,96	0,28	3,64	0,02

Na avaliação do grau de insatisfação com imagem corporal, foi observada uma maior insatisfação com a EIT, tanto em relação à comparação com o grupo de ANT [Dif= 4,28 (IC: 6,29 – 2,27, $p<0,01$)], quanto em relação à EID [Dif = 3,09 (IC: 4,95 – 1,23, $p<0,01$)]. Não foi observada, porém, diferença estatística entre o grau de insatisfação entre os grupos ANT e EID [(Dif = -1,19 (IC: -3,51 – 1,13, $p=0,31$)). Quando foi observada a evolução da insatisfação no decorrer do tempo, na amostra geral, houve uma diferença estatisticamente significativa apenas quando comparados os momentos de 3 para 15 meses de pós-operatório (PO) [Dif = 2,91 (IC: 1,47 – 4,34, $p<0,01$)] e de 6 para 15 meses de PO [Dif = 2,21 (IC: 0,73 – 3,67, $p<0,01$)], não havendo diferença entre os demais momentos estudados. Antes da cirurgia, os pacientes do grupo EIT apresentaram uma maior insatisfação em relação ao grupo ANT [Dif = 3,57 (IC: 1,01 – 6,14, $p<0,01$)]. Nesse momento, não foi observada diferença na satisfação entre os outros grupos (Tabela 7).

Foi também avaliada a diferença da insatisfação com a imagem corporal ao longo do tempo de seguimento. Nos pacientes do grupo ANT não foi observada variação estatisticamente significativa do pré-operatório até os 15 meses após a cirurgia. No grupo EIT houve um aumento da insatisfação no 3º mês PO em relação a antes da cirurgia [Dif = 1,70 (IC: 0,17 – 3,24, $p=0,03$)] e uma diminuição desta aos 15 meses de PO, tanto em relação ao 3º mês de PO [Dif = -3,16 (IC: -4,79 – -1,52, $p<0,01$)], quanto aos 6 meses após a cirurgia [Dif = -1,96 (IC: -3,64 – -0,28, $p=0,02$)], não observando-se diferença entre os demais momentos. Já no grupo EID, foi observada uma redução da insatisfação aos 15 meses de PO, tanto em relação ao pré-operatório [Dif = -3,30 (IC: -5,98 – -0,62, $p=0,02$)], quanto em relação ao 3º mês de PO [Dif = -3,03 (IC: -5,77 – -0,29, $p=0,03$)], não sendo observadas diferenças entre os demais momentos (Tabela 7).

Pelo fato dos pacientes do grupo de EIT permanecerem um tempo demasiado com o estoma, as análises também foram feitas para esse grupo entre os pacientes que estavam com o estoma no momento da avaliação versus pacientes que estavam sem o estoma. Quanto à acurácia da imagem corporal, os resultados não mostraram diferenças significantes (Figura 5), entretanto, para insatisfação da imagem corporal, houve diferença de 3,14 (IC: 0,75 – 5,54, $p=0,01$) na comparação entre três e seis meses de pós-operatório (Figura 6).

Figura 5. Avaliação da acurácia da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR, que realizaram a EIT.

Figura 6. Avaliação da insatisfação da imagem corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR, que realizaram a EIT.

4.3 Avaliação dos sintomas de Ansiedade e Depressão

A Tabela 7 demonstra a estatística descritiva (valores médios e DP) em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, apresentados pelos participantes nas quatro avaliações, mensurados pela escala HADS.

Tabela 7 – Avaliação dos sintomas de Ansiedade e Depressão, nos quatro momentos avaliados, em pacientes com CCR. Barretos, 2012-2014.

Procedimento cirúrgico	Variável	Pré Operatório	Pós Operatório		
			3 meses	6 meses	15 meses
ANT	Ansiedade	5,29 (4,63)	3,30 (3,94)	1,87 (2,49)	3,86 (4,09)
	Depressão	3,88 (3,87)	2,70 (3,85)	1,57 (1,88)	3,00 (2,90)
EID	Ansiedade	6,15 (4,46)	4,03 (4,08)	3,96 (3,62)	3,95 (3,44)
	Depressão	5,21 (4,41)	2,77 (3,84)	2,27 (2,86)	2,90 (2,81)
EIT	Ansiedade	4,69 (3,79)	3,98 (3,80)	2,58 (2,79)	4,28 (3,11)
	Depressão	3,34 (3,60)	3,34 (3,94)	1,91 (1,98)	4,18 (4,20)

A variação dos sintomas de Ansiedade e Depressão ao longo do tempo estão apresentados nas Figuras 7 e 8.

Figura 7. Valores médios obtidos na escala HADS, para a subescala Ansiedade, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 8. Valores médios obtidos na escala HADS, para a subescala Depressão, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

As diferenças estimadas das comparações entre o tipo de cirurgia e os momentos de avaliação para os sintomas de ansiedade e depressão estão dispostas na Tabela 8.

Tabela 8 – Diferenças estimadas (Dif) para os sintomas de ansiedade e depressão nas comparações entre tipo de cirurgia e momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014.

Comparação		Dif	Ansiedade			p	Depressão		p
			IC (95%)				Dif	IC (95%)	
Momento vs. tipo de cirurgia									
Amostra geral	ANT vs. EID	-1,04	-2,74	0,66	0,23	-0,60	-2,23	1,03	0,47
	ANT vs. EIT	-0,33	-1,84	1,17	0,66	-0,47	-1,92	0,97	0,52
	EID vs. EIT	0,70	-0,68	2,09	0,32	0,13	-1,20	1,46	0,85
Pré-op	ANT vs. EID	-0,39	-2,54	1,76	0,72	-0,72	-2,73	1,29	0,48
	ANT vs. EIT	0,91	-0,99	2,82	0,35	0,74	-1,05	2,52	0,42
	EID vs. EIT	1,30	-0,43	3,03	0,14	1,46	-0,16	3,08	0,08
3m	ANT vs. EID	-1,03	-3,21	1,14	0,35	-0,17	-2,21	1,86	0,87
	ANT vs. EIT	-0,65	-2,57	1,28	0,51	-0,57	-2,37	1,23	0,54
	EID vs. EIT	0,38	-1,40	2,17	0,67	-0,39	-2,06	1,27	0,64
6m	ANT vs. EID	-2,22	-4,44	0,00	0,05	-1,24	-3,31	0,83	0,24
	ANT vs. EIT	-0,91	-2,84	1,01	0,35	-0,56	-2,36	1,24	0,54
	EID vs. EIT	1,31	-0,53	3,15	0,16	0,68	-1,04	2,40	0,44
15m	ANT vs. EID	-0,51	-2,83	1,82	0,67	-0,26	-2,43	1,90	0,81
	ANT vs. EIT	-0,69	-2,66	1,28	0,49	-1,49	-3,33	0,34	0,11
	EID vs. EIT	-0,18	-2,11	1,74	0,85	-1,23	-3,02	0,56	0,18
Tipo de cirurgia vs. momento									
Amostra geral	Pré-op vs. 3m	0,09	-1,13	1,32	0,88	-0,59	-1,83	0,66	0,35
	Pré-op vs. 6m	-0,04	-1,31	1,23	0,95	0,12	-1,19	1,42	0,86
	Pré-op vs. 15m	-0,64	-2,01	0,72	0,35	2,32	0,92	3,72	0,45
	3m vs. 6m	-0,13	-1,45	1,19	0,85	0,70	-0,65	2,05	0,31
	3m vs. 15m	-0,74	-2,15	0,68	0,31	2,91	1,47	4,34	<0,01
	6m vs. 15m	-0,61	-2,04	0,83	0,41	2,20	0,73	3,67	<0,01
ANT	Pré-op vs. 3m	2,22	0,57	3,86	<0,01	1,30	-0,17	2,78	0,08
	Pré-op vs. 6m	3,65	2,01	5,30	<0,01	2,43	0,96	3,91	<0,01
	Pré-op vs. 15m	1,82	0,12	3,51	0,04	1,11	-0,41	2,62	0,15
	3m vs. 6m	1,43	-0,21	3,08	0,09	1,13	-0,34	2,60	0,13
	3m vs. 15m	-0,40	-2,09	1,29	0,64	-0,20	-1,71	1,32	0,80
	6m vs. 15m	-1,84	-3,53	-0,15	0,03	-1,33	-2,84	0,19	0,09
EID	Pré-op vs. 3m	1,57	0,07	3,08	0,04	1,86	0,51	3,21	<0,01
	Pré-op vs. 6m	1,82	0,25	3,39	0,02	1,92	0,51	3,33	<0,01
	Pré-op vs. 15m	1,70	0,03	3,36	0,05	1,57	0,08	3,07	0,04
	3m vs. 6m	0,25	-1,33	1,82	0,76	0,06	-1,35	1,48	0,93
	3m vs. 15m	0,12	-1,55	1,80	0,89	-0,29	-1,79	1,22	0,71
	6m vs. 15m	-0,12	-1,83	1,58	0,89	-0,35	-1,88	1,18	0,65
EIT	Pré-op vs. 3m	0,66	-0,38	1,70	0,21	0,00	-0,93	0,93	1,00
	Pré-op vs. 6m	1,83	0,78	2,87	<0,01	1,14	0,20	2,08	0,02
	Pré-op vs. 15m	0,22	-0,83	1,26	0,69	-1,12	-2,06	-0,18	0,02
	3m vs. 6m	1,17	0,11	2,23	0,03	1,14	0,19	2,09	0,02
	3m vs. 15m	-0,44	-1,51	0,62	0,41	-1,12	-2,07	-0,17	0,02
	6m vs. 15m	-1,61	-2,68	-0,55	<0,01	-2,26	-3,21	-1,30	<0,01

Quando realizada a análise da amostra geral para os sintomas de ansiedade, não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos. No entanto, quando a amostra foi analisada independente do tipo de cirurgia no decorrer do tempo avaliado, nota-se que a ansiedade era maior no pré-operatório em relação ao 3º [Dif = 1,48 (IC: 0,66 – 2,30, $p < 0,01$)], 6º [Dif = 2,43 (IC: 1,60 – 3,27, $p < 0,01$)] e 15º [Dif = 1,24 (IC: 0,38 – 2,11, $p < 0,01$)] meses após a cirurgia (Tabela 8).

Esse padrão manteve-se na análise de grupos tanto para o ANT quanto para o EID, mas manteve-se apenas entre o 6º mês PO e o pré-operatório no grupo EIT. Ainda na análise global dos pacientes, foi observada também uma maior ansiedade em 3 meses no PO do que na comparação de 6 meses de PO [Dif = 0,95 (IC: 0,11 – 1,79, $p = 0,03$)], padrão que manteve-se apenas no grupo EIT isolado [Dif = 1,17 (IC: 0,11 – 2,23, $p = 0,03$)]. Porém, aos 15 meses de PO, a população estudada apresentava uma maior ansiedade em relação aos 6 meses de PO [Dif = 1,19 (IC: 0,31 – 2,07, $p < 0,01$)], padrão mantido tanto no grupo de ANT [Dif = 1,84 (IC: 0,15 – 3,53, $p = 0,03$)], quanto no grupo de EIT [Dif = 1,61 (IC: 0,55 – 2,68, $p < 0,01$)], mas que não pôde ser comprovado no grupo EID [Dif = 0,12 (IC: -1,58 – 1,83, $p = 0,89$)] (Tabela 8).

Não houve diferença na ansiedade entre os pacientes dos diferentes grupos num mesmo momento. A depressão também não foi estatisticamente diferente entre os grupos na análise global. Observou-se um nível maior de sintomas depressivos antes da cirurgia do que no 3º mês PO na população do estudo [Dif = 1,05 (IC: 0,32 – 1,79, $p < 0,01$)], padrão que manteve-se apenas no grupo EID [Dif = 1,86 (IC: 0,51 – 3,21, $p < 0,01$)] (Tabela 8).

Esse nível também foi maior no pré-operatório do que no 6º mês PO, tanto na população total [Dif = 1,83 (IC: 1,08 – 2,58, $p < 0,01$)], quanto nos grupos de ANT [Dif = 2,43 (IC: 0,96 – 3,91, $p < 0,01$)], EIT [Dif = 1,14 (IC: 0,20 – 2,08, $p = 0,02$)] e EID [Dif = 1,92 (IC: 0,51 – 3,33, $p < 0,01$)]. Não foi comprovado um maior nível de sintomas de depressão no pré-operatório em relação a 15 meses após a cirurgia na população total, mas foi comprovado um aumento nos pacientes do EID [Dif = 1,57 (IC: 0,08 – 3,07, $p = 0,04$)] e uma diminuição nos pacientes do EIT [Dif = -1,12 (IC: -2,06 – -0,18, $p = 0,02$)] (Tabela 8).

Ocorreu um nível maior de depressão no 3º mês PO em relação ao 6º mês PO na população total [Dif = 0,78 (IC: 0,03 – 1,53, $p = 0,04$)] e no grupo EIT [Dif = 1,14 (IC: 0,19 – 2,09, $p = 0,02$)]. Porém, assim como nos sintomas de ansiedade, houve um maior nível de sintomas depressivos no 15º mês PO em relação ao 6º mês, tanto na população [Dif = 1,31 (IC: 0,53 – 2,10, $p < 0,01$)] como no grupo EIT [Dif = 2,26 (IC: 1,30 – 3,21, $p < 0,01$)], e em relação ao 3º mês PO no grupo EIT [Dif = 1,12 (IC: 0,17 – 2,07, $p = 0,02$)]. Também não

houve diferença na ansiedade entre os pacientes dos diferentes grupos num mesmo momento (Tabela 8).

Os pacientes que realizaram a EIT e que no momento da avaliação estavam com o dispositivo da estomia, diferiram no que se refere aos sintomas de ansiedade nas comparações entre o 3º e o 6º mês de PO [Dif = 1,07 (IC: -0,01 – 2,16, $p=0,05$; Dif = -1,87 (IC: -3,30 – -0,44, $p= 0,01$); respectivamente]. Os pacientes sem o estoma no momento da avaliação se diferiram apenas na comparação entre o pré-operatório e seis meses pós-operatório, com uma diferença estimada de 2,54 (IC: 0,16 – 4,92), $p=0,04$ (Figura 8).

Para os sintomas de depressão, houve diferenças significantes para os pacientes que encontravam-se com o estoma no momento da aplicação dos instrumentos nas comparações entre: 3 e 6 meses de PO [Dif = 1,10 (IC: 0,12 – 2,09, $p= 0,03$); 3 e 15 meses de PO [-1,38 (IC: -2,68 – -0,09, $p=0,04$); 6 e 15 meses de PO [Dif = -2,49 (IC: -3,79 – -1,19, $p=0,00$)], enquanto para os pacientes sem o estoma no momento da avaliação, houve diferença estimada de -2,18 (IC: -4,70 – -0,25, $p=0,03$) na comparação entre 6 e 15 meses de pós-operatório (Figura 10).

Figura 9. Valores médios obtidos na Escala HADS, na subescala Ansiedade, ao longo do tempo, em pacientes com CCR que realizaram a EIT.

Figura 10. Valores médios obtidos na Escala HADS, na subescala Depressão, ao longo do tempo, em pacientes com CCR que realizaram a EIT.

4.4 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

A Tabela 9 apresenta os valores médios (DP) obtidos nas escalas funcionais ou itens isolados para os pacientes com CCR que realizaram a ANT, EID ou EIT, em cada momento de avaliação, de acordo com as subescalas do EORTC-C30 e EORTC-CR38.

Tabela 9 – Valores médios (DP) das escalas funcionais da QVRS, em pacientes com CCR, que realizaram a ANT, EID ou EIT, em cada momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014.

Escalas	Escore Escalas Funcionais											
	Pré operatório			Pós operatório								
				3 meses			6 meses			15 meses		
	ANT n=24	EID n=32	EIT n=65	ANT n=23	EID n=30	EIT n=59	ANT n=23	EID n=26	EIT n=57	ANT n=21	EID n=21	EIT n=57
SAÚDE GLOBAL	75,00 (22,52)	71,09 (18,93)	73,46 (20,41)	76,89 (18,35)	80,83 (15,19)	77,40 (21,61)	74,64 (15,38)	83,01 (15,36)	82,31 (17,11)	85,83 (12,12)	83,33 (19,36)	81,73 (15,63)
FUNCIONAMENTO FÍSICO	76,94 (25,02)	82,02 (16,54)	81,23 (21,89)	80,29 (23,99)	85,11 (19,23)	79,66 (24,18)	76,23 (23,94)	86,99 (15,71)	86,70 (14,48)	87,50 (14,26)	85,00 (14,70)	84,15 (17,86)
DESEMPENHO DE PAPEL	79,17 (31,95)	86,36 (27,78)	88,97 (20,68)	83,33 (30,57)	87,78 (21,41)	85,88 (27,48)	86,96 (23,55)	94,87 (14,73)	91,52 (18,13)	88,89 (18,51)	96,67 (8,72)	86,90 (24,35)
FUNCIONAMENTO EMOCIONAL	80,90 (26,63)	68,94 (28,20)	77,31 (24,67)	84,78 (21,71)	82,22 (22,61)	78,39 (27,47)	80,80 (24,55)	78,21 (25,83)	83,67 (18,68)	85,83 (21,13)	81,35 (14,65)	79,97 (20,28)
FUNCIONAMENTO COGNITIVO	88,19 (21,69)	84,34 (22,02)	88,46 (16,38)	90,58 (17,28)	82,78 (24,95)	85,59 (23,46)	87,68 (19,60)	88,46 (18,12)	85,09 (25,33)	85,83 (21,13)	84,13 (15,34)	82,46 (22,80)
FUNCIONAMENTO SOCIAL	91,67 (18,39)	85,35 (25,94)	91,03 (18,18)	90,58 (18,00)	95,56 (12,33)	87,85 (19,04)	96,38 (8,64)	94,23 (10,48)	91,81 (14,13)	95,83 (9,17)	97,50 (8,16)	86,84 (20,35)
IMAGEM CORPORAL	87,04 (23,09)	84,18 (23,25)	90,09 (16,33)	95,65 (10,45)	85,56 (19,39)	85,56 (19,39)	95,65 (8,70)	85,90 (17,65)	86,94 (20,91)	92,78 (12,10)	87,83 (17,53)	84,44 (19,90)
FUNÇÃO SEXUAL	76,39 (26,43)	83,85 (22,99)	73,85 (23,75)	66,67 (27,52)	80,00 (23,33)	80,00 (23,33)	65,22 (24,05)	80,67 (24,38)	77,47 (23,61)	66,67 (33,33)	72,55 (26,31)	72,34 (25,84)
SATISFAÇÃO SEXUAL	63,33 (18,92)	71,43 (29,99)	59,77 (28,70)	72,73 (20,10)	61,11 (25,09)	61,11 (25,09)	62,96 (11,11)	61,11 (25,09)	59,52 (29,75)	74,07 (22,22)	66,67 (29,81)	65,08 (22,30)
PERSPECTIVAS FUTURAS	54,17 (36,53)	52,53 (39,99)	64,62 (35,78)	71,01 (35,25)	60,00 (37,55)	60,00 (37,55)	69,57 (34,69)	70,67 (32,38)	73,10 (33,59)	59,65 (34,39)	68,25 (34,12)	61,99 (38,03)

Tabela 10 – Valores médios (DP) das escalas de sintomas da QVRS, em pacientes com CCR, que realizaram ANT, EID ou EIT. Barretos (SP), 2012-2014.

Escalas	Pré-op			3 meses			6 meses			15 meses		
	ANT n=24	EIDn=32	EITn=65	ANTn=23	EID n=30	EITn=59	ANTn=23	EIDn=26	EITn=57	ANTn=21	EIDn=21	EITn=57
FADIGA	23,15 (28,36)	18,86 (22,48)	16,75 (20,98)	16,43 (26,14)	14,81 (22,09)	16,38 (24,70)	23,67 (23,52)	10,26 (15,69)	14,62 (19,26)	11,11 (21,08)	5,29 (9,04)	14,62 (19,83)
NÁUSEAS E VÔMITOS	9,03 (18,38)	4,55 (11,98)	5,64 (19,16)	5,07 (12,75)	7,22 (14,96)	6,78 (18,60)	8,70 (14,97)	3,85 (8,57)	4,39 (11,15)	3,97 (12,81)	0,00 (0,00)	3,80 (14,09)
DOR	22,92 (30,62)	23,23 (26,33)	19,49 (29,25)	13,04 (27,50)	15,56 (22,71)	22,32 (31,35)	18,12 (27,94)	21,15 (21,37)	10,53 (22,63)	14,29 (29,95)	11,11 (16,10)	12,28 (21,71)
DISPNEIA	8,33 (28,23)	4,04 (11,05)	4,10 (15,03)	8,70 (22,96)	5,56 (17,69)	0,56 (4,34)	13,04 (29,71)	7,69 (17,15)	1,17 (6,19)	15,87 (35,93)	7,94 (23,34)	3,51 (12,09)
INSÔNIA	29,17 (42,06)	31,31 (38,13)	28,21 (36,43)	11,59 (29,49)	25,56 (33,54)	18,08 (29,89)	13,04 (29,71)	24,36 (32,05)	21,64 (35,35)	25,40 (39,31)	11,67 (24,84)	19,30 (37,24)
FALTA DE APETITE	13,89 (30,95)	8,08 (18,69)	8,21 (23,59)	7,25 (17,28)	12,22 (30,93)	14,12 (29,17)	18,84 (33,07)	6,41 (16,38)	8,19 (21,16)	4,76 (21,82)	6,35 (22,65)	8,77 (23,17)
CONSTIPAÇÃO	26,39 (41,68)	19,19 (33,36)	20,51 (33,69)	21,74 (35,69)	4,44 (14,47)	3,95 (18,66)	8,70 (25,06)	13,33 (27,22)	11,11 (26,23)	22,22 (32,20)	6,35 (17,06)	13,45 (28,07)
DIARREIA	22,22 (34,98)	18,18 (33,43)	15,90 (29,53)	20,29 (29,71)	1,11 (6,09)	12,99 (26,27)	5,80 (16,37)	4,00 (11,06)	11,70 (24,79)	14,29 (30,86)	6,35 (13,41)	25,15 (36,34)
DIFICULDADES FINANCEIRAS	25,00 (35,78)	21,21 (29,84)	21,54 (31,42)	26,09 (34,75)	18,89 (29,92)	15,25 (25,01)	17,39 (31,57)	20,51 (29,93)	16,37 (30,94)	21,67 (36,31)	19,05 (34,27)	16,37 (31,57)
PROBLEMAS DE MICÇÃO	37,96 (21,71)	35,02 (23,75)	40,51 (18,78)	42,03 (16,40)	42,96 (15,91)	42,96 (15,91)	44,44 (16,41)	42,31 (13,71)	39,68 (20,53)	37,22 (19,17)	36,51 (17,97)	29,82 (20,38)
EFEITOS QUIMIOTERAPIA	16,67 (18,82)	11,11 (13,03)	16,41 (21,35)	16,91 (20,62)	12,96 (22,81)	12,96 (22,81)	21,74 (25,62)	11,97 (17,76)	14,23 (18,40)	13,89 (22,48)	6,88 (10,23)	10,33 (13,09)
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS	20,56 (17,46)	18,79 (17,52)	19,18 (18,62)	15,94 (16,54)	15,56 (11,26)	15,56 (11,26)	18,26 (18,11)	15,45 (14,04)	14,04 (15,47)	11,00 (10,43)	17,78 (16,24)	16,73 (16,58)
PROBLEMAS SEXUAIS MASCULINOS	11,90 (15,85)	38,10 (48,80)	28,03 (40,30)	12,96 (26,06)	50,00 (36,51)	50,00 (36,51)	16,67 (19,92)	73,33 (34,56)	17,71 (28,20)	5,56 (13,61)	72,22 (22,77)	22,92 (30,96)
PROBLEMAS SEXUAIS FEMININOS	22,22 (38,49)	33,33 (33,33)	16,67 (23,57)	27,78 (25,46)	100,00 -	100,00 -	16,67 (23,57)	16,67 (23,57)	16,67 (16,67)	5,56 (9,62)	22,22 (9,62)	66,67 (23,57)
PROBLEMAS DE EVACUAÇÃO	23,81 (17,59)	22,66 (21,98)	23,00 (13,90)	20,78 (12,26)	9,52 -	9,52 -	16,56 (10,92)	- -	25,00 (9,55)	14,76 (12,06)	16,67 (10,10)	22,38 (13,82)
PROBLEMAS COM O ESTOMA	- -	- -	- -	- -	21,77 (17,93)	21,77 (17,93)	- -	22,67 (21,17)	17,48 (15,04)	- -	19,80 (19,65)	28,94 (25,06)
PERDA DE PESO	11,11 (21,23)	14,14 (22,10)	16,92 (27,08)	7,25 (22,38)	6,67 (20,34)	6,67 (20,34)	2,90 (9,60)	1,28 (6,54)	11,11 (21,21)	1,67 (7,45)	1,59 (7,27)	6,55 (17,31)

A Tabela 10 indicou os valores médios (DP) obtidos nas escalas de sintomas ou problemas, presenciados nos pacientes com CCR que realizaram a ANT, EID ou EIT, em cada momento de avaliação, de acordo com as subescalas do EORTC-C30 e EORTC-CR38. A estatística comparativa realizada por meio do modelo de regressão linear com efeitos mistos encontradas para os domínios funcionais do EORTC-C30 estão expostas na Tabela 11.

