



CURSO DE MEDICINA

GABRIEL PEREZ PALACIO

**ANÁLISE DA CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL EM MULHERES COM
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU E CARCINOMA INVASIVO
DO COLO UTERINO EM CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA**

SALVADOR

2023

GABRIEL PEREZ PALACIO

**ANÁLISE DA CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL EM MULHERES COM
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU E CARCINOMA INVASIVO
DO COLO UTERINO EM CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para aprovação no 4º ano de
Medicina.

Orientador: Dra. Glicia Estevam de Abreu

SALVADOR

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais que sempre fizeram e fazem tudo por mim, muitas vezes abdicando de confortos para si próprios em detrimento de me oferecer, e que sempre me apoiaram em todas as decisões que tomei.

À minha irmã, por sempre ser uma segunda mãe para mim, aos meus avós, incluindo aqueles que já não estão mais nesse plano, por todas os ensinamentos e todo carinho.

À Eduarda, por ser minha base nos momentos de dificuldades e por sempre acreditar que eu conseguiria, estando comigo nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Dra. Glícia Abreu, por ter me dado a oportunidade de trabalhar e de aprender tanto com ela, além de sempre estar presente, me ensinando e guiando, não somente sobre pesquisa ou assuntos acadêmicos, mas sobre resiliência e perseverança.

Aos pacientes que me concederam um pouco do seu tempo e atenção para responder os questionários.

À toda equipe e estrutura do CICAN, por terem me permitido realizar o trabalho e por me ajudarem em todas as dificuldades que tive.

À toda minha família e meus amigos, por serem minha base e por me tranquilizarem quando mais precisei.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino é a terceira neoplasia mais comum entre mulheres do território brasileiro. Na população com câncer a prevalência de constipação é maior do que na população em geral, seja pelos efeitos do tratamento e pelo uso de medicações sabidamente indutores de constipação, sendo uma condição erroneamente tida como trivial, mas que pode ter impacto significativo na qualidade de vida das pacientes com câncer de colo uterino.