Observou-se que houve uma melhora na **Saúde Global** em relação ao pré-operatório aos 3 meses PO tanto para a amostra total estudada [Dif = 5,54 (IC: 1,37 – 9,70, $p < 0,01$)] quanto para o grupo de EID [Dif = 8,54 (IC: 0,90 – 16,19, $p = 0,03$)], aos 6 meses PO para a amostra total [Dif = 7,51 (IC: 3,31 – 11,72, $p < 0,01$)] e para os grupos EIT [Dif = 10,36 (IC: 5,10 – 15,61, $p < 0,01$)] e EID [Dif = 11,46 (IC: 3,50 – 19,42, $p < 0,01$)] e aos 15 meses de PO para a amostra total [Dif = 11,38 (IC: 6,98 – 15,77, $p < 0,01$)] e para os grupos ANT [Dif = 12,03 (IC: 3,39 – 20,67, $p < 0,01$)], EIT [Dif = 10,02 (IC: 4,76 – 15,27, $p < 0,01$)] e EID [Dif = 12,08 (IC: 3,63 – 20,53, $p < 0,01$)]. Essa melhora também foi observada no 6º mês de PO em relação ao 3º mês PO no grupo da EIT [Dif = 5,40 (IC: 0,06 – 10,74, $p = 0,05$)] e no 15º mês PO em relação ao 3º mês PO para a população global [Dif = 5,84 (IC: 1,41 – 10,26, $p < 0,01$)] e para o grupo ANT [Dif = 8,92 (IC: 0,17 – 17,68, $p = 0,05$)] e em relação ao 6º mês apenas no grupo ANT [Dif = 11,30 (IC: 2,67 – 19,94, $p = 0,01$)] (Figura 11).

No domínio **Funcionamento Físico**, ocorreu uma diferença estatisticamente significativa apenas favorecendo o momento de 15 meses de PO em relação ao momento pré-operatório para a amostra geral do estudo [Dif = 4,25 (IC: 0,06 – 8,44, $p = 0,05$)] e para o grupo de ANT [Dif = 8,98 (IC: 0,72 – 17,24, $p = 0,03$)] e favorecendo o 6º mês em relação ao 3º mês no grupo EIT [Dif = 5,35 (IC: 0,21 – 10,48, $p = 0,04$)] (Figura 12).

Figura 11. Valores médios obtidos na Saúde Global, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 12. Valores médios obtidos no Funcionamento Físico, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Tabela 11 – Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas funcionais do EORTC QLQ-C30. Barretos (SP), 2012-2014.

Comparação		Saúde global			Funcionamento físico			Desempenho de papel				Funcionamento emocional				Funcionamento cognitivo				Funcionamento social					
		Dif	IC (95%)		p	Dif	IC (95%)		p	Dif	IC (95%)		p	Dif	IC (95%)		p	Dif	IC (95%)		p				
Comparação intergrupos																									
Amostra geral	ANT vs. EID	-0,45	-8,46	7,57	0,91	-2,27	-11,51	6,96	0,63	-6,65	-15,86	2,56	0,16	7,02	-3,56	17,61	0,19	3,02	-6,45	12,49	0,53	-0,25	-6,76	6,27	0,94
	ANT vs. EIT	1,11	-5,98	8,20	0,76	-1,00	-9,18	7,18	0,81	-3,62	-11,71	4,46	0,38	4,97	-4,39	14,33	0,30	2,26	-6,13	10,64	0,60	3,72	-2,00	9,45	0,20
	EID vs. EIT	1,56	-4,96	8,08	0,64	1,28	-6,23	8,78	0,74	3,03	-4,51	10,57	0,43	-2,05	-10,67	6,57	0,64	-0,76	-8,47	6,94	0,85	3,97	-1,36	9,30	0,14
Pré-op	ANT vs. EID	3,61	-6,82	14,04	0,50	-3,63	-14,80	7,53	0,52	-7,82	-21,20	5,55	0,25	11,86	-1,82	25,54	0,09	1,15	-10,78	13,09	0,85	3,41	-6,06	12,87	0,48
	ANT vs. EIT	3,48	-5,71	12,66	0,46	-3,31	-13,23	6,60	0,51	-11,25	-23,08	0,57	0,06	5,02	-7,11	17,14	0,42	-0,70	-11,29	9,88	0,90	-0,01	-8,38	8,35	1,00
	EID vs. EIT	-0,13	-8,56	8,30	0,98	0,32	-8,68	9,32	0,94	-3,43	-14,21	7,35	0,53	-6,85	-17,88	4,19	0,22	-1,85	-11,48	7,77	0,70	-3,42	-11,05	4,21	0,38
3m	ANT vs. EID	-1,83	-12,43	8,78	0,73	-1,13	-12,42	10,17	0,84	-4,53	-18,12	9,06	0,51	6,60	-7,27	20,47	0,35	8,44	-3,65	20,53	0,17	-5,66	-15,28	3,95	0,25
	ANT vs. EIT	1,63	-7,76	11,01	0,73	2,57	-7,42	12,56	0,61	-2,05	-14,01	9,91	0,74	8,29	-3,95	20,54	0,18	5,22	-5,47	15,90	0,34	2,26	-6,20	10,72	0,60
	EID vs. EIT	3,45	-5,16	12,07	0,43	3,70	-5,55	12,94	0,43	2,49	-8,69	13,66	0,66	1,69	-9,69	13,07	0,77	-3,22	-13,13	6,69	0,52	7,92	0,02	15,83	0,05
6m	ANT vs. EID	-7,13	-17,85	3,60	0,19	-8,00	-19,49	3,49	0,17	-6,91	-20,83	7,02	0,33	4,75	-9,40	18,91	0,51	1,02	-11,31	13,34	0,87	2,11	-7,75	11,96	0,67
	ANT vs. EIT	-6,16	-15,45	3,14	0,19	-6,83	-16,86	3,19	0,18	-3,66	-15,66	8,33	0,55	0,01	-12,27	12,28	1,00	2,03	-8,67	12,74	0,71	4,05	-4,44	12,53	0,35
	EID vs. EIT	0,97	-7,94	9,88	0,83	1,17	-8,35	10,68	0,81	3,24	-8,39	14,88	0,58	-4,75	-16,51	7,02	0,43	1,02	-9,21	11,24	0,85	1,94	-6,29	10,17	0,64
15m	ANT vs. EID	3,56	-7,83	14,94	0,54	3,66	-8,41	15,73	0,55	-7,35	-22,32	7,62	0,33	4,88	-10,14	19,90	0,52	1,46	-11,57	14,49	0,83	-0,84	-11,55	9,87	0,88
	ANT vs. EIT	5,49	-4,14	15,12	0,26	3,58	-6,71	13,87	0,49	2,47	-9,87	14,82	0,69	6,58	-6,13	19,28	0,31	2,47	-8,58	13,53	0,66	8,60	-0,26	17,45	0,06
	EID vs. EIT	1,93	-7,41	11,28	0,68	-0,08	-9,96	9,81	0,99	9,83	-2,71	22,36	0,12	1,70	-10,64	14,03	0,79	1,02	-9,68	11,71	0,85	9,43	0,58	18,29	0,04
Comparação intragrupos																									
Amostra geral	Pré-op vs. 3m	-5,54	-9,70	-1,37	<0,01	-1,55	-5,49	2,39	0,44	-0,91	-6,94	5,13	0,77	-5,37	-10,79	0,05	0,05	1,50	-3,05	6,05	0,52	-1,54	-5,82	2,74	0,48
	Pré-op vs. 6m	-7,51	-11,72	-3,31	<0,01	-2,92	-6,93	1,09	0,15	-5,86	-11,99	0,27	0,06	-4,76	-10,28	0,75	0,09	0,87	-3,76	5,49	0,71	-4,15	-8,50	0,19	0,06
	Pré-op vs. 15m	-11,38	-15,77	-6,98	<0,01	-4,25	-8,44	-0,06	0,05	-5,63	-12,03	0,77	0,08	-5,62	-11,38	0,14	0,06	4,00	-0,84	8,83	0,10	-3,15	-7,71	1,41	0,18
	3m vs. 6m	-1,98	-6,22	2,26	0,36	-1,37	-5,40	2,66	0,50	-4,95	-11,13	1,22	0,12	0,61	-4,94	6,15	0,83	-0,64	-5,29	4,02	0,79	-2,61	-6,99	1,76	0,24
	3m vs. 15m	-5,84	-10,26	-1,41	<0,01	-2,70	-6,91	1,51	0,21	-4,72	-11,17	1,72	0,15	-0,25	-6,04	5,54	0,93	2,49	-2,36	7,35	0,31	-1,61	-6,20	2,98	0,49
	6m vs. 15m	-3,86	-8,29	0,57	0,09	-1,33	-5,57	2,91	0,54	0,23	-6,27	6,73	0,94	-0,85	-6,69	4,98	0,77	3,13	-1,76	8,02	0,21	1,01	-3,62	5,64	0,67
	ANT vs. 3m	-3,11	-11,49	5,27	0,47	-4,35	-12,24	3,55	0,28	-5,07	-17,20	7,06	0,41	-4,71	-15,59	6,17	0,40	-2,90	-12,02	6,23	0,53	0,72	-7,87	9,32	0,87
ANT	Pré-op vs. 6m	-0,72	-8,99	7,54	0,86	-0,29	-8,18	7,60	0,94	-8,70	-20,83	3,44	0,16	-0,72	-11,61	10,16	0,90	0,00	-9,12	9,12	1,00	-5,07	-13,67	3,52	0,25
	Pré-op vs. 15m	-12,03	-20,67	-3,39	<0,01	-8,98	-17,24	-0,72	0,03	-10,36	-22,82	2,10	0,10	-3,81	-15,19	7,56	0,51	2,84	-6,70	12,38	0,56	-4,60	-13,57	4,36	0,31
	3m vs. 6m	2,38	-6,00	10,76	0,58	4,06	-3,83	11,95	0,31	-3,62	-15,75	8,51	0,56	3,99	-6,90	14,87	0,47	2,90	-6,23	12,02	0,53	-5,80	-14,39	2,80	0,11
	3m vs. 15m	-8,92	-17,68	-0,17	0,05	-4,63	-12,89	3,63	0,27	-5,29	-17,75	7,17	0,40	0,90	-10,47	12,27	0,88	5,73	-3,81	15,27	0,24	-5,33	-14,29	3,64	0,24
	6m vs. 15m	-11,30	-19,94	-2,67	0,01	-8,69	-16,95	-0,43	0,04	-1,67	-14,13	10,80	0,79	-3,09	-14,46	8,29	0,59	2,84	-6,70	12,38	0,56	0,47	-8,49	9,43	0,92
	EID vs. 3m	-8,54	-16,19	-0,90	0,03	-1,84	-9,08	5,39	0,62	-1,78	-12,85	9,28	0,75	-9,97	-19,92	-0,01	0,05	4,39	-3,97	12,74	0,30	-8,34	-16,18	-0,50	0,04
EID	Pré-op vs. 6m	-11,46	-19,42	-3,50	<0,01	-4,66	-12,20	2,88	0,23	-7,78	-19,27	3,71	0,18	-7,83	-18,20	2,53	0,14	-0,14	-8,84	8,57	0,98	-6,37	-14,52	1,77	0,12
	Pré-op vs. 15m	-12,08	-20,53	-3,63	<0,01	-1,69	-9,71	6,34	0,68	-9,89	-22,28	2,50	0,12	-10,79	-21,81	0,22	0,05	3,14	-6,11	12,39	0,50	-8,85	-17,63	-0,07	0,05
	3m vs. 6m	-2,91	-10,85	5,02	0,47	-2,82	-10,40	4,77	0,47	-6,00	-17,61	5,61	0,31	2,14	-8,31	12,58	0,69	-4,52	-13,28	4,24	0,31	1,97	-6,26	10,20	0,64
	3m vs. 15m	-3,54	-11,96	4,89	0,41	0,15	-7,91	8,22	0,97	-8,11	-20,62	4,40	0,20	-0,83	-11,92	10,27	0,88	-1,24	-10,56	8,07	0,79	-0,50	-9,37	8,36	0,91
	6m vs. 15m	-0,62	-9,20	7,95	0,89	2,97	-5,23	11,17	0,48	-2,11	-14,86	10,64	0,75	-2,96	-14,25	8,33	0,61	3,28	-6,19	12,75	0,50	-2,47	-11,51	6,56	0,59
	ANT vs. 6m	-4,96	-10,18	0,26	0,06	1,54	-3,46	6,54	0,55	4,14	-3,50	11,77	0,29	-1,43	-8,31	5,44	0,68	3,02	-2,75	8,79	0,30	3,00	-2,41	8,41	0,28
EIT	Pré-op vs. 6m	-10,36	-15,61	-5,10	<0,01	-3,81	-8,87	1,25	0,14	-1,10	-8,79	6,58	0,78	-5,73	-12,65	1,19	0,10	2,74	-3,07	8,54	0,35	-1,01	-6,46	4,43	0,71
	Pré-op vs. 15m	-10,02	-15,27	-4,76	<0,01	-2,08	-7,12	2,95	0,42	3,37	-4,36	11,09	0,39	-2,25	-9,17	4,67	0,52	6,01	0,21	11,82	0,04	0,01	-1,43	9,45	0,15
	3m vs. 6m	-5,40	-10,74	-0,06	0,05	-5,35	-10,48	-0,21	0,04	-5,24	-13,07	2,59	0,19	-4,30	-11,33	2,73	0,23	-0,28	-6,18	5,61	0,92	-4,02	-9,56	1,53	0,16
	3m vs. 15m	-5,06	-10,40	0,28	0,06	-3,62	-8,72	1,48	0,16	-0,77	-8,65	7,11	0,85	-0,82	-7,85	6,22	0,82	2,99	-2,90	8,89	0,32	1,01	-4,54	6,55	0,72
	6m vs. 15m	0,34	-5,02	5,70	0,90	1,73	-3,42	6,87	0,51	4,47	-3,43	12,38	0,27	3,48	-3,57	10,54	0,33	3,28	-2,64	9,19	0,28	5,02	-0,55	10,59	0,00
	ANT vs. 15m	-4,96	-10,18	0,26	0,06	1,54	-3,46	6,54	0,55	4,14	-3,50	11,77	0,29	-1,43	-8,31	5,44	0,68	3,02	-2,75	8,79	0,30	3,00	-2,41	8,41	0,28

Não houve diferenças significantes, do ponto de vista estatístico, no domínio **Desempenho de Papel**, nem na análise global, nem entre os grupos em nenhum dos momentos estudados e nem em relação ao tempo de seguimento dos pacientes do trabalho. (Figura 13).

Quanto ao domínio **Funcionamento Emocional**, foi observada uma diferença em relação ao período antes da cirurgia, favorecendo o 3º mês de PO apenas para o grupo EID [Dif = 9,97 (IC: 0,01 – 19,92, p=0,05)] (Figura 14).

Figura 13. Valores médios obtidos no domínio Desempenho de Papel, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 14. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Emocional, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

As comparações encontradas para os domínios funcionais avaliados pelo EORTC-CR38 estão expostas na Tabela 12.

Tabela 12 - Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas funcionais do EORTC QLQ-C38. Barretos (SP), 2012-2014.

Comparação		Imagem corporal			Função sexual			Satisfação sexual			Perspectiva futura		
		Dif	IC (95%)	p	Dif	IC (95%)	p	Dif	IC (95%)	p	Dif	IC (95%)	p
Comparação intergrupos													
<i>Amostra gera.</i>	ANT vs. EID	6,93	-1,88	15,74	0,12	-10,04	-19,12	-0,96	0,03	0,93	-18,90	20,76	0,93
	ANT vs. EIT	5,93	-1,86	13,72	0,14	-8,86	-16,87	-0,86	0,03	2,52	-14,41	19,45	0,77
	EID vs. EIT	-1,00	-8,18	6,17	0,78	1,18	-6,25	8,61	0,75	1,59	-15,75	18,93	0,86
<i>Pré-op</i>	ANT vs. EID	1,89	-9,57	13,36	0,75	-8,63	-20,56	3,30	0,16	-13,85	-40,64	12,94	0,31
	ANT vs. EIT	-3,99	-14,15	6,17	0,44	0,03	-10,49	10,55	1,00	-4,96	-25,99	16,07	0,64
	EID vs. EIT	-5,88	-15,12	3,36	0,21	8,66	-0,99	18,31	0,08	8,89	-15,02	32,80	0,46
<i>3m</i>	ANT vs. EID	10,61	-1,01	22,24	0,07	-14,94	-26,98	-2,90	0,02	7,37	-21,20	35,94	0,61
	ANT vs. EIT	12,07	1,81	22,33	0,02	-12,62	-23,25	-2,00	0,02	6,60	-16,07	29,27	0,56
	EID vs. EIT	1,46	-8,08	10,99	0,76	2,32	-7,57	12,21	0,64	-0,77	-27,07	25,53	0,95
<i>6m</i>	ANT vs. EID	10,21	-1,66	22,07	0,09	-14,25	-26,64	-1,86	0,02	6,84	-19,67	33,36	0,61
	ANT vs. EIT	8,39	-1,89	18,67	0,11	-16,19	-26,91	-5,47	<0,01	2,40	-20,82	25,62	0,84
	EID vs. EIT	-1,82	-11,68	8,05	0,72	-1,94	-12,36	8,49	0,71	-4,44	-29,15	20,27	0,72
<i>15m</i>	ANT vs. EID	5,02	-7,59	17,62	0,43	-2,35	-16,48	11,79	0,74	3,35	-24,07	30,78	0,81
	ANT vs. EIT	7,25	-3,44	17,93	0,18	-6,68	-18,47	5,12	0,27	6,03	-15,84	27,89	0,58
	EID vs. EIT	2,23	-8,15	12,61	0,67	-4,33	-16,08	7,42	0,47	2,67	-21,09	26,43	0,82
Comparação intragrupos													
<i>Amostra gera.</i>	Pré-op vs. 3m	0,05	-4,54	4,63	0,98	3,10	-1,77	7,97	0,21	1,94	-9,27	13,15	0,73
	Pré-op vs. 6m	-1,31	-5,98	3,35	0,58	3,59	-1,40	8,59	0,16	4,48	-6,75	15,72	0,43
	Pré-op vs. 15m	-0,48	-5,36	4,40	0,85	4,90	-0,64	10,44	0,08	-2,88	-13,82	8,07	0,60
	3m vs. 6m	-1,36	-6,05	3,33	0,57	0,49	-4,51	5,50	0,85	2,54	-9,45	14,54	0,67
	3m vs. 15m	-0,53	-5,44	4,38	0,83	1,80	-3,73	7,33	0,52	-4,82	-16,25	6,61	0,40
	6m vs. 15m	0,83	-4,11	5,78	0,74	1,31	-4,31	6,92	0,65	-7,36	-18,92	4,19	0,21
<i>ANT</i>	Pré-op vs. 3m	-8,21	-17,41	0,99	0,08	9,42	-0,32	19,16	0,06	-8,99	-26,60	8,63	0,31
	Pré-op vs. 6m	-8,21	-17,41	0,99	0,08	10,87	1,13	20,61	0,03	-4,87	-23,34	13,61	0,60
	Pré-op vs. 15m	-5,27	-14,88	4,35	0,28	5,04	-5,70	15,78	0,36	-12,28	-30,75	6,20	0,19
	3m vs. 6m	0,00	-9,20	9,20	1,00	1,45	-8,29	11,19	0,77	4,12	-14,23	22,47	0,66
	3m vs. 15m	2,94	-6,67	12,56	0,55	-4,38	-15,12	6,36	0,42	-3,29	-21,60	15,02	0,72
	6m vs. 15m	2,94	-6,67	12,56	0,55	-5,83	-16,57	4,91	0,29	-7,41	-26,25	11,44	0,44
<i>EID</i>	Pré-op vs. 3m	0,51	-7,91	8,93	0,91	3,11	-5,89	12,11	0,50	12,24	-12,57	37,05	0,33
	Pré-op vs. 6m	0,10	-8,66	8,86	0,98	5,25	-4,24	14,74	0,28	15,82	-8,35	40,00	0,20
	Pré-op vs. 15m	-2,15	-11,46	7,17	0,65	11,32	0,55	22,10	0,04	4,93	-19,11	28,97	0,68
	3m vs. 6m	-0,41	-9,24	8,42	0,93	2,14	-7,32	11,61	0,66	3,59	-22,11	29,28	0,78
	3m vs. 15m	-2,65	-12,03	6,72	0,58	8,21	-2,51	18,94	0,13	-7,31	-31,87	17,26	0,55
	6m vs. 15m	-2,25	-11,79	7,30	0,64	6,07	-4,95	17,09	0,28	-10,89	-35,60	13,81	0,38
<i>EIT</i>	Pré-op vs. 3m	7,85	2,04	13,66	<0,01	-3,23	-9,38	2,92	0,30	2,57	-11,70	16,85	0,72
	Pré-op vs. 6m	4,17	-1,68	10,02	0,16	-5,35	-11,65	0,95	0,10	2,50	-11,95	16,94	0,73
	Pré-op vs. 15m	5,97	0,05	11,89	0,05	-1,66	-8,28	4,95	0,62	-1,29	-13,73	11,15	0,84
	3m vs. 6m	-3,68	-9,62	2,27	0,22	-2,11	-8,52	4,29	0,52	-0,08	-16,87	16,72	0,99
	3m vs. 15m	-1,88	-7,90	4,14	0,54	1,57	-5,13	8,27	0,65	-3,87	-18,83	11,10	0,61
	6m vs. 15m	1,80	-4,23	7,83	0,56	3,68	-3,15	10,51	0,29	-3,79	-18,99	11,42	0,62

Observa-se que para o domínio **Funcionamento Cognitivo**, a diferença encontrada mostrou uma melhor QVRS apenas no período pré-operatório em relação ao 15º mês de PO, somente no grupo EIT [Dif = 6,01 (IC: 0,21 – 11,82, p=0,04)] (Figura 15).

Avaliando o domínio **Funcionamento Social**, ocorreu uma diferença significativa, mostrando uma melhor QVRS no grupo com EID em relação à EIT, tanto no 3º [Dif = 7,92 (IC: 0,02 – 15,83, p=0,05)] quanto no 15º [Dif = 9,43 (IC: 0,58 – 18,29, p=0,04)] meses de PO. Ainda no grupo dos pacientes com EID, foi observada uma melhora tanto no 3º mês [Dif = 8,34 (IC: 0,50 – 16,18, p=0,04)] quanto no 15º mês de PO [Dif = 8,85 (IC: 0,07 – 17,63, p<0,01)] em relação ao período pré-operatório (Figura 16).

Figura 15. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Cognitivo, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 16. Valores médios obtidos no domínio Funcionamento Social, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Avaliando o domínio **Imagem Corporal**, nota-se uma melhor QV no grupo ANT do que no grupo EIT no 3º mês de PO [Dif = 12,07 (IC: 1,81 – 22,33, $p=0,02$)]. Quando avaliada a diferença ao longo do tempo, pode ser observado que, no grupo EIT, ocorreu uma melhor QVRS antes da cirurgia do que no 3º [Dif = 7,85 (IC: 2,04 – 13,66, $p<0,01$)] e no 15º [Dif = 5,97 (IC: 0,05 – 11,89, $p=0,05$)] meses de PO (Figura 17).

Na avaliação do domínio **Função Sexual**, houve maior média nos escores no grupo EID em relação ao grupo ANT, tanto na análise global [Dif = 10,04 (IC: 0,96 – 19,12, $p=0,03$)] quanto nos momentos 3 [Dif = 14,94 (IC: 2,90 – 26,98, $p=0,02$)] e 6 [Dif = 14,25 (IC: 1,86 – 26,64, $p=0,02$)] meses de PO; mesmo padrão observado no grupo EIT, que também apresentou maior média dos escores em relação ao ANT, tanto na análise global [Dif = 8,86 (IC: 0,86 – 16,87, $p=0,03$)] quanto nos momentos 3 [Dif = 12,62 (IC: 2,00 – 23,25, $p=0,02$)] e 6 [Dif = 16,19 (IC: 5,47 – 26,91, $p<0,01$)] meses de PO. Quando avaliado ao longo do tempo, esse domínio mostrou uma maior média dos escores antes da cirurgia quando comparado ao 6º mês de PO no grupo ANT [Dif = 10,87 (IC: 1,13 – 20,61, $p=0,03$)] e no 15º mês de PO no grupo EID [Dif = 11,32 (IC: 0,55 – 22,10, $p=0,04$)] (Figura 18).

Figura 17. Valores médios obtidos no domínio Imagem Corporal, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 18. Valores médios obtidos no domínio Função Sexual, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Apesar dessas diferenças significativamente estatísticas nos domínios supracitados relacionados à sexualidade, a avaliação do domínio **Satisfação Sexual** não demonstrou que houve diferenças significantes, nem para a análise da amostra global, nem entre os grupos em nenhum dos momentos estudados e nem em relação ao tempo de seguimento dos participantes (Figura 19).

O domínio **Perspectiva Futura** apresentou uma diferença no decorrer do tempo, com maior média dos escores no 3º mês na amostra total [Dif = 10,32 (IC: 1,91 – 18,73, $p=0,02$)] e no grupo ANT [Dif = 18,84 (IC: 1,96 – 35,72, $p=0,03$)] e no 6º mês na amostra total [Dif = 14,41 (IC: 5,82 – 23,01, $p<0,01$)] e nos grupos ANT [Dif = 17,39 (IC: 0,51 – 34,27, $p=0,04$)] e EID [Dif = 17,60 (IC: 1,32 – 33,88, $p=0,03$)], todos estes em relação ao período pré-operatório (Figura 20).

Figura 19. Valores médios obtidos no domínio Satisfação Sexual, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 20. Valores médios obtidos no domínio Perspectiva Futura, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

As comparações encontradas para os sintomas e itens isolados do EORTC-C30 estão expostas na Tabela 13.

Tabela 13 - Diferenças estimadas na comparação entre os grupos e momentos de avaliação, para as escalas de sintomas do EORTC QLQ-C30. Barretos (SP), 2012-2014.

Comparação		Fadiga				Náuseas e vômitos				Dor				Dispnéia				Insônia				Falta de apetite				Constipação				Diarréia				Dificuldades financeiras			
		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p		Dif	IC (95%)	p					
Comparação intergrupos																																					
Amostra geral	ANT vs. EID	0,26	-0,09	0,61	0,14	2,07	-2,86	7,00	0,41	0,40	0,01	0,79	0,05	6,10	-1,28	13,48	0,10	0,13	-0,18	0,44	0,39	0,08	-0,42	0,57	0,75	0,04	-0,41	0,50	0,84	7,67	-1,72	17,06	0,11	-0,06	-0,33	0,20	0,63
	ANT vs. EIT	0,10	-0,19	0,40	0,49	1,51	-2,80	5,81	0,49	0,27	-0,10	0,64	0,15	9,63	3,12	16,13	<0,01	-0,01	-0,29	0,27	0,96	0,16	-0,26	0,59	0,43	-0,05	-0,47	0,37	0,80	-1,73	-9,94	6,48	0,68	-0,07	-0,32	0,17	0,55
	EID vs. EIT	-0,16	-0,44	0,13	0,27	-0,57	-4,61	3,48	0,78	-0,13	-0,41	0,16	0,38	3,52	-2,50	9,55	0,25	-0,14	-0,37	0,09	0,23	0,09	-0,34	0,51	0,67	-0,09	-0,49	0,30	0,63	-9,40	-17,11	-1,69	0,02	-0,01	-0,24	0,22	0,93
Pré-op	ANT vs. EID	0,22	-0,24	0,68	0,34	3,79	-4,62	12,21	0,38	0,39	-0,11	0,89	0,12	4,78	-5,45	15,01	0,36	0,20	-0,23	0,64	0,36	0,38	-0,32	1,08	0,27	0,23	-0,34	0,81	0,41	1,65	-13,86	17,16	0,83	0,14	-0,27	0,55	0,50
	ANT vs. EIT	0,26	-0,14	0,67	0,20	3,48	-3,94	10,90	0,36	0,24	-0,23	0,71	0,31	5,10	-3,95	14,16	0,27	0,34	-0,06	0,73	0,10	0,23	-0,39	0,85	0,45	0,41	-0,10	0,92	0,11	7,95	-5,73	21,63	0,25	-0,13	-0,51	0,25	0,49
	EID vs. EIT	0,04	-0,33	0,42	0,82	-0,31	-7,09	6,47	0,93	-0,15	-0,54	0,23	0,43	0,33	-7,92	8,57	0,94	0,14	-0,19	0,46	0,41	-0,15	-0,78	0,47	0,61	0,17	-0,33	0,68	0,48	6,31	-6,19	18,81	0,32	-0,27	-0,60	0,06	0,10
3m	ANT vs. EID	0,12	-0,43	0,67	0,67	-3,65	-12,21	4,90	0,40	0,65	0,00	1,29	0,05	3,30	-7,08	13,69	0,53	0,11	-0,47	0,70	0,70	-0,58	-1,34	0,17	0,12	0,16	-0,54	0,86	0,65	19,37	3,60	35,14	0,02	-0,06	-0,48	0,37	0,79
	ANT vs. EIT	0,29	-0,19	0,77	0,23	-2,01	-9,52	5,51	0,60	0,37	-0,24	0,97	0,23	9,03	-0,12	18,18	0,05	0,17	-0,39	0,73	0,54	-0,25	-0,91	0,41	0,44	-0,28	-0,96	0,40	0,40	5,81	-8,04	19,66	0,41	0,10	-0,26	0,47	0,58
	EID vs. EIT	0,17	-0,26	0,60	0,43	1,65	-5,40	8,70	0,65	-0,28	-0,71	0,15	0,20	5,73	-2,80	14,27	0,19	0,06	-0,31	0,43	0,76	0,33	-0,22	0,89	0,22	-0,44	-1,23	0,35	0,26	-13,56	-26,55	-0,57	0,04	0,16	-0,22	0,54	0,41
6m	ANT vs. EID	0,64	0,13	1,15	0,01	4,46	-4,33	13,26	0,32	0,22	-0,32	0,77	0,42	7,27	-3,36	17,90	0,18	-0,06	-0,61	0,49	0,84	-0,06	-0,86	0,75	0,88	-0,10	-0,82	0,62	0,78	2,17	-14,18	18,52	0,79	-0,08	-0,56	0,39	0,73
	ANT vs. EIT	0,16	-0,25	0,57	0,45	4,25	-3,29	11,78	0,27	0,21	-0,32	0,75	0,42	11,92	2,74	21,09	0,01	-0,31	-0,83	0,20	0,23	0,18	-0,41	0,77	0,53	-0,19	-0,87	0,50	0,58	-7,33	-21,22	6,56	0,30	-0,11	-0,54	0,33	0,63
	EID vs. EIT	-0,48	-0,93	-0,03	0,03	-0,22	-7,58	7,15	0,95	-0,01	-0,46	0,44	0,97	4,64	-4,22	13,50	0,30	-0,26	-0,63	0,12	0,18	0,24	-0,58	1,06	0,55	-0,09	-0,63	0,46	0,74	-9,50	-23,24	4,25	0,17	-0,02	-0,43	0,38	0,91
15m	ANT vs. EID	0,07	-0,55	0,68	0,83	3,68	-5,73	13,09	0,44	0,34	-0,32	1,00	0,31	9,06	-2,19	20,31	0,11	0,28	-0,30	0,85	0,34	0,57	-0,83	1,96	0,41	-0,12	-0,82	0,58	0,73	7,50	-9,82	24,82	0,39	-0,26	-0,76	0,25	0,31
	ANT vs. EIT	-0,29	-0,77	0,18	0,22	0,30	-7,48	8,07	0,94	0,27	-0,32	0,86	0,36	12,45	3,04	21,87	<0,01	-0,22	-0,66	0,22	0,32	0,49	-0,74	1,72	0,41	-0,14	-0,65	0,37	0,57	-13,35	-27,68	0,97	0,07	-0,17	-0,60	0,27	0,45
	EID vs. EIT	-0,36	-0,87	0,15	0,17	-3,38	-11,22	4,46	0,40	-0,07	-0,58	0,44	0,79	3,39	-5,95	12,74	0,48	-0,50	-1,01	0,02	0,06	-0,07	-0,98	0,83	0,87	-0,03	-0,67	0,62	0,94	-20,86	-35,29	-6,43	<0,01	0,09	-0,36	0,55	0,68
Comparação intragrupos																																					
Amostra geral	Pré-op vs. 3m	-0,01	-0,23	0,22	0,94	0,04	-4,18	4,25	0,99	-0,06	-0,32	0,20	0,64	0,82	-3,59	5,23	0,72	0,24	-0,01	0,48	0,06	-0,03	-0,39	0,33	0,87	-0,04	-0,37	0,29	0,79	8,09	0,45	15,72	0,04	0,09	-0,11	0,30	0,36
	Pré-op vs. 6m	0,14	-0,07	0,36	0,19	1,20	-3,07	5,48	0,58	0,01	-0,23	0,25	0,93	-1,24	-5,73	3,24	0,59	0,14	-0,10	0,38	0,25	-0,02	-0,40	0,35	0,89	0,03	-0,27	0,33	0,83	12,47	4,69	20,26	<0,01	-0,04	-0,26	0,18	0,71
	Pré-op vs. 15m	0,38	0,14	0,62	<0,01	4,07	-0,35	8,48	0,07	0,21	-0,05	0,48	0,11	-3,29	-7,94	1,35	0,16	0,15	-0,10	0,40	0,24	-0,37	-0,90	0,16	0,16	0,21	-0,06	0,48	0,13	4,10	-3,91	12,11	0,31	-0,08	-0,31	0,15	0,48
	3m vs. 6m	0,15	-0,09	0,39	0,21	1,17	-3,14	5,48	0,59	0,07	-0,20	0,34	0,60	-2,06	-6,58	2,45	0,37	-0,10	-0,37	0,18	0,48	0,00	-0,37	0,38	0,98	0,07	-0,28	0,42	0,66	4,38	-3,47	12,23	0,27	-0,14	-0,36	0,09	0,23
	3m vs. 15m	0,39	0,13	0,65	<0,01	4,03	-0,42	8,48	0,08	0,27	-0,02	0,57	0,07	-4,11	-8,79	0,56	0,08	-0,09	-0,37	0,19	0,54	-0,34	-0,88	0,20	0,20	0,25	-0,09	0,60	0,15	-3,99	-12,06	4,08	0,33	-0,18	-0,41	0,06	0,14
	6m vs. 15m	0,24	-0,02	0,50	0,07	2,86	-1,63	7,36	0,21	0,20	-0,08	0,48	0,15	-2,05	-6,76	2,66	0,39	0,01	-0,26	0,28	0,94	-0,35	-0,88	0,19	0,19	0,18	-0,14	0,49	0,26	-8,37	-16,56	-0,18	0,05	-0,04	-0,28	0,20	0,74
ANT	Pré-op vs. 3m	0,01	-0,45	0,47	0,95	4,35	-4,13	12,83	0,31	-0,19	-0,76	0,39	0,52	0,00	-8,86	8,86	1,00	0,32	-0,25	0,89	0,26	0,45	-0,23	1,14	0,18	0,21	-0,23	0,65	0,33	2,90	-12,47	18,27	0,71	0,08	-0,32	0,49	0,69
	Pré-op vs. 6m	0,04	-0,36	0,43	0,86	0,72	-7,76	9,21	0,87	0,07	-0,41	0,56	0,76	-4,35	-13,21	4,51	0,33	0,44	-0,10	0,98	0,11	0,14	-0,48	0,76	0,64	0,34	-0,27	0,95	0,26	17,39	2,02	32,76	0,03	0,03	-0,41	0,47	0,91
	Pré-op vs. 15m	0,62	0,16	1,07	<0,01	5,17	-3,53	13,86	0,24	0,22	-0,33	0,77	0,42	-7,17	-16,28	1,93	0,12	0,31	-0,15	0,76	0,18	-0,52	-1,80	0,76	0,40	0,51	0,09	0,93	0,02	9,25	-6,51	25,01	0,25	0,06	-0,37	0,50	0,77
	3m vs. 6m	0,02	-0,43	0,47	0,92	-3,62	-12,11	4,86	0,40	0,26	-0,33	0,85	0,38	-4,35	-13,21	4,51	0,33	0,12	-0,54	0,78	0,72	-0,32	-1,00	0,37	0,35	0,13	-0,48	0,73	0,67	14,49	-0,88	29,86	0,06	-0,06	-0,49	0,38	0,79
	3m vs. 15m	0,60	0,09	1,12	0,02	0,82	-7,88	9,51	0,85	0,41	-0,24	1,06	0,22	-7,17	-16,28	1,93	0,12	-0,01	-0,60	0,57	0,97	-0,97	-2,30	0,36	0,14	0,30	-0,13	0,72	0,16	6,35	-9,41	22,12	0,43	-0,02	-0,45	0,42	0,93
	6m vs. 15m	0,58	0,13	1,04	0,01	4,44	-4,25	13,14	0,32	0,15	-0,43	0,72	0,61	-2,82	-11,93	6,28	0,54	-0,13	-0,68	0,42	0,63	-0,66	-1,87	0,56	0,27	0,17	-0,44	0,78	0,57	-8,14	-23,90	7,62	0,31	0,04	-0,42	0,50	0,87
EID	Pré-op vs. 3m	-0,09	-0,50	0,33	0,68	-3,10	-10,81	4,61	0,43	0,07	-0,35	0,48	0,75	-1,47	-9,56	6,61	0,72	0,23	-0,13	0,60	0,20	-0,51	-1,20	0,17	0,13	0,14	-0,54	0,81	0,68	20,62	6,64	34,60	<0,01	-0,11	-0,50	0,27	0,55
	Pré-op vs. 6m	0,46	0,02	0,89	0,04	1,40	-6,59	9,38	0,73	-0,09	-0,50	0,31	0,64	-1,85	-10,26	6,56	0,67	0,18	-0,19	0,56	0,33	-0,30	-1,12	0,51	0,45	0,01	-0,51	0,53	0,98	17,92	3,25	32,58	0,02	-0,20	-0,58	0,18	0,30
	Pré-op vs. 15m	0,46	-0,03	0,96	0,07	5,05	-3,38	13,48	0,24	0,17	-0,30	0,64	0,48	-2,89	-11,81	6,04	0,52	0,39	-0,12	0,89	0,13	-0,34	-1,17	0,50	0,41	0,16	-0,46	0,77	0,60	15,11	-0,20	30,41	0,05	-0,34	-0,77	0,10	0,13
	3m vs. 6m	0,54	0,07	1,01	0,02	4,50	-3,59	12,58	0,27	-0,1																											

Observa-se que, na avaliação dos sintomas **Náuseas e Vômitos**, **Falta de Apetite**, **Efeitos da Quimioterapia** e **Problemas com o Estoma**, não foram encontradas diferenças significantes para as análises globais entre os grupos em nenhum dos momentos estudados, bem como em relação ao tempo de seguimento dos pacientes do trabalho.

As Figuras 21, 22, 23, 24 apresentam a evolução dos sintomas supracitados, para cada grupo.

Figura 21. Valores médios obtidos nos sintomas Náuseas e Vômitos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 22. Valores médios obtidos no sintoma Falta de Apetite, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 23. Valores médios obtidos nos sintomas Efeitos da Quimioterapia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 24. Valores médios obtidos nos sintomas Problemas com o Estoma, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Quanto ao sintoma **Fadiga**, na amostra total, ele foi discretamente maior nos momentos pré-operatório [Dif = 0,38 (IC: 0,14 – 0,62, $p < 0,01$)] e no 3º mês de PO [Dif = 0,39 (IC: 0,13 – 0,65, $p < 0,01$)] em relação ao 15º mês de PO. Diferença semelhante foi encontrada tanto no grupo da ANT, no qual houve uma maior fadiga nos momentos pré-operatório [Dif = 0,62 (IC: 0,16 – 1,07, $p < 0,01$)], 3º mês [Dif = 0,60 (IC: 0,09 – 1,12, $p = 0,02$)] e 6º mês [Dif = 0,58 (IC: 0,13 – 1,04, $p = 0,01$)] de PO em relação a 15 meses após a cirurgia, quanto no grupo EID, no qual foi observada maior fadiga no 3º mês em relação ao 6º [Dif = 0,54 (IC: 0,07 – 1,01, $p = 0,02$)] e ao 15º [Dif = 0,55 (IC: 0,02 – 1,08, $p = 0,04$)] meses de PO. Quando analisadas as diferenças entre os grupos nos diversos momentos, foi observada uma fadiga discretamente maior nos grupos ANT [Dif = 0,64 (IC: 0,13 – 1,15, $p = 0,01$)] e EIT [Dif = 0,48 (IC: 0,03 – 0,93, $p = 0,03$)] em comparação ao grupo EID (Figura 25).

Na análise global entre os grupos para o sintoma **Dor**, foi observada uma discreta diferença, mas estatisticamente significativa, com maior dor no grupo de ANT em comparação ao EID [Dif = 0,40 (IC: 0,01 – 0,79, $p = 0,05$)], diferença esta que, quando avaliada nos diversos momentos da avaliação, foi observada apenas no 3º mês de PO [Dif = 0,65 (IC: 0,00 – 1,29, $p = 0,05$)] (Figura 26).

Figura 25. Valores médios obtidos no sintoma Fadiga, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 26. Valores médios obtidos no sintoma Dor, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Foi demonstrada uma piora na QVRS relacionada ao sintoma **Dispneia** no grupo ANT em relação ao grupo EIT tanto na análise global [Dif = 9,63 (IC: 3,12 – 16,13, $p < 0,01$)], quanto nas avaliações de 6 meses [Dif = 11,92 (IC: 2,74 – 21,09, $p = 0,01$)] e de 15 meses [Dif = 12,45 (IC: 3,04 – 21,87, $p < 0,01$)] após a cirurgia (Figura 27).

No sintoma **Insônia**, foi observado um discreto aumento do impacto na QVRS por esse domínio no decorrer do tempo no grupo EIT, no qual ocorreu um pequeno aumento no escore no 6º mês [Dif = 0,36 (IC: 0,05 – 0,67, $p = 0,02$)] e no 15º mês [Dif = 0,40 (IC: 0,07 – 0,74, $p = 0,02$)], quando comparados com o 3º mês de PO (Figura 28).

Figura 27. Valores médios obtidos no sintoma Dispneia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 28. Valores médios obtidos no sintoma Insônia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Na análise do sintoma **Constipação**, diferença com valor estatístico foi encontrada apenas no grupo ANT, com pequeno aumento da média dos escores 15 meses após a cirurgia, quando comparado com o período pré-operatório [Dif = 0,51 (IC: 0,09 – 0,93, $p = 0,02$)] (Figura 29).

Quando feita a avaliação para a amostra global do sintoma **Diarreia**, ocorreu uma piora da QVRS no grupo EIT em relação ao grupo EID [Dif = 9,40 (IC: 1,69 – 17,11, $p = 0,02$)], padrão esse que também foi observado no 3º [Dif = 13,56 (IC: 0,57 – 26,55, $p = 0,04$)] e no 15º [Dif = 20,86 (IC: 6,43 – 35,29, $p < 0,01$)] meses de PO. Também foi observado pior QVRS no grupo ANT em relação ao EID no 3º mês de PO [Dif = 19,37 (IC:

3,60 – 35,14, $p=0,02$]. Quando avaliada a diferença do impacto desse domínio no decorrer do tempo, ocorreu um aumento nas médias dos escores no 15^o mês em relação ao 6^o mês de PO [Dif = 8,37 (IC: 0,18 – 16,56, $p=0,05$)] na amostra total e no grupo EIT [Dif = 14,17 (IC: 4,22 – 24,11, $p<0,01$)], em relação ao 3^o mês no grupo EIT [Dif = 12,81 (IC: 2,90 – 22,72, $p=0,01$)], e em relação ao pré-operatório no grupo EIT [Dif = 12,06 (IC: 2,36 – 21,75, $p=0,02$)]. No entanto, foi observado que no pré-operatório, os valores médios dos escores foram bem maiores do que no 3^o mês para o grupo EID [Dif = 20,62 (IC: 6,64 – 34,60, $p<0,01$)] e do que no 6^o mês nos grupos ANT [Dif = 17,39 (IC: 2,02 – 32,76, $p=0,03$)] e EID [Dif = 17,92 (IC: 3,25 – 32,58, $p=0,02$)] (Figura 30).

Figura 29. Valores médios obtidos no sintoma Constipação, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 30. Valores médios obtidos no sintoma Diarreia, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

No item **Dificuldades Financeiras**, foi observado apenas que no grupo EIT havia um discreto aumento nas médias dos escores, antes da cirurgia quando comparado com o 3^o mês de PO [Dif = 0,32 (IC: 0,04 – 0,59, $p=0,02$)] (Figura 31).

Observando-se a escala **Problemas de Micção**, nota-se apenas uma diferença ao longo do tempo. Na casuística total, aos 6 meses de PO a média dos escores foi maior do que no período pré-operatório [Dif = 5,29 (IC: 0,22 – 10,36, $p=0,04$)], enquanto que tanto aos 3 [Dif = 6,45 (IC: 1,13 – 11,76, $p=0,02$)] quanto aos 6 [Dif = 8,09 (IC: 2,72 – 13,45, $p<0,01$)] meses de PO a média dos escores foi maior que aos 15 meses de PO. No grupo EIT, a média

dos escores foi maior tanto no período pré-operatório [Dif = 10,40 (IC: 4,06 – 16,15, $p < 0,01$)], quanto aos 3 [Dif = 8,62 (IC: 2,14 – 15,09, $p < 0,01$)] e 6 [Dif = 11,17 (IC: 4,64 – 17,70, $p < 0,01$)] meses após a cirurgia, em relação aos 15 meses de PO (Figura 32).

Figura 31. Valores médios obtidos no item Dificuldades Financeiras, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 32. Valores médios obtidos para os Problemas de Micção, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

A Tabela 14 demonstra todas as diferenças estimadas encontradas para as avaliações intergrupos e intragrupos nos diferentes momentos, avaliados pelo EORTC QLQ-CR38.

Os **Sintomas Gastrointestinais** também apresentaram diferenças com poder estatístico apenas nas comparações em relação ao momento de avaliação, sendo que, para a casuística total, no momento pré-operatório, a média dos escores foi maior que nos momentos 3 [Dif = 4,20 (IC: 0,13 – 8,27, $p=0,04$)], 6 [Dif = 4,36 (IC: 0,22 – 8,49, $p=0,04$)] e 15 [Dif = 5,35 (IC: 1,03 – 9,66, $p=0,02$)] meses de PO. Na análise dos grupos, nos pacientes da ANT, a média dos escores foi maior no momento pré-operatório que aos 15 meses de PO [Dif = 10,26 (IC: 1,72 – 18,79, $p=0,02$)] e nos participantes da EIT a média dos escores foi maior no pré-operatório que aos 6 meses de PO [Dif = 5,22 (IC: 0,04 – 10,41, $p=0,05$)] (Figura 33).