Objetivo: Avaliar a frequência e a intensidade da constipação em mulheres com neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC) e carcinoma invasivo de colo de útero (CCU). **Metodologia:** Estudo observacional, transversal e analítico, com coleta de dados utilizando o critério de Roma IV, o Escore de Constipação Cleveland Clinic (ECCC) e o *Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB), e voltada para a análise da frequência, intensidade da constipação e sintomas associados em mulheres com NIC3 e CCU, bem como o impacto dessa condição no cotidiano das pacientes. **Resultados:** Foram avaliadas 153 pacientes com diagnóstico de NIC3 e CCU submetidas ou não a tratamento, 54(35,3%) dessas pacientes apresentando constipação, com 33 dessas possuindo diagnóstico de NIC3, representando 33,3% das pacientes com esse diagnóstico, e 21 com diagnóstico de CCU, representando 38,9% das pacientes com esse diagnóstico. Foi observado uma mediana de 3(IIQ 2-5) itens do critério de Roma IV positivos dentre as pacientes constipadas, sendo o item “Fezes irregulares ou endurecidas” o mais frequente, estando presente em 41(75,9%) das pacientes constipadas. Foi percebida relação entre presença de constipação e uso de medicações antálgicas (p valor=0,021), não sendo identificada relação entre o diagnóstico de NIC3 e CCU com desenvolvimento de constipação (p valor=0,492). Foi mensurado o impacto da constipação no cotidiano das pacientes que preencheram o critério de Roma IV, utilizando uma escala visual-analógica (EVA), evidenciando uma mediana de 7,5(IIQ 4,75-9), não relação entre a pontuação no EVA e o diagnóstico de NIC3 ou CCU [7(IIQ 3-9) X 8(IIQ 5-9,5), p valor=0,536], porém com ambos os grupos apresentando escore da EVA ≥ 7 . Foi observada forte relação positiva entre as variáveis “Pontuação no EVA” e “Número de itens do critério Roma IV positivos” (Coeficiente de correlação de Spearman=0,783 e p valor<0,001). De mesmo modo, foi notada moderada correlação entre a pontuação no ECCC e pontuação no EVA (Coeficiente de correlação de Spearman=0,332 e p valor=0,026). **Conclusão:** A constipação demonstrou relevante impacto na qualidade de vida, independente do grau de invasão da lesão cancerígena, não devendo esta ser considerada uma condição trivial. Ademais, o uso de medicações antálgicas demonstrou ser um fator preponderante para o desenvolvimento de quadros de constipação, e que o tumor não atua como fator determinante, somente sendo mais um dos elementos que compõem a gama de fatores que influenciam na evolução desses quadros.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero. Constipação Intestinal. Qualidade de vida. Analgésicos.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is the third most common neoplasm among women in the Brazilian territory. In the cancer population, the prevalence of constipation is higher than in the general population, either due to treatment effects or the use of medications known to induce constipation, a condition mistakenly considered trivial but with potentially significant impact on the quality of life of cervical cancer patients. **Objective:** To assess the frequency and intensity of constipation in women with high-grade intraepithelial neoplasia (CIN) and invasive cervical carcinoma (UCC). **Methodology:** An observational, cross-sectional, and analytical study, with data collection using the Rome IV criteria, the Cleveland Clinic Constipation Score (CCCS), and the Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB). The study aimed to analyze the frequency, intensity of constipation, and associated symptoms in women with CIN3 and UCC, as well as the impact of this condition on the daily lives of patients. **Results:** A total of 153 patients with a diagnosis of CIN3 and UCC, whether or not they received treatment, were evaluated, with 54 (35.3%) of these patients presenting constipation. Among them, 33 had a diagnosis of CIN3, representing 33.3% of patients with this diagnosis, and 21 had a diagnosis of UCC, representing 38.9% of patients with this diagnosis. A median of 3 (IQR 2-5) positive Rome IV criteria items were observed among constipated patients, with "irregular or hard stools" being the most frequent, present in 41 (75.9%) of constipated patients. A relationship was observed between the presence of constipation and the use of analgesic medications (p-value=0.021), while no relationship was identified between the diagnosis of CIN3 and UCC and the development of constipation (p-value=0.492). The impact of constipation on the daily lives of patients who met the Rome IV criteria was measured using a visual analog scale (VAS), revealing a median score of 7.5 (IQR 4.75-9). There was no relationship between the VAS score and the diagnosis of CIN3 or UCC [7 (IQR 3-9) vs. 8 (IQR 5-9.5), p-value=0.536], but both groups had a VAS score ≥ 7 . A strong positive relationship was observed between the variables "VAS score" and "Number of positive Rome IV criteria items" (Spearman correlation coefficient=0.783, p-value<0.001). Similarly, a moderate correlation was noted between the CCCS score and VAS score (Spearman correlation coefficient=0.332, p-value=0.026). **Conclusion:** Constipation demonstrated a significant impact on quality of life, regardless of the degree of invasion of the cancerous lesion, and should not be considered a trivial condition. Furthermore, the use of analgesic medications proved to be a preponderant factor in the development of constipation, and the tumor does not act as a determining factor, merely being one of the elements that contribute to the range of factors influencing the evolution of these conditions.

Keywords: Cervical Cancer. Intestinal Constipation. Quality of Life. Analgesics.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Principal	6
3. REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1 Câncer de Colo Uterino – Dados epidemiológicos, diagnóstico e estadiamento tumoral	7
3.2. Tratamento do CCU – Efeitos da cirurgia e radioterapia sobre o funcionamento intestinal	9
3.3 Constipação – Prevalência, aspectos fisiopatológicos, instrumentos de avaliação diagnóstica (critério de Roma IV) e qualidade de vida.....	11
4. MÉTODOS	18
4.1. Desenho do Estudo.....	18
4.2. Público- Alvo e Local da Pesquisa	18
4.3. Tamanho Amostral	18
4.4. Critério de Inclusão.....	18
4.5. Critério de Exclusão	19
4.6. Instrumentos Utilizados.....	19
4.7 Análise Estatística	20
4.8. Aspectos Éticos	21
5. RESULTADOS	22
5.1 Caracterização da amostra	22
5.2 – Análise da Constipação	24
6. DISCUSSÃO	32
7. CONCLUSÃO	36
8. REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, estando entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países¹. No Brasil, estima-se que para o triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil novos casos de câncer, desse total, é esperado quase 50 mil casos de câncer de colo uterino (CCU), sendo a terceira neoplasia mais comum entre mulheres do território brasileiro¹. Diante do exposto, fica claro que o câncer de colo uterino é um problema de saúde pública no Brasil, pela relevância e prevalência na população brasileira.