Quanto aos **Problemas Sexuais Masculinos**, foram observadas grandes diferenças tanto entre os grupos quanto em relação ao tempo em várias combinações de resultado. O grupo EID mostrou maiores escores do que o grupo ANT, tanto na análise global [Dif = 57,40 (IC: 26,69 – 88,11, $p<0,01$)] quanto no 3º [Dif = 50,58 (IC: 8,02 – 93,14, $p=0,02$)], 6º [Dif = 66,64 (IC: 24,07 – 109,21, $p<0,01$)] e 15º [Dif = 75,51 (IC: 32,58 – 118,44, $p<0,01$)] meses após a cirurgia. O grupo EID também mostrou maiores escores em relação ao EIT tanto na amostra total [Dif = 36,29 (IC: 12,49 – 60,90, $p<0,01$)] quanto no 6º [Dif = 54,24 (IC: 17,71 – 90,77, $p<0,01$)] e 15º [Dif = 51,90 (IC: 17,44 – 86,36, $p<0,01$)] meses de PO. Na análise ao longo do tempo, somente o grupo EID mostrou uma diferença estatística significativa, com maiores escores no 15º mês de PO em relação ao pré-operatório [Dif = 35,48 (IC: 0,75 – 70,22, $p=0,05$)] (Figura 34).

Figura 33. Valores médios obtidos nos Sintomas Gastrointestinais, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 34. Valores médios obtidos nos Problemas Sexuais Masculinos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Para os **Problemas Sexuais Femininos**, o grupo EIT apresentou maiores escores que o grupo EID no 15^o mês de seguimento [Dif = 55,11 (IC: 2,98 – 107,23, p=0,04)]. Na avaliação entre os períodos estudados, o grupo EID mostrou um escore maior no 3^o mês em relação ao 3^o mês de PO [Dif = 81,65 (IC: 6,71 – 156,60, p=0,04)] e o grupo EIT mostrou escores maiores no 15^o mês em relação ao pré-operatório [Dif = 42,64 (IC: 7,86 – 77,41, p=0,02)] e ao 6^o mês de PO [Dif = 56,57 (IC: 6,66 – 106,48, p=0,03)] (Figura 35).

Avaliando os **Problemas de Evacuação** foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa apenas no grupo ANT ao longo do tempo, no qual no momento pré-operatório a média dos escores foi maior que aos 6 [Dif = 7,66 (IC: 1,23 – 14,009, p=0,02)] e aos 15 [Dif = 8,77 (IC: 2,05 – 15,50, p=0,01)] meses de PO (Figura 36).

Figura 35. Valores médios obtidos nos Problemas Sexuais Femininos, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 36. Valores médios obtidos nos Problemas de Evacuação, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

No sintoma **Perda de Peso**, houve diferença apenas nas análises ao longo do tempo. No momento pré-operatório a média dos escores foi maior quando comparados ao 3^o mês de PO para a casuística total [Dif = 8,08 (IC: 2,27 – 13,89, p<0,01)] e no grupo EIT [Dif = 11,27 (IC: 3,89 – 18,65, p<0,01)], quando comparado ao 6^o mês de PO para a casuística total [Dif = 9,49 (IC: 3,62 – 15,37, p<0,01)] e quando comparado com o 15^o mês de PO tanto para a casuística total [Dif = 11,02 (IC: 4,91 – 17,12, p<0,01)] quanto para o grupo EIT [Dif = 10,35 (IC: 2,96 – 17,74, p<0,01)] (Figura 37).

Foi realizada também uma análise específica para os participantes com EIT, para comparar o domínio **Saúde Global** nos indivíduos com e sem estoma. Os resultados indicaram que houve diferença de -14,79 [(IC: -29,17 – -0,40, $p=0,04$)] na comparação entre o momento pré-operatório e 6 meses de PO e diferença de -8,98 [(IC: -16,30 – -1,67, $p=0,02$)] na comparação entre o momento pré e 15 meses de PO, para os participantes que estavam sem o estoma na avaliação (Figura 38).

Figura 37. Valores médios obtidos para o sintoma Perda de Peso, ao longo do tempo, em pacientes com CCR.

Figura 38. Valores médios obtidos no domínio Saúde Global, ao longo do tempo, em pacientes com EIT.

4.5 Modelo de Equações Estruturais

A fim de testar um modelo explicativo para a relação das variáveis (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, religião, depressão, ansiedade, tipo de estomia, insatisfação com a imagem corporal, acurácia, estadiamento clínico e saúde global) utilizou-se a técnica Modelagem de Equações Estruturais.

Os resultados dessa análise indicaram que o modelo de medida das variáveis em estudo apresentou um bom ajustamento de medida: [$\chi^2 = 16,98$ (GL 21); RMSE= 0,00 (IC

95%: 0,00 – 0,07); CFI =1,00; TLI=1,11], constituindo, assim, bons indicadores para a construção do modelo estrutural

Na Figura 39 podem ser observadas as trajetórias do modelo total que foi testado e, em seguida, na Figura 40, têm-se as trajetórias das variáveis que apresentaram resultados significantes.

Figura 39. Modelo de equações estruturais testado para as variáveis associadas à saúde global

*Coeficiente estimado para a comparação “temporária vs definitiva”;

** Coeficiente estimado para a comparação “masculino vs feminino”;

*** Coeficiente estimado para a comparação “com vs sem companheiro”.

Figura 40. Modelo de equações estruturais para as variáveis significativas associadas à saúde global

Observou-se que apenas depressão e acurácia apresentaram efeito direto sobre a saúde global, sendo que o aumento da acurácia parece aumentar seu escore, enquanto o aumento do escore de depressão a diminuiria.

Outras variáveis tiveram apenas efeito indireto sobre a saúde global, como o estado civil, ansiedade e insatisfação. Neste caso, o aumento da ansiedade ou do escore de insatisfação, diminuiria a saúde global. Quanto ao estado civil, o modelo indicou que pacientes com companheiro tendem a apresentar melhor saúde global do que aqueles sem companheiro.

Outros efeitos puderam ser observados, como o efeito direto da ansiedade sobre a depressão, da insatisfação e do sexo sobre a acurácia, do tipo de estomia sobre a insatisfação. Observou-se ainda um efeito indireto do tipo de estomia sobre a acurácia. Os coeficientes, Intervalos de Confiança (IC) e valor-p, para as variáveis que mostraram significância estatística, encontram-se na Tabela 15.

Tabela 15 – Coeficientes encontrados na análise de Modelagem de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis sexo, estado civil, depressão, ansiedade, acurácia, insatisfação, tipo de estoma e saúde global, em pacientes com CCR. Barretos (SP), 2012-2014.

Variável	Coeficiente	IC 95%		Valor-P
Efeitos diretos				
HAD - Depressão → Saúde Global	-2,67	-3,81	-1,53	<0,01
Acurácia → Saúde Global	0,80	0,08	1,51	0,03
HAD - Ansiedade →HAD Depressão	0,67	0,05	1,29	0,03
Tipo de estoma (Temporária x Definitiva) → Insatisfação	3,77	1,43	6,12	<0,01
Insatisfação → Acurácia	-0,54	-0,71	-0,38	<0,01
Sexo (Masculino x Feminino) → Acurácia	-3,14	-5,06	-1,22	<0,01
Efeitos indiretos				
HADS - Ansiedade ----> Saúde Global	-1,67	-3,22	-0,12	0,03
Estado civil (Com companheiro x Sem companheiro) ---->Saúde goba	8,67	2,51	14,82	<0,01
HADS - Ansiedade ----> Saúde Global	-0,03	-0,06	0,00	0,03
Tipo de estoma (Temporária x Definitiva) ----> Acurácia	-2,06	-3,48	-0,64	0,01

4.6 Avaliação das Distorções Cognitivas

Observa-se pelos resultados encontrados no questionário Medida Subjetiva de Pensamentos e Emoções que poucos pacientes apresentaram distorções cognitivas e a casuística diminuiu com o passar do tempo. Os valores médios indicam ainda que os participantes apresentaram nível baixo as distorções cognitivas avaliadas. A distorção rotulada foi a que apresentou valores médios mais elevados (Tabela 16).

Os índices obtidos pela correlação de Spearman indicaram que houve relação em níveis baixos ou moderados entre as distorções cognitivas e as variáveis estudadas, apesar de algumas correlações terem significância estatística (Tabela 17).

Tabela 16 – Valores médios (DP) encontrados para as distorções cognitivas apresentadas em cada grupo (ANT, EID, EIT) e em cada momento de avaliação. Barretos (SP), 2012-2014.

Avaliação	Distorção Cognitiva	ANT			EID			EIT		
		n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP
<i>Pré-op</i>	Pensamento tudo ou nada	19	1,58	3,36	23	2,78	3,67	55	2,53	3,66
	Catastrofização	20	1,30	2,90	25	1,92	3,70	56	1,75	3,06
	Argumentação emocional	23	1,48	2,64	22	1,68	3,14	54	1,13	2,43
	Rotulação	19	1,00	2,05	22	3,86	3,76	55	1,96	2,93
	Maximização/minimização	22	0,86	2,08	21	1,62	2,97	53	1,09	2,73
	Abstração seletiva	21	0,57	1,66	21	1,71	3,48	55	1,51	2,94
	Leitura mental	19	1,37	3,20	21	3,29	3,85	53	2,25	3,39
	Personalização	22	1,59	2,59	24	2,67	3,41	53	2,74	3,74
<i>3 meses</i>	Pensamento tudo ou nada	23	1,87	3,40	25	1,36	3,03	53	0,74	2,26
	Catastrofização	23	1,70	3,23	26	1,92	3,60	54	1,26	2,89
	Argumentação emocional	22	0,73	2,25	27	1,19	2,91	54	1,52	2,98
	Rotulação	23	1,09	2,91	25	2,84	3,72	55	2,45	3,45
	Maximização/minimização	23	0,91	2,87	25	0,20	1,00	56	0,23	1,04
	Abstração seletiva	23	2,35	3,76	25	1,52	2,66	55	2,29	3,46
	Leitura mental	23	1,39	2,86	27	2,85	3,15	52	1,79	2,97
	Personalização	23	1,04	2,42	28	3,61	4,31	55	2,47	3,59
<i>6 meses</i>	Pensamento tudo ou nada	20	0,50	2,24	19	0,58	2,09	44	0,66	1,70
	Catastrofização	21	1,81	3,44	18	1,11	2,61	45	1,36	2,97
	Argumentação emocional	21	0,38	1,75	18	1,28	2,99	42	0,38	1,40
	Rotulação	21	1,33	2,94	18	1,94	3,89	42	1,48	2,92
	Maximização/minimização	21	0,00	0,00	19	0,47	2,06	43	0,28	1,35
	Abstração seletiva	21	2,38	3,50	20	2,05	3,25	42	0,98	2,49
	Leitura mental	20	1,30	2,87	18	1,78	3,06	44	1,05	2,36
	Personalização	21	1,52	2,86	18	1,94	3,06	47	2,06	3,50
<i>15 meses</i>	Pensamento tudo ou nada	11	0,64	2,11	13	0,62	1,71	41	1,98	3,28
	Catastrofização	10	1,00	2,11	11	1,36	3,11	35	1,57	3,01
	Argumentação emocional	10	0,50	1,58	10	0,40	1,26	33	1,06	2,54
	Rotulação	10	0,00	0,00	11	0,91	3,02	34	0,79	2,36
	Maximização/minimização	10	0,00	0,00	10	0,00	0,00	34	1,29	3,06
	Abstração seletiva	9	0,56	1,67	10	0,40	1,26	37	1,81	3,20
	Leitura mental	9	0,89	2,67	11	0,73	2,41	35	0,94	2,27
	Personalização	9	1,78	2,68	12	1,75	3,19	39	1,97	3,06

Tabela 17 – Coeficiente de Correlação de Spearman para as distorções cognitivas apresentadas para grupo em relação à acurácia, insatisfação, ansiedade, depressão e saúde global Barretos (SP), 2012-2014.

Avaliação	Distorção Cognitiva	ANT					EIT					EIO				
		Acurácia	Insatisfação	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão	Saúde global	Acurácia	Insatisfação	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão	Saúde global	Acurácia	Insatisfação	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão	Saúde global
Pré-op	Pensamento tudo ou nada	-0,23 (p= 0,34)	0,13 (p= 0,59)	-0,22 (p= 0,36)	0,08 (p= 0,75)	-0,26 (p= 0,29)	0,13 (p= 0,36)	-0,03 (p= 0,81)	0,40 (p= <0,01)	0,20 (p= 0,14)	0,10 (p= 0,46)	-0,19 (p= 0,39)	-0,11 (p= 0,61)	0,39 (p= 0,06)	0,27 (p= 0,22)	-0,02 (p= 0,92)
	Catastrofização	-0,12 (p= 0,63)	0,07 (p= 0,76)	0,34 (p= 0,15)	0,37 (p= 0,11)	-0,00 (p= 0,99)	0,04 (p= 0,78)	0,08 (p= 0,54)	0,29 (p= 0,03)	0,21 (p= 0,13)	0,02 (p= 0,86)	-0,08 (p= 0,71)	-0,10 (p= 0,64)	0,37 (p= 0,07)	0,44 (p= 0,03)	-0,32 (p= 0,13)
	Argumentação emocional	0,06 (p= 0,77)	-0,09 (p= 0,69)	0,17 (p= 0,44)	-0,05 (p= 0,83)	0,18 (p= 0,42)	0,01 (p= 0,92)	0,10 (p= 0,45)	0,18 (p= 0,18)	0,35 (p= 0,01)	0,03 (p= 0,85)	0,23 (p= 0,3)	-0,33 (p= 0,13)	0,14 (p= 0,53)	0,15 (p= 0,5)	-0,06 (p= 0,80)
	Rotulação	-0,10 (p= 0,67)	0,34 (p= 0,15)	0,19 (p= 0,43)	0,35 (p= 0,14)	0,03 (p= 0,90)	0,00 (p= 0,98)	-0,05 (p= 0,73)	0,18 (p= 0,18)	0,06 (p= 0,64)	0,06 (p= 0,67)	-0,13 (p= 0,56)	-0,12 (p= 0,59)	0,31 (p= 0,15)	0,37 (p= 0,09)	-0,06 (p= 0,81)
	Maximização/minimização	-0,10 (p= 0,64)	-0,05 (p= 0,82)	0,12 (p= 0,61)	0,33 (p= 0,13)	0,02 (p= 0,93)	0,16 (p= 0,26)	-0,01 (p= 0,94)	0,34 (p= 0,01)	0,28 (p= 0,04)	-0,15 (p= 0,30)	-0,25 (p= 0,27)	0,26 (p= 0,26)	0,40 (p= 0,07)	0,33 (p= 0,15)	-0,02 (p= 0,92)
	Abstração seletiva	-0,10 (p= 0,66)	0,24 (p= 0,3)	0,22 (p= 0,34)	0,14 (p= 0,54)	0,08 (p= 0,74)	0,11 (p= 0,44)	0,14 (p= 0,29)	0,10 (p= 0,46)	0,30 (p= 0,03)	-0,10 (p= 0,49)	0,23 (p= 0,32)	-0,28 (p= 0,22)	0,36 (p= 0,11)	0,42 (p= 0,06)	-0,05 (p= 0,84)
	Leitura mental	-0,52 (p= 0,02)	0,47 (p= 0,04)	-0,14 (p= 0,57)	-0,12 (p= 0,62)	-0,44 (p= 0,05)	0,20 (p= 0,15)	-0,15 (p= 0,29)	0,21 (p= 0,13)	0,01 (p= 0,92)	0,02 (p= 0,88)	-0,15 (p= 0,51)	-0,01 (p= 0,97)	0,45 (p= 0,04)	0,35 (p= 0,11)	-0,14 (p= 0,56)
3 m	Personalização	-0,03 (p= 0,91)	0,04 (p= 0,86)	0,20 (p= 0,38)	0,06 (p= 0,78)	0,14 (p= 0,53)	0,08 (p= 0,57)	-0,13 (p= 0,35)	0,23 (p= 0,1)	0,15 (p= 0,27)	-0,22 (p= 0,12)	-0,26 (p= 0,23)	0,27 (p= 0,2)	0,34 (p= 0,11)	0,28 (p= 0,19)	-0,34 (p= 0,11)
	Pensamento tudo ou nada	0,17 (p= 0,49)	0,42 (p= 0,07)	-0,02 (p= 0,92)	0,07 (p= 0,74)	-0,02 (p= 0,94)	-0,04 (p= 0,8)	0,11 (p= 0,44)	0,03 (p= 0,81)	0,24 (p= 0,08)	-0,03 (p= 0,85)	-0,23 (p= 0,3)	0,13 (p= 0,58)	0,07 (p= 0,72)	-0,17 (p= 0,43)	0,03 (p= 0,88)
	Catastrofização	-0,09 (p= 0,73)	0,41 (p= 0,08)	0,34 (p= 0,11)	0,13 (p= 0,55)	0,10 (p= 0,65)	0,06 (p= 0,68)	0,07 (p= 0,63)	0,14 (p= 0,33)	0,28 (p= 0,04)	-0,01 (p= 0,92)	-0,36 (p= 0,09)	0,45 (p= 0,03)	0,05 (p= 0,79)	0,19 (p= 0,36)	-0,41 (p= 0,04)
	Argumentação emocional	-0,07 (p= 0,8)	0,18 (p= 0,48)	-0,15 (p= 0,5)	-0,21 (p= 0,36)	-0,00 (p= 0,99)	-0,04 (p= 0,77)	-0,06 (p= 0,67)	0,35 (p= 0,01)	0,19 (p= 0,18)	0,00 (p= 0,98)	-0,31 (p= 0,15)	0,22 (p= 0,31)	0,20 (p= 0,31)	0,13 (p= 0,5)	-0,02 (p= 0,94)
	Rotulação	-0,09 (p= 0,71)	-0,04 (p= 0,88)	-0,10 (p= 0,67)	-0,31 (p= 0,15)	0,12 (p= 0,58)	-0,22 (p= 0,12)	0,07 (p= 0,62)	0,23 (p= 0,09)	0,13 (p= 0,34)	-0,24 (p= 0,07)	0,06 (p= 0,78)	0,25 (p= 0,25)	0,32 (p= 0,12)	0,28 (p= 0,17)	-0,19 (p= 0,37)
	Maximização/minimização	0,30 (p= 0,22)	0,34 (p= 0,16)	0,39 (p= 0,07)	0,31 (p= 0,15)	-0,08 (p= 0,71)	-0,11 (p= 0,42)	-0,17 (p= 0,24)	0,23 (p= 0,09)	0,29 (p= 0,03)	-0,21 (p= 0,13)	0,19 (p= 0,4)	0,11 (p= 0,63)	-0,17 (p= 0,41)	0,04 (p= 0,84)	0,06 (p= 0,78)
	Abstração seletiva	0,55 (p= 0,02)	0,39 (p= 0,1)	0,29 (p= 0,18)	0,27 (p= 0,2)	-0,40 (p= 0,06)	-0,11 (p= 0,44)	-0,06 (p= 0,68)	0,16 (p= 0,25)	0,28 (p= 0,04)	-0,20 (p= 0,14)	-0,30 (p= 0,17)	0,50 (p= 0,02)	0,28 (p= 0,18)	0,15 (p= 0,49)	-0,47 (p= 0,02)
6 m	Leitura mental	-0,15 (p= 0,56)	-0,16 (p= 0,51)	0,05 (p= 0,83)	0,07 (p= 0,74)	0,09 (p= 0,69)	-0,26 (p= 0,08)	-0,04 (p= 0,81)	0,19 (p= 0,19)	0,13 (p= 0,36)	-0,20 (p= 0,16)	-0,13 (p= 0,56)	0,41 (p= 0,05)	0,49 (p= 0,01)	0,51 (p= 0,01)	-0,17 (p= 0,41)
	Personalização	0,30 (p= 0,23)	0,54 (p= 0,02)	0,49 (p= 0,02)	0,41 (p= 0,05)	-0,47 (p= 0,03)	0,05 (p= 0,71)	-0,07 (p= 0,62)	0,16 (p= 0,26)	0,16 (p= 0,24)	-0,30 (p= 0,02)	-0,15 (p= 0,48)	0,35 (p= 0,08)	0,48 (p= 0,01)	0,49 (p= 0,01)	-0,19 (p= 0,32)
	Pensamento tudo ou nada	0,10 (p= 0,7)	0,24 (p= 0,36)	-0,02 (p= 0,93)	-0,27 (p= 0,26)	0,22 (p= 0,34)	-0,07 (p= 0,69)	0,05 (p= 0,74)	0,26 (p= 0,09)	0,19 (p= 0,22)	-0,48 (p= <0,01)	0,02 (p= 0,94)	-0,11 (p= 0,71)	0,35 (p= 0,14)	0,48 (p= 0,04)	-0,06 (p= 0,79)
	Catastrofização	0,14 (p= 0,6)	0,52 (p= 0,03)	0,32 (p= 0,15)	0,15 (p= 0,51)	-0,04 (p= 0,87)	0,09 (p= 0,59)	-0,21 (p= 0,2)	0,26 (p= 0,09)	0,28 (p= 0,07)	-0,02 (p= 0,92)	0,01 (p= 0,98)	0,09 (p= 0,77)	-0,06 (p= 0,81)	0,03 (p= 0,91)	-0,24 (p= 0,34)
	Argumentação emocional	-0,36 (p= 0,16)	0,42 (p= 0,09)	0,19 (p= 0,41)	0,00 (p= 0,99)	-0,13 (p= 0,57)	-0,21 (p= 0,2)	0,04 (p= 0,81)	0,17 (p= 0,28)	0,30 (p= 0,05)	-0,30 (p= 0,06)	-0,52 (p= 0,07)	0,29 (p= 0,34)	-0,19 (p= 0,45)	0,00 (p= 0,98)	0,02 (p= 0,94)
	Rotulação	-0,11 (p= 0,68)	-0,13 (p= 0,61)	0,06 (p= 0,81)	0,11 (p= 0,63)	-0,52 (p= 0,01)	-0,10 (p= 0,56)	-0,02 (p= 0,89)	0,23 (p= 0,15)	0,14 (p= 0,37)	-0,30 (p= 0,06)	0,06 (p= 0,84)	0,31 (p= 0,3)	0,00 (p= 0,99)	-0,02 (p= 0,93)	-0,36 (p= 0,15)
	Maximização/minimização	-	-	-	-	-	0,17 (p= 0,29)	0,15 (p= 0,38)	0,36 (p= 0,02)	0,37 (p= 0,02)	-0,35 (p= 0,02)	0,38 (p= 0,18)	0,38 (p= 0,18)	0,35 (p= 0,14)	0,40 (p= 0,09)	-0,31 (p= 0,19)
15 m	Abstração seletiva	-0,24 (p= 0,34)	0,27 (p= 0,29)	0,06 (p= 0,8)	0,13 (p= 0,56)	-0,29 (p= 0,20)	0,04 (p= 0,8)	0,10 (p= 0,58)	0,28 (p= 0,07)	0,29 (p= 0,06)	-0,09 (p= 0,59)	0,10 (p= 0,71)	0,38 (p= 0,16)	0,21 (p= 0,37)	0,25 (p= 0,28)	-0,07 (p= 0,76)
	Leitura mental	-0,43 (p= 0,09)	-0,02 (p= 0,95)	0,05 (p= 0,82)	0,09 (p= 0,72)	-0,16 (p= 0,50)	0,18 (p= 0,27)	0,02 (p= 0,92)	0,12 (p= 0,45)	0,39 (p= 0,01)	-0,05 (p= 0,72)	0,29 (p= 0,33)	0,28 (p= 0,36)	0,41 (p= 0,09)	0,30 (p= 0,23)	0,74 (p= <0,01)
	Personalização	-0,21 (p= 0,4)	0,22 (p= 0,38)	0,23 (p= 0,31)	0,01 (p= 0,96)	-0,28 (p= 0,23)	-0,07 (p= 0,68)	0,01 (p= 0,95)	0,08 (p= 0,62)	0,14 (p= 0,34)	0,01 (p= 0,94)	0,32 (p= 0,29)	-0,43 (p= 0,14)	0,59 (p= 0,01)	0,09 (p= 0,73)	-0,07 (p= 0,78)
	Pensamento tudo ou nada	-0,20 (p= 0,66)	-0,68 (p= 0,1)	0,30 (p= 0,36)	0,36 (p= 0,27)	0,05 (p= 0,88)	-0,10 (p= 0,57)	0,25 (p= 0,15)	0,48 (p= <0,01)	0,48 (p= <0,01)	-0,18 (p= 0,26)	-0,22 (p= 0,55)	-0,36 (p= 0,3)	0,48 (p= 0,1)	-0,07 (p= 0,82)	-0,08 (p= 0,81)
	Catastrofização	-	-	-0,04 (p= 0,9)	0,18 (p= 0,61)	0,13 (p= 0,71)	-0,02 (p= 0,91)	0,07 (p= 0,69)	0,25 (p= 0,14)	0,37 (p= 0,03)	-0,09 (p= 0,62)	0,09 (p= 0,83)	0,41 (p= 0,31)	0,67 (p= 0,02)	0,13 (p= 0,7)	-0,11 (p= 0,75)
	Argumentação emocional	0,65 (p= 0,16)	-0,31 (p= 0,55)	0,53 (p= 0,11)	0,42 (p= 0,22)	-0,48 (p= 0,16)	-0,12 (p= 0,53)	-0,04 (p= 0,85)	0,16 (p= 0,36)	0,43 (p= 0,01)	-0,01 (p= 0,97)	-0,41 (p= 0,36)	-0,10 (p= 0,82)	0,36 (p= 0,31)	0,00 (p= 0,99)	0,47 (p= 0,17)
	Rotulação	-	-	-	-	-	-0,07 (p= 0,73)	0,05 (p= 0,81)	0,18 (p= 0,32)	0,37 (p= 0,03)	-0,12 (p= 0,50)	-0,41 (p= 0,31)	-0,09 (p= 0,84)	0,51 (p= 0,11)	0,41 (p= 0,21)	-0,05 (p= 0,88)
15 m	Maximização/minimização	-	-	-	-	-	-0,07 (p= 0,7)	-0,12 (p= 0,53)	0,42 (p= 0,01)	0,47 (p= 0,01)	-0,29 (p= 0,10)	-	-	-	-	-
	Abstração seletiva	-	-	0,42 (p= 0,26)	0,57 (p= 0,11)	-0,21 (p= 0,58)	-0,15 (p= 0,4)	-0,06 (p= 0,73)	0,51 (p= <0,01)	0,53 (p= <0,01)	-0,12 (p= 0,49)	-0,61 (p= 0,14)	0,62 (p= 0,13)	0,12 (p= 0,74)	0,00 (p= 0,99)	-0,24 (p= 0,51)
	Leitura mental	0,71 (p= 0,18)	-0,40 (p= 0,51)	0,56 (p= 0,12)	0,43 (p= 0,25)	-0,49 (p= 0,18)	-0,26 (p= 0,17)	0,15 (p= 0,43)	0,33 (p= 0,06)	0,33 (p= 0,05)	0,00 (p= 0,99)	0,25 (p= 0,55)	0,08 (p= 0,84)	0,51 (p= 0,11)	0,26 (p= 0,44)	-0,41 (p= 0,21)
	Personalização	-0,11 (p= 0,86)	0,13 (p= 0,84)	-0,20 (p= 0,61)	-0,72 (p= 0,03)	0,30 (p= 0,44)	-0,10 (p= 0,59)	-0,02 (p= 0,92)	0,15 (p= 0,37)	0,27 (p= 0,1)	-0,57 (p= <0,01)	-0,76 (p= 0,03)	0,45 (p= 0,26)	0,48 (p= 0,11)	0,15 (p= 0,63)	0,08 (p= 0,81)

4.7 Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada

4.7.1 Caracterização da amostra

No total, uma amostra de 26 indivíduos participaram da abordagem qualitativa dos dados. A Tabela 18 demonstra as características demográficas de cada participante, bem como a adesão no seguimento do estudo.

Tabela 18 – Características demográficas dos participantes da abordagem qualitativa dos dados (n=26).

Sexo	Idade	Escolaridade	Procedimento Cirúrgico			Realização Entrevista PO		
			ANT	EID	EIT	Pré Op	3m	15m
Masculino	58	Pós graduação			X	X	X	X
Feminino	54	Ens. Médio			X	X	X	X
Feminino	74	Ens. Fundamental		X		X	X	X
Feminino	64	Ens. Superior		X		X	X	X
Feminino	69	Ens. Fundamental	X			X	X	X
Masculino	49	Ens. Superior			X	X	X	X
Feminino	79	Ens. Fundamental			X	X	X	X
Feminino	52	Sabe ler e escrever			X	X	X	X
Masculino	44	Ens. Ensino Médio			X	X	X	X
Feminino	68	Ens. Fundamental		X		X	X	X
Feminino	49	Ens. Médio		X		X	X	X
Feminino	50	Analfabeto			X	X	X	X
Feminino	61	Analfabeto			X	X	X	X
Masculino	77	Ens. Fundamental			X	X	X	X
Masculino	48	Ens. Superior		X		X	X	X
Feminino	50	Ens. Superior	X			X	X	
Masculino	40	Ens. Fundamental		X		X	X	
Masculino	65	Analfabeto			X	X		X
Feminino	69	Ens. Médio			X	X	X	
Feminino	70	Ens. Fundamental		X		X	X	
Masculino	68	Ens. Superior			X	X	X	
Masculino	61	Ens. Fundamental			X	X	X	
Masculino	72	Ens. Superior		X		X	X	
Feminino	79	Ens. Médio			X	X	X	
Masculino	56	Ens. Superior		X		X	X	
Feminino	47	Ens. Médio	X			X		
Total			3	9	14	26	21	16

Legenda: ID= Identificação

Tem-se que 15 participantes concluíram os três momentos da avaliação qualitativa e, por esse motivo, apenas essas entrevistas foram analisadas. As perdas nos demais momentos se deram pelos seguintes motivos: entrevista por telefone (n=5); recusa (n=3), óbito (n=3).A

maioria era do sexo feminino (58%) e possuía nível de escolaridade inferior ao Ensino Fundamental (46%).

4.7.2 Categorias de análise

De acordo com os objetivos do presente estudo, foram elencadas categorias e subcategorias para a análise de conteúdo. Visto a grande quantidade de pacientes que não realizaram a entrevista semiestruturada ao longo de todos os momentos do segmento, optou-se pela análise conjunta de todos os pacientes, independente do procedimento cirúrgico, em cada momento de avaliação.

A Tabela 19 indica a frequência de palavras apresentadas pelos participantes, na entrevista realizada no momento pré-operatório.

Tabela 19 – Categorias de frequência de palavras apresentadas pelos participantes no momento pré-operatório. Barretos (SP), 2012-2014.

Comportamentos		Emoções		Cognição		Social/Laboral		Religião/Espiritual		Físico	
Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f
mudar	45	tranquila/o	16	normal	25	trabalho	46	Deus	28	Tumor/tumores	26
afetar	22	triste	12	afetar	22	família	24			colonoscopia	19
choro	24	desespero	6	atrapalhar	17	lazer	24			roupa	16
vestir	3	nervosa	5	difícil	16	amigos	16			banheiro	14
viver	6	abalada	5	preocupação	17	marido	17			cólica	15
adaptando	1	chateada/o	6	comunicou	12	filhos	11			hemorroida	12
agradeço	2	choque	3	diferente	12	trabalhar	11			sangramento	9
aguentei	1	emotivo	4	igual	11	trabalhando	10			sexual	9
reclamar	2	irritado/a	7	comunicaram	9	social	8			cisto	6
		nervoso	4	preocupado	10	igreja	7			maligno	6
		satisfação	3	descobriu	7	convivência	2			sarar	6
		nervoso	4	enfrentar	7	familiares	1			apetite	3
		satisfação	3	preocupada	7	financeira	1			benigno	3
		vaidosa	3	limitar	5					biopsia	4
		abençoe	1	notícia	5					dieta	4
		abismado	1	aprendendo	3					estética	4
		acabado	1	confiança	4					ferida	4
		agressividade	2	dependência	3					fístula	3
		amuado	1	dúvidas	7					limpeza	3
		apavorado	4	estratégias	3					morrer	3
		agressividade	2	orientado	3					muco	3
		amuado	1	preocupa	3					nódulo	4
		apavorado	4	preocupo	4					postinho	3
		calmamente	1	preparação	3					sangrando	4
		calmo	1	sobreviver	3					sangrava	4
		chocado	2	superar	3					sangrou	4

coitadinho	1	acreditando	1	urina	3
coitado	1	dificuldade	2	ardor	1
cuidado	2	difficeis	1	benignos	1
culpada	1	engano	1	carocinho	1
dependente	2	esquisito	2	cicatriz	1
depressiva	1	firmeza	1	cicatrizando	1
depressão	1	incomoda	1	cicatrizar	3
deprimida	2	incomodada	1	diarreia	2
desanimei	1	incomodando	1	emagreceu	2
desconforto	2	incomodar	1	engorda	1
desejo	2	incomodou	1	engordando	1
incomoda	1	incômodo	1	engorde	1
incomodado	1	naturalidade	2	evacuando	2
independente	1			hemorragia	2
insatisfação	1			hemorroidas	1
insatisfação	1			higiene	1
judiar	1			higienizar	1
paciência	2			hormônio	2
				impotência	2
				medicamento	2
				mioma	2
				naturalidade	2
				roupas	2
				sujeira	2
				vestidinhos	2
				vestido	2

A nuvem de palavras realizada pelo software NVivo para a avaliação pré-operatória, sintetiza as palavras mais frequentes na análise de conteúdo da avaliação realizada no momento pré-operatório (Figura 41).

Figura 41. Nuvem de palavras para a avaliação pré operatória.

Os trechos a seguir exemplificam as subcategorias de palavras apresentadas acima.

- Mudanças

“Mas, eu fico pensando como é que eu vou mudar, que vou ter que mudar, de alguma forma ou de outra vai mudar, né. Tanto a parte física como psicológica, acredito que mude, mas por enquanto não, não mudei, não.” (Paciente do sexo masculino, com EIT)

- Preocupação

“A gente, é lógico, a gente fica um pouco preocupado, não tenha dúvida, mas eu encaro com naturalidade, entendeu? Não me apavorei, não... não saí fora do meu normal, apenas eu fico assim, eh... eu tenho, assim, uma preocupação em não ficar dependente das pessoas,

- Trabalho

A Tabela 20 indica a frequência de palavras para as categorias obtidas na análise das entrevistas realizadas três meses de pós-operatório.

Comportamentos		Emoções		Cognição		Social/Laboral		Religião/Espiritual		Físicos	
Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f
mudar	8	incomoda	39	normal	51	trabalho		Deus	54	banheiro	30
acostumei	17	dificuldade	22	preocupação	58	marido		igreja	20	sexual	19
adaptação	27	difícil	19	atrapalhou	8	amigos		reza	1	cuidado	12
agradecer	9	tristeza	22	psicológica	3	lazer				sarar	9
chorar	8	vergonha	13	psicológico	3	família				vestido	8
evita	11	estranho	10	receio	3	filhos				limpeza	7
reclamar	3	nervosa	17	desconfiança	3	social				viver	5
traballar	3	tranquila	11	psicológico	3	amizades				reverter	3
vestir	3	sozinha	6	receio	3	familiares				lava	1
acomodou	1	desconforto	4	desconfiança	3	financeira				cicatriz	1
evitar	3	paciência	5	desconfortável	1	solitários				cicatrizado	1
extrovertida	1	irritação	12	naturalidade	1	viajar				deformidade	1
reclama	3	limitação	3	normalzinha	1					diarreia	1
resolve	5	nojo	3	preconceito	1					dieta	1
recuada	1	angustiado	1	prendendo	1					ereção	1
relaxar	1	ansioso	1	preocupava	1					estética	2
relutei	1	atrapalhar	1	preocupo	2					flatulências	1
relutei	1	chateada	1	preocupou	1					hábito	1
retomou	1	chocante	1	quietona	2					hemorragia	2
		choque	2	receoso	1					higiene	6
		depressão	2	solução	1					impotência	2
		choque	2							infecionava	2
		depressão	2							lavagem	2
		estranhar	2							impotência	2
		incapacidade	1							infecionava	2
		incomodou	1							lavagem	2
		inferiorizado	1							limpava	1
		insegurança	4							limpinho	1
		liberdade	1							locomover	2
		limitações	4							morre	1

Comporta- mentos		Emoções		Cognição		Social/ Laboral		Religião/ Espiritual		Físicos	
Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f
mudar	8	incomoda	39	normal	51	trabalho		Deus	54	banheiro	30
acostumei	17	dificuldade	22	preocupação	58	marido		igreja	20	sexual	19
adaptação	27	difícil	19	atrapalhou	8	amigos		reza	1	cuidado	12
agradecer	9	tristeza	22	psicológica	3	lazer				sarar	9
chorar	8	vergonha	13	psicológico	3	família				vestido	8
evita	11	estranho	10	receio	3	filhos				limpeza	7
reclamar	3	nervosa	17	desconfiança	3	social				viver	5
trabalhar	3	tranquila	11	psicológico	3	amizades				reverter	3
vestir	3	sozinha	6	receio	3	familiares				lava	1
acomodou	1	desconforto	4	desconfiança	3	financeira				cicatriz	1
evitar	3	paciência	5	desconfortável	1	solitários				cicatrizado	1
extrovertida	1	irritação	12	naturalidade	1	viajar				deformidade	1
reclama	3	limitação	3	normalzinha	1					diarreia	1
resolve	5	nojo	3	preconceito	1					dieta	1
recuada	1	angustiado	1	prendendo	1					ereção	1
relaxar	1	ansioso	1	preocupava	1					estética	2
relutei	1	atrapalhar	1	preocupo	2					flatulências	1
relutei	1	chateada	1	preocupou	1					hábito	1
retomou	1	chocante	1	quietona	2					hemorragia	2
		choque	2	receoso	1					higiene	6
		depressão	2	solução	1					impotência	2
		choque	2							infecionava	2
		depressão	2							lavagem	2
		estranhar	2							impotência	2
		incapacidade	1							infecionava	2
		incomodou	1							lavagem	2
		inferiorizado	1							limpava	1
		insegurança	4							limpinho	1
		liberdade	1							locomover	2
		limitações	4							morre	1

A seguir alguns trechos da entrevista que exemplificam as unidades de palavras listadas acima:

- Adaptação à estomia

“É, primeiro período um pouquinho complicadinho para se adaptar, para poder entender como é que se faria a higiene da bolsinha, como que se usava a proteção dela, a preocupação dela, de ela ser muito sensível, a gente não ter o cuidado suficiente. Depois eu me adaptei, hoje está tranquilo, estou bem”. (Paciente do sexo masculino, com EIT)

“Ah, assim, foi com... sentimento assim de pensamento positivo que eu... que eu passei pela cirurgia, estou usando o ‘negocinho’, mas que eu estou curada, que eu vou reverter, que eu vou ficar boa.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

“Não sei te explicar, assim, mas eu sinto que houve mudança, sabe? Tanto na maneira de pensar, assim, parece que funcionamento do organismo também, sabe? Não sei se por conta de eu ter emagrecido, só sei que algumas mudanças aconteceram, só que eu não sei te explicar, assim...” (Paciente do sexo masculino, com EIT)

“Mudou, porque eu não saio de casa, acho que a bolsinha vai me atrapalhar, mudou sim, muita coisa mudou, sim.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Preocupação

“Ah, minha reação foi assim de preocupação, de não conseguir cuidar dela, né, trocar... na parte de trocar, porque lavar assim com ela normal, e tanto é que eu demorei, né, para mim conseguir por na cabeça que eu tenho que fazer a troca dela, mas foi... foi assim muito... muito chocante – sabe? – para mim.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Sexualidade

“Não tive relação sexual. Tanto a minha... da minha parte e da parte dele, ele... ele respeita, sabe?” (Paciente do sexo feminino, com EIT)

A Tabela 21 indica a frequência de palavras para as categorias obtidas na análise das entrevistas realizadas quinze meses de pós-operatório.

Tabela 21 - Categorias e frequência de palavras apresentadas pelos participantes para o momento pós-operatório de quinze meses. Barretos (SP), 2012-2014.

Comportamentos		Emoções		Cognição		Social/Laboral		Religião/Espiritual		Físicos	
Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f	Palavra	f
adaptação	44	chateada	11	normal	111	trabalho	72	Deus	57	banheiro	32
adaptar	35	irritado	11	igual	41	lazer	26	igreja	7	roupa	22
adaptando	21	tristeza	8	difícil	35	amigos	23			sexual	16
adaptado	5	vergonha	9	dificuldade	23	família	22			diarreia	9
estratégia	13	chateado	7	incomoda	21	marido	21			prótese	8
agradeço	15	paciência	6	atrapalhou	10	diferente	17			tumor	7
viver	8	sozinha	6	preocupação	25	social	12			higiene	7
adaptei	7	tranquila	5	morrer	6	viajar	8			cuidado	5
evitação	13	autoestima	4	aprendendo	5	filhos	7			limpeza	5
evita	5	depressão	4	aprendi	5	amizades	4			vestido	5
mudar	6	deprimido	3	importância	5	financeira	4			vestir	5
acomodei	11	desanimada	4	receio	5	bares	1			beleza	3
resolver	3	desânimo	4	incomodando	3	familiares	1			mobilidade	3
acomodado	4	liberdade	4	inconveniente	3	viagem	5			sarar	4
acostumei	4	nervosa	3	insatisfação	4					limpa	1
evitar	4	satisfação	3	insuportável	3					hemorragia	2
reclamar	4	sofreu	3	normalizar	3					sexo	1
evitar	4	sofri	3	observam	3					sexuais	1
reclamar	4	triste	4	preocupada	3					sexualmente	1
chorando	1	vencendo	3	preocupo	3					sobreviver	1
evitação	6	abençoa	1	psicologicamente	3					vestia	2
enfrentar	14	abençoada	1	reflexão	3					vestuário	2
isolou	13	calmo	1	estranho	2						
		cansaço	1	limitação	6						
		cansada	1	reflexão	3						
		cansado	1	estranho	2						
		constrangedora	1	limitação	6						
		constrangeu	1	preconceito	1						
		constrangi	1								
		constrangimento	1								
		deprimida	1								
		desconfortável	1								
		desconforto	1								
		incomodado	2								
		incomodar	2								
		incomodava	1								
		incomodo	2								
		incomodou	1								
		indiferente	1								
		indignado	1								
		irritabilidade	4								
		isolamento	2								
		tranquilamente	3								

“Estou doida para tirar a bolsinha, porque não é legal, eu não gosto. Eu acho feio, eu acho chato, eu por uma roupa e estar aparecendo aquilo assim, mas aí eu pego e falo, ‘poxa vida, eu tenho que agradecer a Deus por me dar a oportunidade de usar a bolsinha’.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

“Eu penso às vezes: ‘bom, o importante é que está aqui, e se não tivesse esse meio, como que seria?, às vezes eu falo, né. Eu falo até para minhas irmãs, ‘se não tivesse?’ Deus deu essa inteligência para o homem de ter a bolsinha, e se não existisse, como que eu ia fazer?.”
(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Sobre as limitações impostas pela estomia

“Depois pelo fato de você assim, você não pode ir em lugar nenhuma está aquele troço desse tamanho em cima da barriga que você... você não pode sentar direito, você não pode levantar isso, você não pode fazer uma atividade física direito, você não pode nada, entendeu?”
(Paciente do sexo masculino, com EIT)

“Se eu não deixo aparecer que eu não gosto, é porque eu sinto vergonha.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

“Aí, na hora de eu ir para o banheiro, eu vou e faço meu serviço, volto, as vezes eu estou fazendo alguma coisa, vou, corro para o banheiro, tomo um banho, aí, volto, vou fazer novamente.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Sentimento de acomodação

“... me acomodei, não estou satisfeito, mas... estou acomodado.”
(Paciente com EIT)

“... têm horas que eu falo assim, “mas gente, como é que eu me acomodei tão fácil nisso, né”, porque era para eu estar mais revoltado, mais indignado, alguma coisa, assim.” (Paciente do sexo masculino, com EIT)

- Sentimento de incômodo

“É incomoda sim, eu sinto incomodado e fico com medo de incomodar as pessoas também.”(Paciente do sexo masculino, com EIT)

“Ela incomoda porque ela me tira a minha mobilidade, ela é esquisita, ela não deixa fazer minhas coisas direito e tal, tem que estar lavando isso aqui de vez em quando, tem que estar de olho para não estar vazando, não dar cheiro, essas coisas todas. Mas, agora assim, o que... o que mais ((ênfatizou)) me incomoda é... realmente é o tumor, entendeu?”(Paciente do sexo masculino, com EIT)

- Expressão de “normalidade”

“Ah, eu levo normal à vida, sabe? Eu até esqueço que eu estou com a bolsinha.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Sexualidade

“A gente demorou bastante para voltar a ter a relação. E nessa parte não me preocupou nada nem meu marido, porque ele é bem compreensivo. Tanto é que depois quando nós voltamos ter a relação que doeu muito ele já parou, não insistiu.”(Paciente do sexo feminino, com EIT)

- Espiritualidade

“Eu me apeguei muito com Deus, falei assim, não, sou eu que vou passar então eu tenho que... eu não posso deixar a peteca cair, fé em Deus, erguer a cabeça e o que eu tiver que enfrentar eu vou enfrentar numa boa.” (Paciente do sexo feminino, com EIT)

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

Em relação à caracterização da amostra, observou-se que os participantes tinham média de idade de 60 anos (M=60 anos DP 11,6; M=59 anos DP 12,8 e M=61 anos DP 12,2, para os pacientes que realizaram ANT, EID e EIT, respectivamente). Segundo a literatura, a própria idade consiste em um fator de risco para a presença do CCR (BRASIL, 2014; Whistance et al, 2010; Plata, & Majewski, 2008; Michelone, & Santos, 2004; Santos, Bezerra, Bezerra, & Paraguassú, 2007), sendo que, quanto maior a faixa etária, maior o risco (risco de 0,05 até 39 anos e 4,3 entre 60 e 80 anos) (Habr-Gama, 2005).

Além disso, a maioria era do sexo masculino, possuía baixo nível de escolaridade, era casada ou mantinha união estável, referia ser da religião católica e tinha baixa renda. Um estudo realizado por Nicolussi e Sawada (2009), encontrou resultados semelhantes, sendo que a média de idade dos participantes era de 65 anos (DP = 14,14); a maioria era homens (56%), tinha escolaridade até o Ensino Fundamental Completo (55%) e recebia de um a dois salários mínimos (31%).

Na última avaliação, realizada quinze meses após a cirurgia, tem-se que, dentre os pacientes que realizaram a EIT, 42% ainda permaneciam com a bolsa coletora. Mota, Gomes, Petuco, Heck, Barros, Gomes (2015), em estudo semelhante, encontraram como resultado que o tempo de permanência do estoma variou de 2 meses a 11 anos. Gouveia (2005) sugere que o tempo para retirada do estoma temporário pode chegar a dois anos, sendo que um dos fatores que interferem no prolongamento da permanência da estomia refere-se a questões estruturais do Sistema de Saúde, pois casos mais graves são priorizados e esses pacientes permanecem na lista de espera aguardando a cirurgia para reversão.

5.2 Avaliação da imagem corporal

A EFS avalia a satisfação perceptiva dos indivíduos em relação à imagem corporal e tem sido considerada como uma das técnicas mais utilizadas para a avaliação da discrepância

entre a percepção da forma e peso corporal e o desejo do indivíduo, ou seja, a forma corporal que ele gostaria de ter idealmente (Laus et al, 2014; Kakeshita et al, 2008).

No presente estudo, os resultados indicaram que os indivíduos com CCR apresentaram maiores escores médios para insatisfação da imagem corporal na última avaliação ($-5,0 \text{ Kg/m}^2$ DP 4,39 e $-4,53 \text{ kg/m}^2$ DP 5,34, para os pacientes que realizaram a ANT e EID, respectivamente). Observou-se que a superestimação foi prevalente nos quatro momentos de avaliação, para todos os tipos de procedimento cirúrgico (55%; 49%; 61%; 66%, para as avaliações pré-operatória, pós-operatória de três, seis e quinze meses, respectivamente), entretanto, sem diferenças estatísticas. Já para a avaliação da silhueta desejada, houve diferença significativa entre os grupos nas avaliações pós-operatórias de três e seis meses ($p < 0,01$), sendo que os pacientes do grupo ANT e EID desejaram ter a silhueta menor, em quase todos os momentos avaliados, e os pacientes com EIT desejaram manter a mesma forma corporal nas avaliações pré-operatória e seis meses de pós-operatório, aumentar a silhueta no pós-operatório de três meses e diminuí-la na última avaliação.