O tratamento do CCU é baseado na histerectomia radical (HR) e dissecação de linfonodos pélvicos, para estágios mais iniciais e tumores de pequeno porte, e na radioterapia e quimioterapia, para tumores em estágios mais avançados². Tais modalidades, apesar dos resultados favoráveis, na maioria dos casos, no que tange ao tratamento da neoplasia, demonstraram associação com distúrbios secundários nos órgãos pélvicos, acarretando, muitas vezes, em complicações urinárias, intestinais, anorretais e genitais após o tratamento^{2,3}. Outrossim, cerca de 50% dos pacientes vão apresentar dor em algum momento da evolução do quadro, e 2/3 dos pacientes com cânceres avançados apresentam esse sintoma⁴.

Dentre essas complicações, destacam-se as disfunções intestinais representadas especialmente pela constipação e pela incontinência fecal. A constipação, por sua vez, é definida pelo Critério de Roma IV como a presença de dois ou mais dos seguintes sintomas intestinais: menos de 3 evacuações por semana, presença de esforço para evacuar, fezes irregulares ou duras, sensação de evacuação incompleta, sensação de bloqueio/obstrução anorretal e necessidade de realizar manobras manuais para facilitar a defecação, em, pelo menos, 25% das evacuações por um período de 2 meses, com início dos sintomas há pelo menos 6 meses⁵. Nesse contexto, o tratamento do CCU pode

afetar negativamente o funcionamento intestinal, seja pelas alterações causadas pela ação direta da radioterapia, como pelas alterações neurológicas decorrentes do próprio tratamento radioterápico. Além disso, a manipulação cirúrgica para ressecção tumoral ampla, a presença de hábitos de vida predisponentes e uso de medicações indutoras de constipação para controle sintomático são fatores que também contribuem para a ocorrência da constipação².

Acredita-se que a constipação afete entre 15% e 20% dos adultos da sociedade ocidental. Por sua vez, em indivíduos com câncer, esse valor varia entre 20% e 30% das pessoas, afetando indivíduos de todas as idades e ambos os sexos, porém com maior prevalência entre o sexo feminino, pessoas mais velhas, população não-branca e pacientes com cânceres em estágio mais avançado^{5,6}. Apesar de muitas vezes ser considerada, de maneira errônea, uma condição trivial, a constipação pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, gerando maiores gastos com saúde, faltas no trabalho/escola/faculdade e impacto nos componentes mental, sentimental e funcionamento social do escores de mensuração da qualidade de vida⁷.

Dessa forma, sendo o CCU uma lesão frequente, cuja presença do tumor e os próprios tratamentos podem repercutir negativamente sobre a funcionamento intestinal, torna-se necessário uma melhor análise a cerca dessa situação em mulheres com essa condição. Uma análise objetiva, buscando avaliar a constipação em mulheres com CCU, poderá ampliar o conhecimento sobre a essa disfunção intestinal, estimulando a implementação de abordagens que possam promover o cuidado à essas pacientes de maneira mais planejada e completa, na tentativa de minimizar os possíveis efeitos sobre o funcionamento intestinal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Avaliar a frequência e a intensidade da constipação em mulheres com neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC) e carcinoma invasivo de colo de útero (CCU).