As diferenças encontradas neste estudo em relação à satisfação e acurácia da imagem corporal, na comparação entre os momentos avaliados, reforçam o constructo de que a imagem corporal é dinâmica e passível de mudanças ao longo do tempo (Cash, 2011; Gardner, & Brown, 2010; Kakeshita, 2008; Banfield, & McCabe, 2002) e que o tratamento para o câncer por si só, traz um impacto na satisfação com a imagem corporal, visto os resultados encontrados para os pacientes que realizaram a ANT e não utilizam a estomia como dispositivo coletor de fezes.

A adaptação do indivíduo ao dispositivo da bolsa coletora ocorre gradativamente, sendo que o impacto do estoma na construção da imagem corporal em pacientes com CCR pode ser observado mesmo após alguns anos do diagnóstico. Neste sentido, Schneider et al (2007) encontraram que pacientes estomizados, quatro anos após o tratamento, ainda apresentavam pior imagem corporal quando comparados com pacientes com CCR que não tinham estoma (25% vs. 12% $p = 0,02$).

Uma avaliação com 82 pacientes com características demográficas semelhantes a esta investigação encontrou que os pacientes estomizados apresentaram piores escores na escala de imagem corporal (BIS), que os pacientes sem estoma. Além disso, ressalta-se que o tratamento oncológico também implica em diversas alterações na imagem corporal, que podem acarretar prejuízos emocionais e sociais aos pacientes, tais como, perda de cabelo e cicatrizes (Whistance et al, 2010). Sugere-se assim que as pessoas em tratamento oncológico, além de terem que enfrentar o estigma acarretado pelo “câncer”, têm suas preocupações

agravadas pelas consequências dos tratamentos e procedimentos invasivos aos quais são submetidos (Chaves, & Gorini, 2011; Nicolussi, & Sawada, 2009).

A escala funcional imagem corporal do EORTC QLQ-CR38 engloba três perguntas que se referem aos sentimentos do indivíduo (atração, feminilidade/masculinidade e satisfação com o corpo). Os resultados do presente estudo quanto a esse domínio estiveram acima de 80% nos três grupos estudados, indicando que o tratamento ou doença oncológica não acarretaram em prejuízos graves à QV no que diz respeito à satisfação com a imagem corporal.

Os dados qualitativos sugerem que os participantes encontram estratégias para adaptação à nova imagem corporal, tais como, utilização de roupas mais largas (“vestidinhos”), alimentação adequada para evitar o funcionamento constante da estomia (“dieta”), e inclusive, comportamentos de evitação social, como, evitar ir a certos locais que não oferecem sanitários adequados, locais em que o corpo fica muito exposto. A palavra “banheiros” teve uma alta frequência de aparição nas entrevistas, sinalizando a importância dos pacientes em estarem em um ambiente em que eles se sintam seguros para que, se acaso algum acidente venha ocorrer, como o vazamento de fezes ou odor pela estomia, eles possam recorrer a um local para se recompor.

As alterações na imagem corporal afetam a vida do indivíduo em diversas áreas. Estudos enfatizam que as mudanças sociais, afetivas, sexuais e emocionais na maioria das vezes são advindas ou agravadas pela insatisfação com a imagem corporal. Deve ser salientado que, apesar da literatura apontar que discrepâncias da imagem corporal em relação ao desejo da pessoa acarretar em comportamentos de risco para os indivíduos, tais como o desenvolvimento de transtornos alimentares (McCabe, & Ricciardelli, 2004), nessa amostra de pacientes com CCR, tal fato não foi verbalizado por nenhuma pessoa na entrevista semiestruturada.

Apesar do incômodo e necessidade de adaptação, foi comum o discurso relacionado à sobrevivência ao câncer e normalidade (a palavra “normal” obteve alta frequência na análise das entrevistas qualitativas, principalmente no 3º e 15º meses de pós operatório). Estudos com a população oncológica encontraram resultados semelhantes, sendo que, apesar da ambiguidade entre as consequências negativas inerentes ao tratamento e dos procedimentos invasivos aos quais os pacientes são submetidos, os indivíduos tendem a fazer uma reavaliação positiva diante da possibilidade de cura ou um tempo maior de sobrevida (Dázio, 2008; Farias, Gomes, & Zappas, 2006; Mota, & Gomes, 2013).

Grogan (2011) sugere que após os 60 anos de idade exista a tendência dos indivíduos atribuírem menor significado à aparência quando comparados aos indivíduos mais jovens.

Também já foram descritas relações negativas entre renda e escolaridade com pior QV (Attolini, & Gallon, 2010; Michelone, & Santos, 2004). Neste sentido, visto que os participantes desse estudo tinham idade média de 60 anos, levanta-se a hipótese de que a idade, bem como o nível de escolaridade e renda, consistiram em variáveis demográficas que influenciaram no fato de que não houveram importantes discrepâncias entre os níveis de acurácia e satisfação nos grupos estudados. A partir dos resultados qualitativos, complementares à análise estatística, observou-se que, comumente, os indivíduos relataram que “já não saíam de casa”, ou que “já não tinham importantes compromissos fora de casa” ou ainda, que não “tinham o hábito de frequentar diferentes locais de lazer”.

Nota-se assim que os participantes limitaram suas atividades sociais e, além disso, os mesmos verbalizaram que se preocupavam com a disponibilidade de banheiros nos locais a serem frequentados. Os achados encontrados por Cheng, Meng, Yang, Zhang (2013) indicaram que o processo de adaptação à estomia envolvia a necessidade de readequar a aparência física, e que os indivíduos, nesse processo, podem procurar omitir o seu estoma a partir de boas práticas de autocuidado, no intuito de evitar vazamento de líquido e odores provenientes das fezes. Assim, a categoria de análise adoção de hábitos saudáveis vai ao encontro dessas inferências.

5.3 Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão

Segundo os resultados obtidos na escala HADS em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, observou-se que a maioria dos pacientes não apresentou sintomatologia grave, em todos os momentos avaliados. O escore médio mais elevado foi 6,15 (DP 4,46) para a ansiedade, no grupo EID, na avaliação pré-operatória.

As mudanças de hábitos decorrentes da colocação de estomia ocasionam estresse pela limitação de algumas atividades, piora na autoimagem e na sexualidade (Krouse et al, 2007; Sprangers, Taal, & Aaronson, 1995). O sentimento de vergonha por terem uma parte do intestino exposta também é um fator que prejudica o domínio psicológico dos pacientes estomizados, principalmente em mulheres, tal como demonstram os resultados obtidos por Nicolussi e Sawada (2009). Na Dinamarca, um estudo indicou que pacientes com estoma obtiveram piores escores para depressão do que pacientes sem estoma, apesar do mesmo não ter ocorrido para os sintomas ansiosos, de acordo com a aplicação da escala HADS. Os

autores sugerem que a estomia acarretou em piora na QV e causou maior desajustamento no aspecto social (Ross et al, 2007).

Um estudo semelhante ao atual indicou que os pacientes em tratamento para CCR não apresentaram sintomas elevados de ansiedade e depressão no momento do diagnóstico e, em alguns casos, os sintomas diminuíram no primeiro ano após o tratamento. A variação de presença de sintomas depressivos foi de 26 a 44%, segundo a Escala de Depressão CES. Os resultados obtidos pelos autores indicaram que pacientes com limitações nas atividades diárias mostraram maiores chances de apresentarem sintomas de ansiedade e depressão, enquanto aqueles que mantiveram rede social de apoio adequadas (amigos e parentes) tiveram melhores ajustamentos psicológicos. Entretanto, apesar dos baixos níveis de sintomas ansiosos e depressivos, os pacientes com CCR continuaram a se preocupar com a recorrência do câncer (Kurtz et al, 2002).

Fatores de proteção, tais como o suporte da família, são de extrema importância para o melhor ajustamento emocional dos pacientes estomizados (Simpson et al, 2002). Mota et al (2015) ressaltou que o apoio da família contribui para o sentimento de segurança e melhor enfrentamento de situações adversas decorrentes do tratamento, como as situações constrangedoras relacionadas ao estoma.

5.4 Avaliação da QVRS

O estado geral de saúde, medido por meio do questionário EORTC QLQ-C30, indicou que, considerando a amostra total, a QVRS dos participantes apresentou níveis moderados (escores médios variaram de $M=71,09$ DP 18,93 a $M=85,83$ DP12,12).

Melhores escores, na maioria dos domínios, foram encontrados na última avaliação. A pesquisa realizada por França Neto et al (2013), também sugere que a QV melhora ao longo do tempo em pacientes estomizados devido à adaptação da auto imagem. Os autores encontraram escores moderados para a avaliação da QVRS em 77 pacientes no pós-operatório tardio (no mínimo um ano) de excisão total do mesorreto. Para o domínio saúde global, a média encontrada foi superior a 80,0 em 61,1% dos participantes. A média para saúde global para os homens foi de 82,06 e para as mulheres, 79,91.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados por alguns autores no que diz respeito à QVRS, ressalta-se que a literatura apresenta diversos estudos indicando prejuízos

significativos na QV dos pacientes com CCR submetidos ao procedimento cirúrgico. Sideris et al (2005) mencionam que, ao longo do tempo, apesar dos indivíduos diagnosticados com CCR apresentarem melhoras na QV ao longo de três ou mais anos após o tratamento, uma porcentagem deles ainda manteve sintomas graves, tanto no âmbito físico quanto nos funcionais, sendo que a permanência de estomia pode ser um agente agravante.

A literatura aponta que a QVRS de pessoas estomizadas tende a ser pior do que a daquelas não estomizadas (Engel, Kerr, & Schlesinger-Raab, 2003; Frigell, Ottander, Stenbeck, & Pahlman, 1990; Nugent, Daniels, & Stewart, 1999; Sprangers, Tall, & Aaronson, 1995). Na pesquisa realizada por Wilson, Alexander e Kind (2006), foi ainda observado que o tipo de estoma não é o fator que causa maior impacto na QVRS, pois a presença do estoma, independente do tipo, foi o único fator que interferiu nos domínios da QVRS em pacientes britânicos acometidos por CCR.

Uwer et al (2011) comparou, por meio dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38, a QV de 127 pacientes com CCR que se submeteram aos tratamentos radioterápicos e quimioterápicos. Antes do ciclo dos tratamentos, a QV global obteve média de 54,9 (DP 20) para os pacientes que iriam realizar a quimioterapia e 54,9 (DP 22,7) para os pacientes com indicação de radioterapia. Os resultados desse estudo, também indicaram prejuízos devido à insônia (M=45,1 DP 31) e problemas sexuais masculinos (M=43,8 DP 41,7) para os pacientes do grupo de quimioterapia.

Outro estudo avaliou prospectivamente pacientes sobreviventes de CCR aos seis e doze meses após o diagnóstico e encontrou que no mínimo 8% deles experimentaram sofrimento psíquico grave, com indicação de acompanhamento profissional (Lynch et al, 2008). Nicolussi e Sawada (2009) observaram que, apesar da melhora na QVRS nas avaliações de três e seis meses pós-operatórios, permaneceram comprometimentos na vida social, privada e financeira.

Oliveira (2010) realizou uma investigação em pacientes com CCR submetidos à colostomia perineal (n=21) e colostomia abdominal (n=17), no mesmo local da presente coleta de dados. Como resultados, foi encontrado que a maioria dos pacientes investigados apresentou bom estado de saúde (M=79 DP 23,7; M=79,9 DP 17,9; para os pacientes que realizaram estomia perineal e abdominal, respectivamente). A autora também identificou que os sintomas sexuais masculinos e femininos foram os mais elevados na amostra (M= 46,7 DP 38,0; M= 50 DP 28,9; para os pacientes que realizaram estomia perineal e abdominal, respectivamente), apesar de não terem sido encontradas diferenças significantes entre os grupos.

Na pesquisa atual, os problemas sexuais foram um dos sintomas que mais acarretaram em prejuízos na QVRS dos participantes. Os homens com EID apresentaram os maiores escores, ou seja, apresentavam mais sintomas sexuais que os demais grupos. Houve diferenças significantes na comparação entre os momentos de avaliação, sendo que a maior diferença estimada ocorreu na comparação entre o grupo de EID e ANT, na avaliação de quinze meses após a cirurgia [Dif = 75,51 (IC: 32,58 – 118,44, $p < 0,01$)].

O estudo conduzido por Provencher et al (2010) também indicou a elevada prevalência de problemas sexuais masculinos em pacientes com CCR. Os resultados encontrados indicaram que todos os pacientes do sexo masculino apresentaram disfunção erétil e apenas 50% mantiveram interesse em ter relações sexuais. Para as mulheres, das 35% que tiveram interesse em ter atividade sexual, 50% relataram dor ou desconforto durante a relação.

Problemas sexuais também foram os mais comuns em uma amostra de 60 indivíduos com CCR, sendo que 53% dos participantes responderam terem problemas sexuais frequentemente ou sempre. As principais queixas desses indivíduos foram em relação aos vazamentos, desconforto em se vestir, preocupações quanto a privacidade no esvaziamento da bolsa e sentimento de falta de atratividade (Neuman et al, 2011).

Fatores que interferem nos problemas sexuais podem ser orgânicos e/ou psicológicos. Dentre os orgânicos, os problemas sexuais geralmente ocorrem devido a danos nos nervos autonômicos do pavimento pélvico durante a cirurgia, causados durante dissecação do reto (Mannaerts, 2001), ou devido aos efeitos da radioterapia (Holm et al, 1996). A idade avançada também poder ser um dos fatores que prejudicam o aspecto sexual (White, & Hunt, 1997). Em relação aos fatores psicológicos, considera-se que a sexualidade não se refere apenas às reações fisiológicas do corpo feminino ou masculino. Ideias, emoções, crenças, representações sociais e culturais sobre o corpo também interferem para que o indivíduo se sinta satisfeito com sua vida sexual (Chauí, 1984). Para as mulheres, o desconforto durante a relação sexual se dá principalmente devido a dor no intercuro sexual, entretanto, diversas técnicas podem ser empregadas antes, durante ou após a relação sexual para evitar o desconforto (Manderson, 2005).

A pior QVRS no aspecto físico, em pacientes com estomia, se dá devido a problemas intestinais, tais como flatulência, diarreia e constipação (Sprangers, Tall, & de Velde, 1995). Neste estudo, os sintomas relacionados à diarreia apresentaram diferenças significantes ao longo do tempo, sendo pior nos pacientes com EID na avaliação pré-operatória, quando comparado aos demais grupos e momentos. Ramsey et al (2002) consideram que este sintoma

traz prejuízos e limitações às atividades diárias dos indivíduos, prejudicando assim, sua percepção da QVRS.

Uma avaliação comparou 55 indivíduos com CCR, de acordo com os procedimentos cirúrgicos realizados (ressecção anterior de reto e amputação abdominoperineal). Avaliados por meio dos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CR38, não foram encontradas diferenças significantes nos domínios de QVRS (Souza, 2003).

Apesar das médias moderadas obtidas nos domínios da QVRS, os participantes do presente estudo apresentaram diferenças significantes na comparação entre o tipo de procedimento cirúrgico (comparação intergrupos) e ao longo do tempo nas comparações intragrupos.

Em relação ao tempo, Plata e Majewski (2008) realizaram uma pesquisa prospectiva com pacientes estomizados devido CCR, avaliados três e seis meses após a cirurgia. Os resultados indicaram que a QV dos indivíduos, apesar de melhorar com o passar do tempo, continua apresentando comprometimento nas áreas sociais, privada e financeira.

5.5 Avaliação das Distorções Cognitivas, pensamentos, emoções, comportamentos e rede de suporte social

As informações obtidas por meio das entrevistas semiestruturadas puderam complementar os dados obtidos pelas inferências estatísticas. Observou-se que, assim como mensurado pelos instrumentos HADS, EFS, EORTC-C30 e EORTC-CR38, os participantes do estudo não apresentaram queixas graves quanto ao ajustamento emocional e adaptação à estomia.

Observou-se ainda uma flutuação do discurso dos participantes ao longo do tempo, sendo que, apesar de um choque inicial, com a presença de emoções negativas, preocupações em relação aos procedimentos condizentes ao tratamento e receio de não retomar as atividades laborais, sociais e sexuais após o tratamento para CCR (“mudar”, “trabalho”, “lazer”, “família”, “diferente”, “preocupação”; “Deus”, “afetar”, “colonoscopia”, “difícil”, “atrapalhar”), nas demais avaliações observou-se que palavras que remetem à adaptação, normalidade, enfrentamento e suporte social foram mencionadas com maior frequência, principalmente na última avaliação (“normal”, “Deus”, “trabalho”, “marido”, “amigos”,

“lazer”, “diferente”, “igual”, “família”, “filhos”).

Os resultados encontrados por este estudo estão coerentes com a teoria formulada por Kubler-Ross (1998). Esta autora foi uma das principais estudiosas no que diz respeito aos estudos sobre morte e aceitação do processo de morrer. Em seus estudos, ela aborda que existem fases perante o adoecimento, sendo estas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A ocorrência dessas fases são dinâmicas e não lineares (Kubler-Ross, 1998).

O processo de transição e adaptação à nova realidade, pelo conceito de resiliência, que consiste na habilidade de superar situações adversas, tem como função o crescimento do indivíduo do ponto de vista desenvolvimental (Meleis, 2010). Assim, o processamento de informações nesse momento medeia as relações que o indivíduo faz com o meio, podendo essas relações serem positivas ou negativas. Segundo Cash e Pruzinsky (2002) o processo de resiliência relaciona-se com a prevenção dos distúrbios da imagem corporal. Dessa forma, abordar os aspectos emocionais se torna ainda mais importante (Canelas, 2004; Walsh, 2004).

Assim, a reestruturação das distorções cognitivas facilita o processo de enfrentamento dos pacientes (Lazarus e Folkman, 1984), além de contribuir com o sentimento de autoeficácia dos mesmos (Bandura, 1977). A autoeficácia relaciona-se diretamente com a saúde psicológica, sendo que baixos níveis de autoeficácia associam-se com estados emocionais negativos e estratégias de *coping* ineficazes (Abramson et al, 2008). Em contrapartida, estratégias de *coping* eficazes relacionam-se com o nível de informações que o indivíduo possui a respeito da situação estressante (Chandra et al, 2010). Dessa forma, sugere-se que a forma como a comunicação do diagnóstico e necessidade da estomia é realizada pela equipe de saúde influenciará no processo de enfrentamento desse processo.

Dázio (2008) analisou o significado do estoma intestinal em uma amostra composta por homens. Segundo o autor, tal referência à normalidade, também apresentada na sua amostra, se deu como uma forma de ajustamento à situação. O indivíduo, após ser informado que possui uma doença grave e estigmatizante como é o câncer, manifesta a vontade de viver, independente da necessidade de construção do estoma. Assim, o indivíduo tende a normalizar o estoma, compreendendo-o como apenas uma parte do tratamento. Na TCC, este processo é denominado de reavaliação positiva.

Silva, Aquino e Santos (2008) entrevistaram dez mulheres com diferentes tipos de câncer. Os resultados encontrados pelos autores indicaram que as distorções cognitivas mais utilizadas perante o diagnóstico de câncer foram a catastrofização e a adivinhação. As mulheres avaliadas não consideraram as evidências que pudessem confrontar tais erros de pensamento, como o tipo de câncer e o estágio da evolução da doença.

A família e cônjuges foram indicados como uma das principais fontes de suporte social no presente estudo, dada a alta frequência das palavras “marido”, “família”, “filhos”. Este fato também foi observado por outros autores (Altschuler et al, 2009; Bergamasso, & Angelo, 2001; Chaves, & Gorini, 2011).

Altschuler et al (2009) entrevistaram 30 mulheres e encontraram como resultados que as mulheres que tinham o suporte do marido/companheiro apresentaram um ajustamento positivo perante o diagnóstico de câncer. Em contrapartida, mulheres cujos maridos/companheiros retiraram o apoio durante o tratamento apresentaram pior adaptação à estomia. Perante esta relação, recomenda-se que suporte e orientações dos profissionais de saúde sejam oferecidos desde o momento pré-operatório, para melhor aconselhamento tanto dos pacientes, quanto de seus cônjuges.

No momento do diagnóstico, as preocupações estavam relacionadas ao próprio estado de saúde e aos procedimentos necessários para o tratamento. Interessante ressaltar que alguns pacientes referiam ao tumor como “hemorroidas”, minimizando, assim, a gravidade da situação. Achado semelhante foi encontrado por Goffman (1988), em que o autor sugere denominar essa estratégia como encobrimento. Neste sentido, considera-se fundamental a forma como a comunicação do diagnóstico é realizada pelos profissionais, visto que, usualmente, os pacientes ficam abalados com a notícia, tanto referente à doença em si, quanto perante a informação da necessidade da realização da estomia (Cezaretti et al, 2000).

Nas avaliações subsequentes (três e quinze meses de pós-operatório), o conteúdo da análise qualitativa demonstrou que os pacientes estavam mais preocupados em relação às estratégias a serem adotadas como forma de enfrentamento do que em relação à estomização. Palavras que remetem ao autocuidado (“limpeza”, “higiene”, “lavar”) foram enunciadas com frequência. Estudos sugerem que a estomia pode levar a situações constrangedoras, tais como ruídos emitidos pela emissão de gases, extravasamento de fezes pela bolsa coletora, eliminação de odores. Para tanto, os pacientes devem contar com uma rede de suporte social para facilitar o processo de adaptação (Furlani, & Ceolim, 2002).

A impossibilidade (ou dificuldade) de voltar a exercer atividades laborais foi também um tema de grande preocupação por parte dos entrevistados. Santos et al (2007) verificaram que a capacidade laboral fica afetada em uma grande parcela dos indivíduos. Entretanto, tais dificuldades também são em decorrência da idade avançada dos pacientes, já que a maioria deles são idosos, e não necessariamente somente em decorrência do estoma. O afastamento no trabalho pode acarretar em crenças relacionadas ao fracasso, contribuindo assim, para a baixa autoestima, sentimentos de tristeza e comportamento de choro (Dázio, 2008).

Menção à importância da espiritualidade e religiosidade se deu em todos os momentos avaliados (alta aparição da palavra “Deus”). O suporte emocional acarretado pelo apoio social e religião contribuem positivamente para o enfrentamento de problemas de saúde (Faria, & Seidl, 2005, 2006; Maruyama, & Zago, 2005; Silva, & Shimizu, 2006). A religião é buscada muitas vezes como um alívio do sofrimento (Dázio, 2008).

As intervenções psicoeducacionais devem ser adotadas como forma de reestruturação das crenças errôneas acerca da estomia, bem como para suporte emocional durante o processo de adaptação, facilitando assim a adesão do paciente ao tratamento proposto (Costa Jr. 2005; Moraes, Rolim, & Costa Jr., 2009).

5.6 Modelo explicativo

Visto que a Modelagem de Equações Estruturais consiste em uma análise confirmatória, observou-se que a relação entre as variáveis esteve coerente com os demais dados obtidos neste estudo. Observou-se a influência dos sintomas depressivos e ansiosos na saúde global, sendo que, quanto maior a presença de tais sintomas, menor a saúde global do indivíduo, e, por consequência, pior QVRS.

A insatisfação interferiu diretamente no nível de acurácia dos pacientes. Assim, infere-se que o nível de satisfação com a própria imagem interfere no componente perceptivo da imagem corporal. Os indivíduos que, por sua vez, apresentam bons níveis de acurácia, reportaram boa saúde global. O tipo de estomia acarretou em um efeito direto na insatisfação e em um efeito indireto e negativo na acurácia.

Quanto aos dados demográficos, a Modelagem de Equações Estruturais confirmou um efeito indireto e positivo do estado civil na saúde global, confirmando que pessoas com companheiro(a) apresentam melhores níveis de saúde global, reforçando a importância do suporte conjugal e familiar, conforme já mencionado neste estudo. O sexo teve um efeito direto e negativo na acurácia. Portanto, esses resultados estão condizentes com as demais análises do estudo e comprovam a literatura acerca das variáveis mencionadas.

6 CONCLUSÃO

Por meio dos resultados obtidos nesse estudo foi possível concluir sobre os pacientes submetidos ao tratamento para CCR e ao procedimento cirúrgico gerador de estomia que:

- A maioria dos participantes superestimou a imagem corporal e desejaram ter silhueta menor do que a atual;
- Ao longo do tempo não houve diferença significativa na comparação entre os grupos, no que diz respeito à acurácia da imagem corporal;
- Na comparação para insatisfação da imagem corporal, a maior diferença foi encontrada para o grupo de EID, na comparação entre os escores obtidos no pré-operatório versus os escores encontrados na última avaliação;
- Os escores médios dos sintomas de ansiedade e depressão não indicaram a presença de sintomatologia grave;
- Houve diferenças significantes na comparação do tipo de cirurgia e momento de avaliação, sendo que, na avaliação de seis meses, os sintomas tenderam a diminuir, mas na última avaliação os escores médios para os grupos de ANT e EIT se elevaram;
- Os participantes de EID tiveram menor oscilação dos sintomas de ansiedade e depressão ao longo do tempo;
- A QVRS apresentou escores moderados para a maioria dos domínios avaliados;
- Os sintomas sexuais foram os que contribuíram para pior percepção da QV nos participantes;
- Os dados qualitativos foram complementares às análises quantitativas e reforçaram o ajustamento psicossocial dos participantes ao longo do tempo;
- O suporte social foi uma das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela amostra no processo de adaptação à estomia;
- A análise estatística Modelagem de Equações Estruturais confirmou a influência dos sintomas depressivos e ansiosos, acurácia, insatisfação, tipo de estomia, sexo e estado civil na avaliação da saúde global dos pacientes com CCR.

Assim, diante das conclusões obtidas nesta investigação, recomenda-se que intervenções psicoeducativas direcionadas tanto aos pacientes quanto aos familiares sejam realizadas durante todo o processo de tratamento.

REFERÊNCIAS²

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. et al(1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Abramson, D., Stehling-Ariza, T., Garfield, R., & Redlener, I. (2008). Prevalence and predictors of mental health distress post-Katrina: Findings from the gulf coast child and family health study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(2), 77-86.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T. A. et al (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-oncology*, 15(6), 463–73.
- Allal, A. S., Bieri S, Pelloni, A., Spataro, V., Anchisi, S., Ambrosetti, P. et al(2000). Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. *British Journal of Cancer*, 82(6),1131-1137.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 27-35.
- Alter, C. L., Fleishman, S. B., Kornblith, A. B., Holland, J. C., Bianco, D., Levenson, R. et al(1996). Supportive telephone intervention for patients receiving chemotherapy: a pilot study. *Psychosomatics*, 37(5), 425-431.
- Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, M. C. et al (2009). The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36(3), 299–305.
- American Cancer Society. (2011). *Global cancer facts & figures*. (2^a ed). Atlanta:GA.

² De acordo com estilo APA – American Psychological Association (USP, 2009).

- Anderson, A. S., Caswell, S., Wells, M., Steele, R. J., & Macaskill, S. (2010). It makes you feel so full of life LiveWell, a feasibility study of a personalised lifestyle programme for colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 409-415.
- Ang, S. G., Chen, H. C., Siah, R. J., Ele, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594.
- Aronovitch, S., Sharp, R., & Harduar-Morano, L. (2010). Quality of life for patients living with ostomies: influence of contact with an ostomy nurse. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 37(6), 649-653.
- Attolini, R. C., Gallon, C.W. (2010). Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 30(3), 289-298.
- Audisio, R. A., Filiberti, A., Geraghty, J.G., & Andreoni, B. (1997). Personalized surgery for rectal tumours: the patient's opinion counts. *Support Care Cancer*, 5, 17-21.
- Bahls, S. C., Navolar, A. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 4, 1-11. Recuperado em 10 de maio de 2015, de http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 119-215.
- Banfield, S. S., & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Bechara, R. N., Bechara, M. S., Bechara, C. S., Queiroz, H. C., Oliveira, R. B., Mota, R. S. et al (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira Coloproctologia*, 25(2), 146-149.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto

Alegre: Artes Médicas.

- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-84.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-9.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238.
- Bergamasco, R., Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 227-282.
- Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, P. M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D. et al(2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *The European Journal of Cancer*, 36(14), 1796-1807.
- Boccara de Paula, M. A. (2008). *Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas conhecer para transformar*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Boccardo, L. M., Nogueira, S. A., Santos, E. R., Miyadahira, A. M. K., & Santos, V. L. C. G. (1995). Aspectos da reinserção social do ostomizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 29, 59-71.
- Borweil, B. (1997). The psychosexual needs of stoma patients. *Journal of Professional Nursing*, 12, 250-255.
- Botega, N. J. (1995). Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 127-31.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. *Diário Oficial da União*. Brasil. Portaria no 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*.

- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 1016*, de 26 de agosto de 1993. Brasília, 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto".
- Brasil. Presidência da República. *Decreto nº 5.296* de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência*. (2ª. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília. Recuperado em 20 de março de 2015 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2014). Estimativa 2014. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA. Recuperado em 20 de março de 2015, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>.
- Braun, D. P., Gupta, D., & Staren, E. D. (2011). Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer. *BioMed Central Cancer*, 11, 353.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. 1st edition, New York: The Guilford Press.
- Bullen, T. L., Sharpe, L., Laws, C., Patel, D. C., Clarke, S., & Bokey, L. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *The Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 459–63.
- Camilleri-Brennan, J., & Steele R. J. (2002). Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *The International Journal of Colorectal Disease*, 4, 61–66.
- Cammà, C., Giunta, M., Fiorica, F., Pagliaro, L., Craxì, A., & Cottone, M. (2000). Preoperative radiotherapy for resectable rectal cancer: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 284(8), 1008–1015.

- Campana, A. N. N. B., &Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa*. São Paulo: Phorte.
- Canelas, R. S. (2004). *A resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio-educativos de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Carvalho, V. A. (2008). Transtorno de ansiedade em pacientes com câncer. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J. et al*Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 257-270.
- Cascais, A. F. M. V., Martini, J. G., & Almeida, P. J. S. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 163-167.
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (pp. 39-47). New York: The Guilford.
- Cash, T. F.,&Pruzinsky, T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-92.
- Cella, D. F.,&Tulsky, D. S. (1993). Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation*, 11(3), 327-336.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., Brannon J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Cesaretti, I. U. R.,&Leite, M. G. (2000). Bases para o cuidar em enfermagem. In Santos, V. L. C. G., Cesaretti, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado* (pp. 19-37). São Paulo: Atheneu.
- Cesaretti, I. U. R., Santos, V. L. C. G., Filippin, M. J.,& Lima, S. R. S. (2000). O cuidar de enfermagem na trajetória do ostomizado: pré, trans e pós-operatórios. In Santos, V. L. C.

- G., Cesaretti, I. U. R. *Assistência em estomoterapia: cuidando do ostomizado* (pp. 113-31). São Paulo: Atheneu.
- Chandra, A., Acosta, J., Meredith, L. S., Sanches, K., Stern, S., Uscher-Pines, L., et al(2010). Understanding community resilience in the context of national health. Recuperado em 27 de abril de 2010, de http://www.rand.org/pubs/working_papers/2010/RAND_WR737.pdf.
- Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida* (7th ed) São Paulo: Brasiliense; 1984.
- Chaves, P. L., & Gorini, M. I. P. C. (2011). Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 767-773.
- Cheng, H. (2006). *Body image dissatisfaction of college women: Potential risk and protective factors*. PhD Thesis. Faculty of the Graduate School, University of Missouri, Columbia.
- Cheng, F., Meng, A. F., Yang, L. F., & Zhang, Y. N. (2013). The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Manage*, 59(7), 35-38.
- Costa Junior, A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In Dessen M. A., & Costa Junior., A. L. *A Ciência do Desenvolvimento Humano* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 217-26.
- Cunha, A. D., & Rúmen, F. A. (2008). Reabilitação psicossocial do paciente com câncer. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J. et al *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 335-340.
- Danielsen, A. K., & Burcharth, J. (2013). Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review. *The International Journal of Colorectal Disease*, 28(12), 1603-1612.
- Danielsen, A. K., Burchart, J., & Rosenberg, J. (2013). Patient education has a positive effect

in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Disease*, 15(6), e276-e283.

- Dázio, E. M. R. (2008). *O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Deep, C.N., Leal, I., & Patrão, I. (2014). Avaliação da intervenção cognitivo- comportamental em gestão do stress em pacientes com fadiga oncológica, em Radioterapia. *Saúde Sociedade*, 23(1), 293-301.
- DeFrank, J., Mehta, C., Stein, K., & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 625–631.
- Di Fabio, F., Koller, M., Nascimbeni, R., Talarico, C., & Salerni, B. (2008). Long-term outcome after colorectal cancer resection. Patients' self-reported quality of life, sexual dysfunction and surgeons' awareness of patients' needs. *Tumori*, 94(1), 30-35.
- Di Lione, F.R. (2008). Dor: aspectos médicos e psicológicos. In Carvalho, V.A., Franco, M.H.P., Kovács, M.J. et al *Temas em psico-oncologia* (pp. 294-302). São Paulo: Summus, 2008.
- Duarte, I. V., & Rodicz, A. M. (2013). Depressão em oncologia: um olhar da psicologia. *Psicologia Argumento*, 31(75), 707-716.
- Elliott, J., & Olver, I. (2002). The discursive properties of “hope”: a qualitative analysis of cancer patients’ speech. *Qualitative Health Research*, 12(2), 173-193.
- Engel, J., Kerr, J., & Schlesinger-Raab, A. (2003). Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *The Annals of Surgery*, 238(2), 203-213.
- Evangelista, J.C. (2008). Câncer gastrointestinal. In Carvalho, V.A., Franco, M.H.P., Kovács, M.J. et al *Temas em psico-oncologia* (pp. 100-108). São Paulo: Summus.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão de literatura. *Revista Psicologia: reflexão e crítica*, 18(3), 381-389.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com hiv/aids. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155- 164.

- Farias, D. H. R., Gomes, G. C., & Zappas, S. (2006). Conhecendo as vivências de mulheres ostomizadas: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(1). Recuperado em 12 de janeiro de 2015, de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/82/27>.
- Fayers P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran D., & Bottomley A. (2001). On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual(3ª. ed). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos et al (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- França Neto, P. R., Queiroz, F. L., Staino, I. R. F. L., & Lacerda Filho, A.(2003). Quality of life assessment in the late postoperative period of patients with rectal cancer submitted to total mesorectal excision. *Journal of Coloproctology*, 33(2), 50–57.
- Franceschini, J., Jardim, J. R., Fernandes, A. L., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2010). Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for research and treatment of cancer core quality of life questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(5), 595-602.
- Frigell A., Ottander M., Stenbeck H., & Pahlman, L. Quality of life of patients treated with abdomino-perineal resection or anterior resection for rectal carcinoma. (1990). *Annales Chirurgiae Gynaecologiae*, 79, 26-30.
- Furlani, R., & Ceolim, M. F. (2002). Conviver com um ostoma definitivo: modificações relatadas pelo ostomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(5), 586-91.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 107-11.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417-1422.
- Gaspar, K. C. (2011). Psicologia hospitalar e oncologia. In Angerami-Camon, V. A. (Org.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 79- 126). São Paulo: Cengage Learning.

- Gemelli, L. M. G, & Zago, M. M. F. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(1), 34-40.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4^a. ed). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Gomes, R., Skaba, M. M., & Vieira, R. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.
- Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(4), 622-640.
- Graner, K.M., Cezar, L.T.S., & Teng, C.T. (2008). Transtornos do humor em psico-oncologia. In Carvalho, V.A.; Franco, M.H.P.;& Kovács, M.J. et al *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 243-256.
- Groenvold, M., Klee, M. C., Sprangers, M. A., & Aaronson N. K. (1997). Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *The Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 441-450.
- Grogan, S. (2011) Body image development in adulthood. In Cash, T & Smolak, L. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*(pp. 93-99). New York: Guilford Press.
- Grunberg, K. J. (1986). Sexual rehabilitation of the cancer patient undergoing ostomy surgery. *Journal Enterostomy Therapy*, 13, 148–152.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Guyatt, G. H., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T. L., & Varricchio, C. G. et al (2007). Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1229-1239.

- Habr-Gama, A. (2005). Colorectal cancer: the importance of prevention. *Arquivos de Gastroenterologia*, 42(1), 2-3.
- Habr-Gama, A., & Araújo, S. E. A. (2005). Estomas intestinais: aspectos conceituais técnicos. In SANTOS, V. L. C. G., & Ribeiro, I. U. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. (pp. 39-54). São Paulo: Atheneu.
- Hewitt, M., Rowland, J. H., Hewitt, M., & Rowland, J. H. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 20(23), 4581–4590.
- Hjermstad, M. J., Fossa, S. D., Bjordal, K., & Kaasa, S. (1995). Test/retest study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality-of-Life questionnaire. *Journal of Clinical Oncology*, 13(5), 1249-1254.
- Hogan, R. (1991). Human sexuality: a nursing perspective (pp. 373-416). *Connecticut: Appleton-Century-Crofts*, 2, 373-416.
- Hojo, K., Vernava, A.M. 3rd., Sugihara, K., & Katumata, K. (1991). Preservation of urine voiding and sexual function after rectal cancer surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 34(7), 532–539.
- Holm, T., Singnomklao, T., Rutquist, L.E., & Cedermak, B. (1996). Adjuvant pre-operative radiotherapy in patients with rectal carcinoma: adverse effects during long term follow up of two randomized trials. *Cancer*, 78, 968-76.
- Hoon, L. S., Sally, C. W. C., & Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 883-891.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126-136.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189–197.
- Hurny, C., & Holland, J. C. (1985). Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients. *Cancer Journal for Clinicians*, 35(3), 170– 183.

- Jacobsen, P. (2008). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psycho-Oncology Journal*, 18(1), 6-13.
- Jefford, M., Lotfi-Jam, K., Baravelli, C., Grogan, S., Rogers, M., Krishnasamy, M. et al (2011). Development and pilot testing of a nurse-led posttreatment support package for bowel cancer survivors. *Cancer Nursing*, 34(3), E1-E10.
- Kakeshita, I. S. (2008). *Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Kakeshita, I. S., & Almeida, S. S. (2006). Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saúde Pública*, 40, 497-504.
- Kakeshita, I. S., & Almeida, S. S. (2008). Estudo da relação entre o índice de massa corporal e o comportamento alimentar de adultos. *Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição*, 33, 21-30.
- Kakeshita, I. S., Almeida, S. S., & Laus, M. F. (2013). Living well but looking good: a modern health dichotomy - a brief overview on women's body image. *Motriz, Rio Claro*, 19(3), 558-564.
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P., & Almeida, S.S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II):S54-64.
- Krouse, R. S., Grant, M., Wendel, C. S., Mohler, M. J., Rawl, S. M., Baldwin, C. M. et al (2007). A mixed-methods evaluation of health-related quality of life for male veterans with and without intestinal stomas. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(12), 2054-2066.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87.

- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Supportive Care in Cancer*, 10(6), 494–501.
- Lage, M. C. (2011). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *Educação Temática Digital*, 12, 198-226.
- Laus, M. F., Kakeshita, I. S., Braga Costa, T. M., Ferreira, M. E. C., Fortes, L. S., & Almeida, S. S. (2014). Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 331-346.
- Laus, M. F., Murarole, M. B., Braga Costa, T. M., & Almeida, S. S. (2013). Estudo de validação e fidedignidade teste-reteste de uma escala de silhuetas brasileira em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(4), 403-9.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lopes, R. F. F., Santos, M. R., & Lopes, E. J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, X(1), 39-49.
- Lucia, M.C.S. (2005). Sexualidade do ostomizado. In Santos, V.L.C.G., & Cesaretti, I.U.R. (Orgs). *Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado* (pp. 335-353). São Paulo.
- Lynch, B. M., Steginga, S. K., Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Dunn, J., Lynch, B. M., et al (2008). *Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer*. *Cancer*, 112(6), 1363–70.
- Manderson. L. (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*, 61(2), 405–415.
- Mannaerts, G. H., Schijven, M. P., Hendriks, A., Martijn, H., Rutten, H. J., & Wiggers, T. (2001). Urologic and sexual morbidity following multimodality treatment for locally advanced primary and locally recurrent rectal cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 27, 65-72.
- Maruyama, S. A. (2004). *A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na*

visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: Um estudo etnográfico. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Maruyama, S. A. T, & Zago, M. M. F. (2005). A experiência da colostomia por câncer: um estudo etnográfico. *Revista Estima*, 3(3), 33.

Mastropietro, A. P., Oliveira, E. A., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2007). Functional assessment of cancer therapy bone marrow transplantation: tradução e validação. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 260-268.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-85.

McKiernan, A., Steggles, S., Guerin, S., & Carr, A. (2011). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(2), 143-156.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

Michelone, A. P. C., & Santos, V. L. C. G. (2004). Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 875-883.

Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3):239-262.

Minayo, M. C., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Jr, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 11(2), 329-345.

Moraes, C., Anjos, L. A., & Marinho, S. M. S. A. (2012). Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 7-19.

Mota, M. S., Gomes, G. C., Petuco, V. M., Heck, R. M., Barros, E. J. L., & Gomes, V. L. O.

- (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 82-88.
- Mota, M., & Gomes, G. C. (2013). Changes in the process of living of ostomized patients after surgery. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* [Internet], 7074-81. Recuperado em 20 de março de 2015, de: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3435/pdf_4259
- Mullens, A. B., McCaul, K. D., Erickson, S. C., & Sandgren, A. K. (2004). Coping after cancer: risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 367-376.
- Neuman, H. B., Patil, S., Fuzesi, S., Wong, W. D., Weiser, M. R., Guillem, J. G., Paty, P. B., Nasch, G. M., Temple, L. K. (2011). Impact of a temporary stoma on the quality of life of rectal cancer patients undergoing treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 18(5), 1397-1403.
- Nicolussi, A. C. (2008). *Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa da literatura*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2009). Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2):349-63.
- Nugent, K. P., Daniels, P., & Stewart, B. (1999). Quality of life in stomas patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42(12), 1569-1574.
- Ofman, U. S., & Auchincloss, S. S. (1992). Sexual dysfunction in cancer patients. *Current opinion in oncology*, 4(4), 605-613.
- Oliveira, D. V. D., & Nakano, T. T. Y. (2001). Reinserção social do ostomizado. In Santos, V. L. C. G., & Cesaretti, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado* (pp. 279-290). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, J. Z. (2010). *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia de amputação abdominoperineal do reto com colostomia abdominal ou colostomia perineal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu.

- Osoba, D., Zee, B., , J. Warr, D., Kaizer, L., & Latreille, J. (1994). Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Quality of Life Research*, 3(5), 353-364.
- Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 12(3), 608-616.
- Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J. (1998). Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 139-144.
- Park, S., & Kim, K.S.(2009). Model construction of sexual satisfaction in patients with a colostomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(4), 539-48.
- Paula, M. A. B., Takahashi, R. F., & Paula, P. R. (2009). Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 29(1), 77-82.
- Penedo, F. J., Traeger, L., Dhan, J., Molton, I., Gonzalez, J.S., Schneiderman, N. et al(2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial *Intenational Journal of Behaviour Medicine*, 14(3), 164-172.
- Pereira, A. P. S. (2006). *Educação sexual de grupos de adultos portadores de estomas intestinais definitivos: processo da implantação e implementação*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- Pimentel, F. L. *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina, 2006.
- Piwonka, M.A, & Merino, J.M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 26, 298–305.
- Plata, K., & Majewski, W. (2008). Quality of life of stoma patients after colorectal surgery and possibilities of its improvement. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 54(2), 77-85.
- Provencher, S., Oehler, C., Lavertu, S., Jolicoeur, M., Bernard Fortin, B., & Donath, D. (2010). Quality of life and tumor control after short split-course chemoradiation for anal canal carcinoma. *Radiation Oncology*, 5, 41.

- Pugliese, P., Perrone, M., Nisi, E., Garufi, C., Giannarelli, D., Bottomley, A., & Terzoli, E. (2006). An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 1-9.
- Raingruber, B. (2011). *The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: an integrative review of the literature*. International Scholarly Research Notices, doi: 10.5402/2011/638218.
- Ramsey, S. D., Berry, K., Moinpour, C., Giedzinska, A., & Andersen, M. R. (2002). Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *American Journal of Gastroenterology*, 97(5), 1228–1234.
- Robb, C., Haley, W. E., Balducci, L., Extermann, M., Perkins, E. A., Small, B. J. et al (2007). Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*, 62(1), 84–91.
- Rodrigues, M. A., Rosa, J., Moura, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de *Coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 61-68.
- Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V. Boesen, E. H., & Johansen, C.(Eds.) (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), 505–513.
- Sales, C. A., Violin, M. R., Waidman, M. A. P, Marcon, S. S., & Silva, M. A. P. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 221-227.
- Sales, P. M., Carvalho, A. F., McIntyre, R. S., Pavlidis, N., & Hyphantis, T. N. (2014). Psychosocial predictors of health outcomes in colorectal cancer: a comprehensive review. *Cancer Treatment Reviews*, 40(6), 800–809.
- Salom, E. M., & Penalver, M. A. (2003). Pelvic exenteration and reconstruction. *Cancer Journal*, 9(5), 415–424.
- Sampaio, F. A. A., Aquino, P. S., Araújo, T. L., & Galvão, M. T. G. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 94-100.
- Santos, V. L. C. G., & Cesareti, I. U. R. (2000). *Cuidando do estomizado: Indicações dos estomas intestinais, uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Atheneu.

- Santos, V. L. C. G., & Sawaia, B. B. (2000). A bolsa na mediação “estar ostomizado” - “estar profissional” análise de uma estratégia pedagógica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(3), 40-50.
- Santos, V. L. C. G. (2005). A estomaterapia através dos tempos. In Santos, V. L. C. G., & Ribeiro, I. U., *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado* (pp.1-17). São Paulo: Atheneu.
- Santos, V. L. C. G. (2006). *Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão*. Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.
- Santos, C. H. M., Bezerra, M. M., Bezerra, F. M. M., & Paraguassú, B.R. (2007). Profile of the patient with stoma and complications related to stoma. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 27(1), 16-9.
- Sargent, D. J., Goldberg, R. M., Jacobson, S. D., MacDonald, J. S., Labianca, R., Haller, D. G. et al(2001) A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *The New England Journal of Medicine*, 345(1), 1091–1097.
- Sawada, N. O. (2002). Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Tese de Livre-Docência, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Schall, R. (1991). Estimation in generalized linear models with random effects. *Biometrika*, 78(4), 719-727.
- Schneider, E. C., Malin, J. L. K., Ko, C. Y., Adams, J., Epstein, A. M. (2007). Surviving colorectal cancer: patient-reported symptoms 4 years after diagnosis. *Cancer*, 110(9), 2075–2082.
- Schover, L. R. (1998). *Sexuality of cancer* (pp. 2-38). New York: American Cancer Society.
- Seidl, E. M F, & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 395–402.

- Shilder P. (1994). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sideris, L., Zenasni, F., Vernerey, D., Dauchy, S., Lasser, P., Pignon, J. P. et al(2005). Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(12), 2180–2191.
- Silva, V. C. E. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.
- Silva A. L., Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 14(4), 483-90.
- Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 307-311.
- Silva, F. A. (2008). *Validação e Reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo.
- Silva, G. M, Hull, T., Roberts, P. L., Ruiz, D. E, Wexner, S. D., Weiss, E. G. et al(2008). The effect of colorectal surgery in female sexual Function, body image, self-esteem and general health:a prospective study. *The Annals of Surgery*,248(2), 266 –272.
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A., & Santos, R.M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnostico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 73-88.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., & Maekawa, A. (2009). Development and psychometric evaluation of the ostomy adjustment inventory-23. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*,36(1), 69–76.
- Simpson, E., Carlson, L., Beck, C., & Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(4), 282-294.
- Singer S, Das-Munshi J, Brahler E (2009).Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925–930.