2.2 Objetivos Secundários

1. Identificar a prevalência de constipação em mulheres com diagnóstico de NIC III e CCU, atendidas em centro oncológico de referência, utilizando as ferramentas validadas: critério de Roma IV e Escore de Constipação da Cleveland Clinic (ECCC) validado para população brasileira⁸;
2. Descrever os sintomas/sinais de CF mais frequentes em mulheres com NIC III e CCU;
3. Avaliar o impacto da constipação sobre a qualidade de vida de mulheres com NIC III E CCU por meio da Escala Visual analógica;
4. Analisar fatores associados à presença de constipação em mulheres com NIC III E CCU.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer de Colo Uterino – Dados epidemiológicos, diagnóstico e estadiamento tumoral

O Câncer de Colo Uterino (CCU) é um problema de saúde global, sendo estimado que, somente em 2020, houveram 604.000 novos casos ao redor do globo e 342.000 mortes⁹. O CCU é o tipo de câncer mais comum em 23 países e a principal causa de mortes por câncer em 36 países, compondo esse número, principalmente, países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, com ênfase na África e na América Latina, onde CCU representa a principal causa de morte por câncer na população feminina¹⁰.

É válido ressaltar que a incidência e a mortalidade variam amplamente de acordo com a localização geográfica. Nos países desenvolvidos, tais taxas caíram pela metade nos últimos 30 anos devido a implementação de programas de triagem, com intuito de realizar o diagnóstico em estágios mais precoces, mas também pelo avanço nas tecnologias empregadas no tratamento dessa doença¹¹⁻¹³. Todavia, tais avanços não chegaram de maneira plena nos países com economias mais vulneráveis, permanecendo com taxa de mortalidade por CCU 18 vezes maior do que em países de primeiro mundo¹¹.

A causa primária do desenvolvimento de CCU é infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), em que mais de 90% das células escamosas de tumores cervicais contêm DNA do HPV, vírus este adquirido principalmente por via sexual¹³. Vários subtipos do vírus estão associados com neoplasias anogenitais, dentre eles os genótipos 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58, estão sabidamente relacionados com desenvolvimento de tumores mais invasivos¹⁴. No entanto, têm mais destaque e prevalência os subtipos 16 e 18, habitualmente associados a um alto grau de displasia cervical¹³. Dessa forma, a pesquisa do HPV, assim como programas de vacinação contra esse vírus, são estratégias

efetivas na prevenção de CCU¹¹. Outros fatores associados com o desenvolvimento de CCU incluem: início precoce da vida sexual (<16 anos), grande número de parceiros sexuais (>4), história de verrugas genitais e tabagismo¹³.

Em estágios iniciais, o CCU é geralmente assintomático, sendo diagnosticado por exames de triagem ou exames da pelve¹⁵. Os sintomas que podem estar associados à presença desse tumor incluem sangramento vaginal anormal ou pós-coito e corrimento vaginal fétido protruso¹⁵. Além disso, a presença da tríade linfedema em membros inferiores, dor em flanco e dor de origem ciática, sugere invasão da pelve, que está relacionado a lesões mais extensas e pior prognóstico¹¹. Outros sinais que sugerem lesões avançadas são a passagem de urina e fezes pela vagina, decorrentes de fístulas vesicovaginal e retovaginal, sugerindo invasão da bexiga e reto, respectivamente¹¹.

O diagnóstico do CCU se baseia na avaliação histopatológica da biópsia cervical. Mulheres com sintomatologia indicativa de CCU exigem exame da pelve, exame especular, para visualização do cérvix e mucosa vaginal, e realização da citologia cervical¹³. Em casos de pacientes sintomáticas ou com citologia sugestiva de invasão, porém sem lesões visíveis, a colposcopia e biópsia devem ser realizadas¹³. Por fim, caso haja suspeita clínica ou citológica de lesões malignas, sem confirmação pela histopatologia, a conização, ou biópsia em cone, é mandatória¹¹.

Quanto ao estadiamento clínico do tumor, este é feito no momento do diagnóstico primário, levando em conta, basicamente, o tamanho da lesão na cérvix e a extensão adentro da pelve¹⁵. O estadiamento do CCU, segundo a *International Federation of Gynecology and Obstetrics (IFGO)*, varia de I a IV,^{11,16}. Atualmente, a realização de exames de imagem, principalmente a ressonância magnética, possibilita um estadiamento mais preciso, auxiliando na escolha do tratamento, bem como na determinação do prognóstico¹⁵. (Figura 1)

Figura 1- Estadiamento de CCU segundo a *IFGO*

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm ^a
IA1	Measured stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion ≥3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion ≥5 mm (greater than Stage IA), lesion limited to the cervix uteri ^b
IB1	Invasive carcinoma ≥5 mm depth of stromal invasion, and <2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma ≥2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
II	The carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Invasive carcinoma <4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes ^c
IIIA	The carcinoma involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) ^f
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV)
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs

Fonte: Retirado de Neerja Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan, R, et al: Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 143 (S2):22–36, 2018. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12611>¹⁶

Valendo-se da classificação supracitada, foi observado que, na América do Norte, 60% das pacientes são diagnosticadas no estágio I, 25% no estágio II, 10% no estágio III e 5% no estágio IV¹³. Em países menos desenvolvidos o diagnóstico é mais comumente feito nos estágios III e IV, o que denota um sistema de triagem mal estabelecido ou de difícil acesso¹³.

3.2. Tratamento do CCU – Efeitos da cirurgia e radioterapia sobre o funcionamento intestinal

O tratamento do CCU tem como modalidades primárias a histerectomia, podendo ser radical, radical modificada ou extrafascial, geralmente associada a dissecação de linfonodos pélvicos e para-aórticos, além da radio e quimioterapia primárias ou adjuvantes³. Todas essas modalidades estando associadas a efeitos secundários nos órgãos e estruturas pélvicas¹².

Sobreviventes ao CCU comumente relatam efeitos tardios do tratamento, incluindo: disfunções da bexiga, intestinal, sexual, linfedema e problemas psicossociais¹². Quanto mais radical for a histerectomia, mais desordens funcionais tendem a ocorrer, dentre outros motivos, por conta de ressecção de nervos autonômicos localizados no paramétrio que, ao serem lesados, promovem perturbações sensórias e motoras nos órgãos pélvicos, em especial bexiga e reto^{2,15}. Após o procedimento, as pacientes podem experimentar disfunções anorretais agudas ou crônicas, caracterizadas por constipação, dificuldade de evacuação, perda do desejo evacuatório ou algum tipo de incontinência¹⁷.

Em um estudo realizado com 92 pacientes com CCU, Pieterse *et al* observou que 2,79% das pacientes submetidas a histerectomia radical, com ou sem radioterapia associada, apresentaram constipação três meses após o tratamento, 12 meses depois esse número subiu para 3,08% das pacientes e, 24 meses após, foi observado em 2,19% das pacientes acompanhadas¹⁸. A constipação, nesse contexto, pode ser resultado de problemas na coordenação dos movimentos musculares do assoalho pélvico durante a evacuação, consistindo na contração retal, relaxamento reflexo do esfíncter anal interno ou relaxamento voluntário do esfíncter anal externo¹⁹.

Todavia, os impactos do procedimento cirúrgico na saúde geral das pacientes ainda são muito menores do que os impactos negativos promovidos pelo tratamento radioterápico, principalmente no que tange às disfunções intestinais, uma vez que as mudanças crônicas decorrentes da radiação são, de longe, a

causa mais comuns dos sintomas intestinais em pacientes que sobreviveram ao CCU¹².

Cerca de 90% das pacientes apresentam mudanças permanentes nos hábitos intestinais após radioterapia pélvica, e aproximadamente 50% delas afirmam que esses sintomas afetam negativamente sua qualidade de vida^{12,20}. A radiação pode provocar proctite aguda e crônica, com sinais e sintomas variando de acordo com cada fase da lesão radioterápica¹². A proctite aguda decorre de dano direto a mucosa, e geralmente cursa com sintomas autolimitados que melhoram com suspensão do tratamento¹². Por sua vez, a proctite crônica pode ocorrer em até 2 anos após o tratamento, sendo resultado da progressiva displasia e fibrose do tecido, associado à endarterite obliterativa e isquemia crônica.

3.3 Constipação – Prevalência, aspectos fisiopatológicos, instrumentos de avaliação diagnóstica (critério de Roma IV) e qualidade de vida

A constipação é uma síndrome definida por sintomas intestinais como: passagem difícil ou infrequente de fezes, fezes endurecidas ou sensação de evacuação incompleta, que pode ocorrer tanto isoladamente quanto ser secundária a uma outra condição, como a Doença de Parkinson, por exemplo²¹. Ademais, é um dos problemas mais frequentes em pacientes com câncer, com a prevalência variando de acordo com a população estudada e com o critério diagnóstico utilizado, porém a maioria dos estudos reportou um valor entre 20% e 30%, com esses valores aumentando em pacientes mais velhos, com cânceres em estágios mais avançados e em mulheres (1.5/1), alguns estudos ainda sugerem que a prevalência seja maior na população não-branca do que na população branca, todavia, tal observação não é unanimidade entre os estudos^{6,22}.

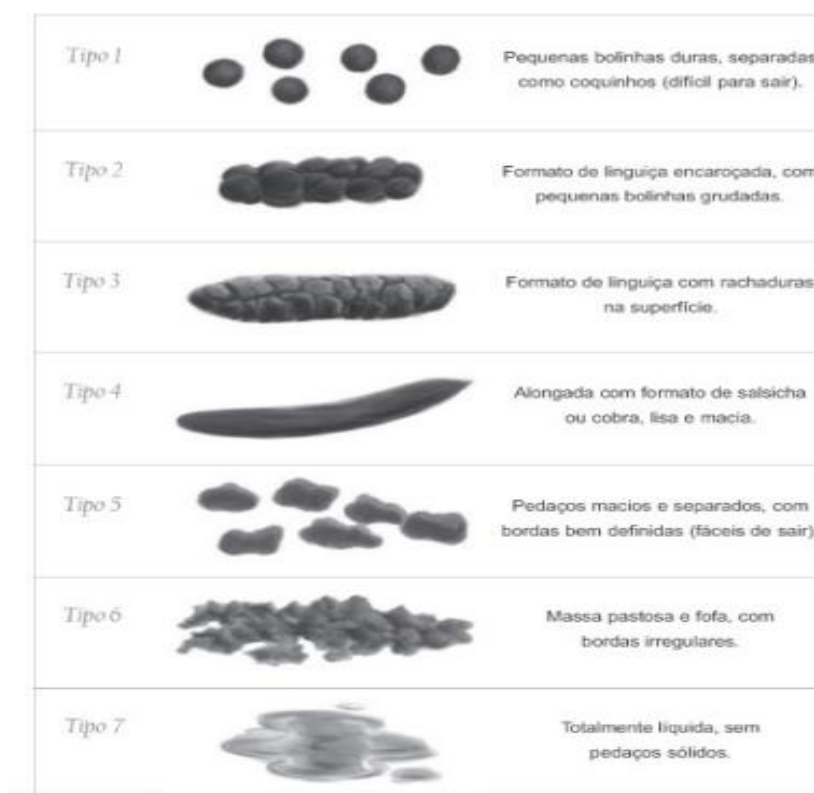
Esse distúrbio pode ser classificado como primário ou secundário. O primário é uma entidade clínica na qual a causa não pôde ser definida pela história clínica e exame físico, e é subdividido pela *American Gastroenterological Association* em 3 grupos: relacionadas a distúrbios defecatórios ou disfunção do assoalho pélvico, constipação com trânsito lento (CTL) e constipação com trânsito normal (CTN)²³.

Os distúrbios defecatórios são primariamente caracterizados por prejuízo na evacuação retal, com ou sem alteração do trânsito colônico^{24,25}. Tal prejuízo pode se dar por resultado de forças propulsivas retais inadequadas e/ou aumento da resistência à evacuação, este último tendo relação com elevação da pressão de repouso no ânus, relaxamento incompleto e/ou contração paradoxal da musculatura do assoalho pélvico e esfíncter anal externo^{24,25}. Levando isto em consideração, a CTL, por sua vez, refere-se a pacientes que não possuem esses distúrbios defecatórios, mas que possuem trânsito colônico lentificado, podendo isso ser o reflexo, dentre outras causas, de uma ingesta calórica inadequada, enquanto CTN refere-se aos pacientes que não possuem distúrbio defecatório e têm trânsito colônico normal²¹.