- Souza, J. B., Oliveira, P. G., & Ginani, F. F. (1997). Implicações sexuais na cirurgia do estoma intestinal In Crema, E., & Silva, R. *Estomas: uma abordagem interdisciplinar* (pp.177-191). Uberaba (MG): Pinti.
- Sousa, S. M. A. (1999). Qualidade de vida em clientes ostomizados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 8(3), 162-182.
- Souza, R. H. S., Montovani, M. F., & Lenard, T. (2001). Significados do corpo: reflexão teórica. *Cogitare Enfermagem*, 6(2), 25-30.
- Souza, P. M. S. B. (2003). *Avaliação da qualidade de vida dos doentes com adenocarcinoma do reto distal tratados com rádio e quimioterapia como primeira abordagem e submetidos a diferentes condutas terapêuticas*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sprangers, M. A. G., Taal, B. G., Aaronson, N. K., & te Velde A. (1995). Quality of life in colorectal cancer: stoma vs. non stoma patients. *Diseases of the Colon&Rectum*, 38(4), 361-369.
- Sprangers, M. A., te Velde, A., & Aaronson, N. K. (1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *European Journal of Cancer*, 35(2), 238-247.
- Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C. et al (2013). Surviving colorectal cancer long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *The Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(1), 61–72.
- Taylor, R. R. (2005). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Chicago: University Illinois Press.
- Thomas, C., Madden, F., & Jehu, D. (1987). Psychological effects of stomas- I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(3), 311–316.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: considerações diagnósticas e terapêuticas. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1101-1112.

- Trninić, Z., Vidacak, A., Vrhovac, J., Petrov, B., & Setka, V. (2009). Quality of life after colorectal cancer surgery in patients from University Clinical Hospital Mostar, Bosnia and Herzegovina. *Collegium Antropologicum*, 33(2), 1-5.
- Tsunoda, A., Tsunoda, Y., Narita, K., Watanabe, M., Nakao, K., & Kusano, M. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. (2008). *Diseases of the Colon & Rectum*, 51, 218–222.
- Uwer, L. et al (2011). Responsiveness of EORTC QLQ-C30, QLQ-CR38 and FACT-C quality of life questionnaires in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:70. Doi: 10.1186/1477-7525-9-70.
- Velenik, V., Oblak, I., & Anderluh, F. (2008). Quality of life in patients after combined modality treatment of rectal cancer: Report of a prospective phase II study. *Radiology and Oncology*, 42(4), 207-214.
- Violin, M. R., Mathias, T. A. F., & Uchimura, T. T. (2008). Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 924-32.
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British Journal of Cancer*, 105, 1814-1817.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estratégias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Watson, M., Meyer, L., Thomson, A., & Osofsky, S. (1998). Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 34, 831-837.
- Whistance, R. N., Gilbert, R., Fayers, P., Longman, R. J., Pullyblank, A., Thomas, M., & Blazeby, J. (2010). Assessment of body image in patients undergoing surgery for colorectal cancer. *International Journal Colorectal Disorder*, 25, 369–374.
- White, C. A., & Hunt, J. C. (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Ann R Coll Surg Engl*, 79, 3-7.

- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1447-1462.
- WHOQOL GROUP. Measuring Quality of Life. (1997). World Health Organization. Recuperado em 20 de março de 2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?ua=1
- Wilson, T. R., Alexander, D., & Kind, P. (2006). Measurement of health-related quality of life in the early follow-up of colon and rectal cancer. *Dis Colon Rectum*, 49, 1692-1702.
- World Health Organization (Switzerland). (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. WHO. (2^a. ed). Geneva: WHO.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10, 19–28.
- Zandonai, A. P., Cardozo, F. M. C., Nieto, I. N., G, & Sawada NO. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 554-561.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO			
01	Protocolo número	01	
02	Registro hospitalar	02	
03	Data de nascimento DD/MM/AAAA	03	__/__/____
04	Data do diagnóstico na Instituição DD/MM/AAAA	04	__/__/____
05	Sexo 1- Feminino; 2- Masculino	05	
06	Naturalidade	06	
07	Cidade de procedência	07	
08	Etnia 1- Branca; 2- Negra; 3- Amarela; 4- Outra; 99- Ignorado	08	
09	Escolaridade 0- Analfabeto; 1- Sabe ler e escrever; 2- Ensino fundamental; 3- Ensino médio / Técnico; 4- Superior; 5- Pós-graduação; 99- Ignorado	09	
10	Estado civil 1- Solteiro; 2- Casado / União consensual; 3- Separado / Divorciado; 4- Viúvo; 99- Ignorado	10	
11	Religião 0- Nenhuma; 1- Católica; 2- Evangélica; 3- Espírita; 4- Protestante; 5- Outras; 99- Ignorado	11	
12	Ocupação atual ESPECIFIQUE	12	
13	Renda familiar (mensal) 1- até um salário mínimo (até R\$ 545,00) 2- de 01 a 02 salários mínimos (R\$ 545,00 a R\$ 1.090,00) 3- de 02 a 03 salários mínimos (R\$ 1.090,00 a R\$ 1.635,00) 4- de 03 a 04 salários mínimos (R\$ 1.635,00 a R\$ 2.180,00) 5- de 04 a 05 salários mínimos (R\$ 2.180,00 a R\$ 2.725,00) 6- mais que 04 salários mínimos (mais que R\$ 2.725,00)	13	
14	Número de pessoas que dependem da renda	14	

ANEXOB

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL			
15	Quem é o chefe-de-família na sua casa? 1- O próprio entrevistado; 2- Outrem. Quem: _____	15	
16	Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou? 0- Analfabeto / Primário incompleto 1- Primário completo/ Ginásial incompleto 2- Ginásial completo / Colegial incompleto 4- Colegial completo / Superior incompleto 8- Superior completo	16	
QUANTIDADE DE POSSE DE ITENS			
17	Televisão 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	17	
18	Rádio 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	18	
19	Banheiro 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	19	
20	Automóvel 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	20	
21	Empregada mensalista 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	21	
22	Máquina de lavar 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	22	
23	Videocassete e/ou DVD 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	23	
24	Geladeira 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	24	
25	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) 0- Não tem; 1- Um; 2- Dois; 3- Três; 4- Quatro ou mais	25	

Cortes do Critério de Classificação Econômica Brasil ABEP

Classe	Pontos
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17

ANEXO C

FICHA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS			
1	Estoma 0- Não realizou; 1- Colostomia perineal; 2- Colostomia abdominal; 3- Ileostomia; 4- Jejunostomia; 99- Ignorado	1	
2	Data da estomização DD/MM/AAAA	2	__/__/__
3	Tipo de estomia 1- Temporária; 2- Definitiva	3	
ESTADIAMENTO			
4	Estadiamento clínico – T	4	
5	Estadiamento clínico – N	5	
6	Estadiamento clínico – M	6	
7	Estadiamento clínico - EC	7	
TRATAMENTO NEOADJUVANTE			
8	Quimioterapia neoadjuvante 0- Não; 1- Sim; 99- Ignorado	8	
9	Radioterapia neoadjuvante 0- Não; 1- Sim; 99- Ignorado	9	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
10	Peso KILOS	10	
11	Altura METROS	11	
HÁBITOS DE VIDA			
12	Prática de atividade física 0- Não; 1- Sim; 99- Ignorado	12	
13	Frequência de atividade física (última semana) 0- Nenhuma; 1- 1x na semana; 2- 2x na semana; 3- 3x na semana; 4- 4x na semana; 5- 5x na semana; 6- 6x na semana; 7- Diariamente 99- ignorado	13	
14	Uso de álcool 0- Não; 1- Sim, atual; 2- Sim, passado; 99- Ignorado	14	
15	Frequência (uso de álcool) (semanal) 0- Nenhuma; 1- 1x na semana; 2- 2x na semana; 3- 3x na semana; 4- 4x na semana; 5- 5x na semana; 6- 6x na semana; 7- Diariamente 99- ignorado	15	
16	Uso de cigarro 0- Não; 1- Sim, atual; 2- Sim, passado; 99- Ignorado	16	

ANEXO D

Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)

→ Dispor os cartões do sexo corresponde ao participante em série ordenada ascendente.

→ Solicitar:

1. Qual figura melhor representa o seu corpo atual, como se vê hoje?
Cartão _____
2. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter?
Cartão _____

→ Efetuar os seguintes cálculos:

Distorção = IMC médio figura “Atual” – IMC Real (aferido)

Insatisfação = IMC médio figura “Meta” – IMC médio figura “Atual”

(Os resultados são oferecidos em Kg/m²)

Análises:

→ Distorção

- resultado igual a zero: significa que não há distorção;
- resultado positivo: significa que a pessoa distorce a sua imagem corporal se vendo maior do que realmente é (superestimação);
- resultado negativo: significa que a pessoa se vê menor do que realmente é (subestimação).

→ Insatisfação

- resultado igual a zero: o indivíduo é classificado como satisfeito com sua aparência
- resultado positivo: a pessoa tem como “meta” um IMC maior do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta maior)
- resultado negativo: a pessoa tem como “meta” um IMC menor do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta menor).

Fonte: Kakeshita, I.S. et al Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p.263-70, 2009.

ANEXO E

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD)

d o c u m e n t o	ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD"
	<p>Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na <i>última semana</i>. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.</p> <p>Marque apenas uma resposta para cada pergunta.</p>
A 3 2 1 0	<p>Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>() A maior parte do tempo</p> <p>() Boa parte do tempo</p> <p>() De vez em quando</p> <p>() Nunca</p>
D 0 1 2 3	<p>Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>() Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>() Não tanto quanto antes</p> <p>() Só um pouco</p> <p>() Já não sinto mais prazer em nada</p>
A 3 2 1 0	<p>Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>() Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>() Sim, mas não tão forte</p> <p>() Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>() Não sinto nada disso</p>
D 0 1 2 3	<p>Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>() Do mesmo jeito que antes</p> <p>() Atualmente um pouco menos</p> <p>() Atualmente bem menos</p> <p>() Não consigo mais</p>
A 3 2 1 0	<p>Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>() A maior parte do tempo</p> <p>() Boa parte do tempo</p> <p>() De vez em quando</p> <p>() Raramente</p>
D 3 2 1 0	<p>Eu me sinto alegre:</p> <p>() Nunca</p> <p>() Poucas vezes</p> <p>() Muitas vezes</p> <p>() A maior parte do tempo</p>
A 0 1 2 3	<p>Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>() Sim, quase sempre</p> <p>() Muitas vezes</p> <p>() Poucas vezes</p> <p>() Nunca</p>
D 3 2 1 0	<p>Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>() Quase sempre</p> <p>() Muitas vezes</p> <p>() De vez em quando</p> <p>() Nunca</p>
A 0 1 2 3	<p>Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>() Nunca</p> <p>() De vez em quando</p> <p>() Muitas vezes</p> <p>() Quase sempre</p>
D 3 2 1 0	<p>Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>() Completamente</p> <p>() Não estou mais me cuidando como eu deveria</p> <p>() Talvez não tanto quanto antes</p> <p>() Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
A 3 2 1 0	<p>Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>() Sim, demais</p> <p>() Bastante</p> <p>() Um pouco</p> <p>() Não me sinto assim</p>
D 0 1 2 3	<p>Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>() Do mesmo jeito que antes</p> <p>() Um pouco menos do que antes</p> <p>() Bem menos do que antes</p> <p>() Quase nunca</p>
A 3 2 1 0	<p>De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>() A quase todo momento</p> <p>() Várias vezes</p> <p>() De vez em quando</p> <p>() Não sinto isso</p>
D 0 1 2 3	<p>Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:</p> <p>() Quase sempre</p> <p>() Várias vezes</p> <p>() Poucas vezes</p> <p>() Quase nunca</p>

A D

Fonte: Botega, N.J et al Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v.29, n.5, p. 355-63, 1995.

ANEXOF**EORTC QLQ-C30**

EORTC QLQ-C30 (version 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

BRAZILIAN

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

EORTC QLQ-CR38

BRAZILIAN

EORTC QLQ - CR38

Por vezes, os pacientes se queixam da ocorrência dos seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique até que ponto sentiu esses sintomas ou problemas na última semana. Responda desenhando um círculo em volta do número que melhor se aplica a seu caso.

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
31. Urinou com frequência durante o dia?	1	2	3	4
32. Urinou com frequência durante a noite?	1	2	3	4
33. Sentiu dor ao urinar?	1	2	3	4
34. Sentiu a barriga inchada?	1	2	3	4
35. Sentiu dor de barriga?	1	2	3	4
36. Sentiu dor nas nádegas?	1	2	3	4
37. Sentiu gases (flatulência)?	1	2	3	4
38. Você teve que arrotar?	1	2	3	4
39. Perdeu peso?	1	2	3	4
40. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
41. Seu cabelo ficou fraco ou sem vitalidade como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
42. Sentiu um sabor diferente do usual na comida ou bebida?	1	2	3	4
43. Você se sentiu menos atraente (bonito/a) devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
44. Sentiu-se menos feminina (mulher)/masculino(homem) como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
45. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
46. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4

Durante as últimas <u>quatro</u> semanas:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
47. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
48. Com que frequência foi sexualmente ativo(a) (teve relações sexuais) (com ou sem relações sexuais)?	1	2	3	4
49. Responda apenas a esta questão se tiver sido sexualmente ativo(a): Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Por favor, avance para a página seguinte

BRAZILIAN

Durante as últimas quatro semanas:

Não Pouco Modera Muito
damente

Apenas para homens:

50. Sentiu dificuldade em atingir ou manter a ereção?	1	2	3	4
51. Teve problemas com a ejaculação (por exemplo, a chamada "ejaculação seca")?	1	2	3	4

Apenas para mulheres que tenham tido relações sexuais:

52. Sentiu sua vagina seca durante a relação?	1	2	3	4
53. Sentiu dor durante a relação?	1	2	3	4

54. Você tem um estoma (bolsa de colostomia)? Não Por favor, responda às questões 55 a 61
(Por favor, assinale com um círculo) Sim Por favor, ignore as questões 55 a 61 e responda às questões 62 a 68

Durante a última semana:

Não Pouco Modera Muito
damente

Apenas para pacientes SEM um estoma (bolsa de colostomia):

55. Evacuiu com frequência durante o dia?	1	2	3	4
56. Evacuiu com frequência durante a noite?	1	2	3	4
57. Sentiu vontade de evacuar sem, no entanto, produzir quaisquer fezes?	1	2	3	4
58. Teve alguma perda involuntária (sem controle) de fezes?	1	2	3	4
59. Notou a presença de sangue nas fezes?	1	2	3	4
60. Teve dificuldade em evacuar?	1	2	3	4
61. Sentiu dor ao evacuar?	1	2	3	4

Apenas para pacientes COM estoma (bolsa de colostomia):

62. Se sentiu preocupado(a) de que outras pessoas pudessem escutar seu estoma (escutar a saída de ar através da colostomia)?	1	2	3	4
63. Se sentiu preocupado de que pudessem sentir o odor de suas fezes?	1	2	3	4
64. Se sentiu preocupado com um possível vazamento de seu estoma?	1	2	3	4
65. Teve problemas em cuidar de seu estoma?	1	2	3	4
66. A pele em volta do estoma ficou irritada?	1	2	3	4
67. Se sentiu envergonhado(a) por causa de seu estoma?	1	2	3	4
68. Se sentiu menos completo(a) por causa de seu estoma?	1	2	3	4

ANEXO G

Medida subjetiva de pensamentos e emoções

1. Pensamento tudo-ou-nada: Você vê uma situação em apenas duas categorias em vez de um contínuo, então ou é uma coisa ou outra.

Ex: “Com esse tratamento, todo o prazer da minha vida vai acabar”; “*Todas as pessoas à minha volta vão falar da minha doença*”; “*Não poderei mais sair de casa devido o tratamento/estomia*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

5-Muito Forte
4- Forte
3-Médio
2-Fraco
1- Muito fraco

2. Catastrofização: Você prevê o futuro negativamente, sem considerar outros resultados mais prováveis. Você acredita que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível e insustentável que não será capaz de suportar.

Ex: “*Não serei capaz de suportar a estomia intestinal*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

5-Muito Forte
4- Forte
3-Médio
2-Fraco
1- Muito fraco

3. Argumentação emocional: Você pensa que algo deve ser verdade porque você “sente” isso de maneira tão convincente que acaba ignorando ou desconsiderando evidências contrárias. Você deixa seus sentimentos guiarem sua interpretação da realidade.

Ex: “*Eu sei que eu faço muitas coisas certas, mas eu ainda me sinto como se eu fosse um fracasso*”; “*Eu sinto que não vou conseguir suportar (o tratamento)*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

- 5-Muito Forte
- 4- Forte
- 3-Médio
- 2-Fraco
- 1- Muito fraco

4. **Rotulação:** Você coloca um rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros sem considerar que as evidências poderiam ser mais razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa.

Ex: “*Meu esposa (minha esposa) não vai me querer mais*”; “*Não poderei mais ter amigos*”; “*Agora, daqui pra frente, minha vida se resumirá no tratamento*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

- 5-Muito Forte
- 4- Forte
- 3-Médio
- 2-Fraco
- 1- Muito fraco

5. **Maximização/ minimização:** Quando você avalia a si mesmo, outra pessoa ou uma situação, você aumenta muito o negativo e/ou diminui muito o positivo.

Ex: “*Me sacrifico e não adianta nada*”; “*Tudo o que faço para me sentir bem, de nada adianta*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

- 5-Muito Forte
- 4- Forte
- 3-Médio
- 2-Fraco
- 1- Muito fraco

6. **Abstração seletiva ou filtro mental:** Você presta atenção indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral

Ex: “*O tratamento está indo bem, mas tenho passado muito mal*”.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

5-Muito Forte
4- Forte
3-Médio
2-Fraco
1- Muito fraco

7. Leitura mental: Você acha que sabe o que os outros estão pensando, falhando assim ao considerar outras possibilidades mais prováveis. Você imagina que sabe o que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes.

Ex: *“Quando saio de casa as pessoas percebem que eu tenho a estomia e ficam reparando”*; *“As pessoas ficam me olhando e elas pensam que câncer é contagioso”*; *“Os meus amigos tem nojo de mim”*; *“Ele(a) está me olhando assim pois deve estar pensando que eu não cuido da minha higiene.”*

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

5-Muito Forte
4- Forte
3-Médio
2-Fraco
1- Muito fraco

8. Personalização: Ocorre quando a pessoa guarda para si mesmo a inteira responsabilidade sobre um evento que não está sob seu controle.

Ex: *“Tudo isso (doença) está acontecendo por minha culpa, não fui uma boa pessoa/ não cuidei da minha saúde”*.

Outro exemplo: _____

Quanto eu acredito neste pensamento?

Qual é a intensidade da emoção causada?

5-Muito Forte
4- Forte
3-Médio
2-Fraco
1- Muito fraco

ANEXO H - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1ª avaliação (VÉSPERA DA CIRURGIA)

1. Quando iniciaram os seus sintomas?
2. Como foi que lhe comunicaram que teria que fazer este tratamento e quando ele iniciou?
3. Quais pensamentos/imagens lhe ocorreram quando você soube o diagnóstico?
4. Como você reagiu, o que você fez?
5. O que você sentiu?
6. Você já tinha ouvido falar sobre o tratamento? O que você sabe sobre o mesmo, hoje?
7. O que você acha que vai acontecer com você a partir do tratamento, nos aspectos: relacionamentos familiares, relacionamentos sociais, vida sexual, trabalho, lazer, corporal?
8. O que você pensa sobre a imagem do seu corpo nesse momento?

2ª avaliação (APÓS CERCA DE 03 MESES DE PÓS OPERATÓRIO)

1. Como você reagiu à colocação da estomia? Quais foram os seus comportamentos?
2. Quais os sentimentos/fantasias vivenciados por você após a realização da estomia?
3. Que tipo de pensamentos você teve nesse período?
4. Com a cirurgia, o que você acha que mudou em seu corpo? Quais foram as suas reações (comportamentos)? E emoções?
5. Como ficou sua vida após a cirurgia nos aspectos: relacionamentos familiares, relacionamentos sociais, vida sexual, trabalho, lazer?
6. Do que você achava que ia acontecer antes da cirurgia, alguma coisa de fato aconteceu?
7. O que você acha que as pessoas de sua casa/ amigos pensam sobre a estomia? No seu ponto de vista, como eles reagem?
8. E você, como você reage a partir disso?

3ª avaliação (APÓS CERCA DE 15 MESES DE PÓS OPERATÓRIO)

1. O que mudou na sua vida a partir do tratamento para câncer/ estomia? Quais foram os seus comportamentos nesse período?
2. Quais os sentimentos/fantasias vivenciados por você?
3. Que tipo de pensamentos você teve nesse período?
3. O que você pensa sobre a imagem do seu corpo atual?
4. Você acha que mudou a forma de relacionar-se com as pessoas após o tratamento/ colocação da estomia?
5. Me fale sobre a sua adaptação à rotina (familiar, social, trabalho, lazer, sexual, etc). Como você se comportou, quais foram seus sentimentos e pensamentos durante essa adaptação?
6. Como você acha que as pessoas percebem o seu corpo?
7. O que você pensa e sente a respeito disso?
8. Como você reage diante disso?

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

Prezado(a) sr(a): _____

O(a) sr(a) está sendo convidado(a) para participar, voluntariamente, da pesquisa de doutorado intitulada: “Aspectos cognitivo-comportamentais e alterações na imagem corporal de pacientes estomizados”. O objetivo principal da pesquisa é compreender os aspectos relacionados à sua qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, e também, o que o(a) senhor(a) pensa, sente e faz perante a realização da estomia intestinal. Entender esse processo é importante para que possamos contribuir para com a melhoria do atendimento de pacientes que vierem a realizar algum tipo de estomia intestinal devido o CCR.

Para isso, você responderá um questionário de dados sociodemográficos, uma ficha de condições clínicas (que avaliará aspectos relacionados ao seu tratamento e estado de saúde); perguntas sobre ansiedade e depressão; vou lhe apresentar alguns desenhos de corpo humano para que você responda algumas perguntas sobre sua imagem corporal e por último, lhe farei perguntas sobre a sua qualidade de vida. Haverá um sorteio, em que eventualmente o(a) sr(a) responderá a um roteiro de entrevista cujas respostas serão gravadas em áudio para que posteriormente todas as respostas sejam analisadas. A aplicação desses questionários terá a duração média de quarenta minutos, e caso o(a) senhor(a) participe do roteiro de entrevista, esta deve durar em torno de uma hora.

Esta pesquisa será realizada em quatro momentos: após a primeira consulta no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII; antes da cirurgia; três meses após a cirurgia; seis meses após a cirurgia e quinze meses após a cirurgia. Essas etapas serão realizadas aqui mesmo no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, imediatamente antes ou após os seus retornos médicos agendados como parte do seu tratamento. Caso o(a) senhor(a) participe do roteiro de entrevista, esta será feita em três momentos durante o seu tratamento.

A sua participação é voluntária. Se enquanto o(a) sr(a) estiver respondendo essas perguntas, seja percebido alguma dificuldade na sua adaptação e/ou algum outro sintoma emocional que esteja o(a) incomodando, o(a) sr(a) poderá ser encaminhado(a) para atendimento psicológico com profissionais do próprio hospital, sem nenhum custo para o(a) sr(a). Não há benefício direto, não há despesas ou compensações. As informações obtidas são confidenciais e o seu nome ou dados pessoais não serão divulgados. Caso recuse, o(a) sr(a) não terá prejuízo algum no seu atendimento nesta instituição de saúde. Ainda lhe é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo. O(a) sr(a) poderá ter acesso, a qualquer momento, às informações sobre a pesquisa por meio do contato com a pesquisadora Fabiana Faria Rezende pelos telefones: (17) XXXX-XXXX ou com o responsável geral do CEP do Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, Dr. Sergio Vicente Serrano, no telefone: (017) 3321-6600/ Ramal: 6894.

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li sobre o estudo “Aspectos cognitivo-comportamentais e alterações na imagem corporal de pacientes estomizados”. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa, permito a busca de dados complementares no meu prontuário médico e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Desde já agradecemos por sua confiança e colaboração.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Assinatura de uma testemunha: _____

Nome de quem aplicou o TCLE: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

*O TCLE será providenciado em duas vias, sendo que uma delas ficará com o participante da pesquisa.