Ademais, pode ser classificada como secundária, entidade na qual a avaliação clínica identifica a anormalidade que está provocando o quadro, podendo ter como causa desordens intestinais, metabólicas, assim como neuropatias, miopatias e, principalmente, medicamentosa, possuindo forte relação com o uso de drogas utilizadas para analgesia, com ênfase nos opióides e, em menor grau, com anti-depressivos, anti-epiléticos e anti-histamínicos⁵. A relação de constipação com opióides é particularmente importante em pacientes com câncer, uma vez que quase 50% dos pacientes oncológicos vão cursar com dor em algum ponto da evolução da doença, e 2/3 deles vão apresentar essa queixa nos estágios avançados¹⁰. Tendo isso em mente, a constipação induzida por opióides pode afetar ou impedir o adequado tratamento da dor, visto que os opióides são o pivô no tratamento da dor de intensidade moderada a severa^{4,26}.

No que tange ao diagnóstico, tem-se que diagnóstico clínico de constipação é feito, atualmente, usando o critério de Roma IV, que avalia os seguintes sintomas: menos de 3 evacuações por semana, presença de esforço para evacuar, fezes irregulares ou duras, sensação de evacuação incompleta, sensação de bloqueio/obstrução anorretal e necessidade de utilizar manobras manuais para facilitar defecação, havendo ao menos 2 desses sintomas em, no mínimo, 25% das evacuações nos últimos 3 meses, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico⁵. O histórico médico dos pacientes em pesquisa ou com diagnóstico prévio de constipação deve ser analisado cuidadosamente, avaliando sobre a consistência das fezes, geralmente fazendo uso da escala de Bristol de Consistência Fecal (Figura 2), que facilita reconhecimento da severidade da constipação, sendo um indicador do trânsito colônico melhor do que a frequência de defecação^{27,28}.

Figura 2 – Escala de Bristol de Consistência Fecal



Fonte: Retirado de Paula Martinez A, Regina De Azevedo G, Martinez AP, et al. *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira* Endereço para correspondência: *Artigo Original*, www.eerp.usp.br/rlae (2012).

Ademais, durante a investigação, deve ser apurado acerca da dor ou desconforto abdominal, uso de laxantes, histórico de cirurgias, comorbidades, estilo de vida, dieta e ocupação, visto que uma história clínica detalhada permite avaliar se o paciente realmente preenche os critérios clínicos, além de confirmar a presença de fatores de risco, como dieta inadequada, baixa ingestão hídrica, sedentarismo, doença psiquiátrica, uso de medicamentos, síndrome do intestino irritável, como também de fatores de indíquem gravidade, como hematoquezia, perda significativa de peso, história familiar de câncer, anemia, sangramento anal e alterações do comportamento intestinal que indiquem necessidade de colonoscopia e/ou exame radiológico para descartar causas secundárias^{29,30}. Além disso, o exame proctológico, utilizado na avaliação clínica de pacientes que chegam ao consultório com queixas ou histórico sugestivos, pode identificar hipertonia do esfíncter, presença de reto ou enterocele, impactação fecal e causas secundárias, o que auxiliaria a guiar a pesquisa e tratamento desse caso em questão³⁰.

Outras modalidades mais específicas, como exames fecais, radiológicos e endoscópicos não são rotineiramente indicados para avaliação de quadros de constipação sem sinais de alarme. Contudo, em pacientes com constipação crônica que não responderam adequadamente à terapêutica baseada em mudanças de hábitos de vida e/ou prescrição de laxantes, após a exclusão de um distúrbio orgânico de base, esses testes devem ser realizados, a fim de elucidar o quadro³¹. Nesse contexto, testes anorretais são o topo da pirâmide e, em pacientes com alta suspeita de distúrbio do assoalho pélvico, devem ser considerados mesmo antes de tentar os laxantes, sendo os principais exames utilizados a manometria anorretal e teste de expulsão de balão retal^{21,25}. Após os testes anorretais, permanecendo alguma incerteza, o profissional pode valer-se da avaliação do trânsito colônico, modalidade que não é recomendada inicialmente por dois principais motivos²³. O primeiro deles se deve ao fato de aproximadamente 50% dos pacientes com distúrbios defecatórios apresentarem trânsito colônico lentificado, sendo este um achado que não dispensa o teste anorretal e não exclui a presença de distúrbios defecatórios^{21,25}. Dessa forma, não faria sentido a realização dessa modalidade antes dos testes anorretais²³.

O segundo ponto a ser considerado, é o fato das terapias iniciais para CTN e CTL serem similares, sendo mais adequado tentar implementar essas medidas iniciais antes de realizar a avaliação do trânsito colônico²³. Caso o quadro persista sem melhora significativa, somente nesse ponto o profissional deve valer-se do trânsito colônico para elucidar qualquer questão que tenha permanecido mal explicada.²¹.

Após toda essa avaliação minuciosa, havendo exclusão da possibilidade de constipação orgânica como diagnóstico, a maioria dos casos pode ser manejado realizando uma abordagem sintomática²⁷. Essa abordagem se baseia na recomendação de mudanças do estilo de vida e dieta, redução ou suspensão de medicações que causam constipação e administração de suplemento de fibras ou outros agentes formadores de massa²³. Após isso, devem ser prescritos laxantes osmóticos, como o Polietilenoglicol, que representa a droga dessa classe com maior evidência na literatura hodierna³¹. Nos pacientes refratários a essa abordagem inicial, pode ser necessário o uso de laxantes estimulantes, enemas e drogas pró-cinéticas, como a Prucaloprida, antagonista do receptor 5-HT4A que atua estimulando a atividade motora e propulsiva do cólon e do reto³¹. Além disso, agentes laxativos simples, como Leite de Magnésia, Bisacodil e Senna, bem como amolecedores de fezes, também constituem a gama de opções razoáveis para o tratamento da constipação³¹.

Os quadros provocados por desordens evacuatórias tendem a responder de maneira pobre a esquemas de laxantes orais, devendo ser considerado, nessa situação, o biofeedback e treinamento da musculatura pélvica²³. Em casos específicos em que há persistência da falha do tratamento, pode haver benefício na realização de uma colectomia total com anastomose ileorretal, porém uma avaliação extremamente bem detalhada deve ser feita antes de se optar por esta abordagem^{5,23}.

No que tange ao impacto na qualidade de vida dos pacientes, observa-se que a constipação é um problema de saúde significativo, podendo deteriorar o desempenho geral e a qualidade de vida de pacientes com câncer, ocasionando sintomas complicadores, tais quais: náuseas, vômitos, fissura anal, hemorroidas, obstrução intestinal e retenção urinária³¹. Tais sintomas podem provocar significativo sofrimento psicossocial para os pacientes, bem como um aumento direto e indireto nos gastos com cuidados médicos e carga adicional no sistema de saúde³¹. Todavia, ao passo que interfere na qualidade de vida, a constipação não costuma ser uma condição debilitante nem representa uma ameaça à vida^{4,6}. Ademais, índices baixos de qualidade de vida são melhores preditores de maior uso de cuidados em saúde e utilização de recursos, do que relatos de frequência de evacuação ou características de defecação prejudicada^{4,6}. Tendo isso em mente, a qualidade de vida é um importante parâmetro para ajudar a definir as necessidades de cuidados em saúde de uma população³².

Levando tal fato em consideração, Johanson *et al* realizou um estudo com 557 pacientes de todas as idades com constipação, 52% deles reportaram impacto na sua qualidade de vida, enquanto 69% relataram que a constipação afetou suas performances no trabalho e nos estudos, 12% informaram que a constipação resultou em faltas no trabalho/escola/faculdade, com uma média de 2.4 dias no mês precedente³³. Outros estudos, que também analisaram essa faceta, demonstraram que a dor não é o principal fator que causou impacto na qualidade de vida, com os componentes emocional, mental e funcionamento social aparecendo como os de maior importância²¹.

Alguns estudos utilizaram escores de mensuração da qualidade de vida em pacientes com constipação e comparou os dados obtidos com os de pacientes com outras condições. Os valores obtidos pelos pacientes constipados foram equiparáveis aos observados em pacientes com diagnósticos como: osteoartrite, artrite reumatoide, alergias crônicas e diabetes, distúrbios considerados mais sérios¹⁴. Quando que avaliado em pacientes constipados dentro da atenção secundária, esses dados foram semelhantes aos de pacientes com Doença de

Chron, Doença do refluxo gastroesofágico e depressão, evidenciando que a constipação pode promover impactos significativamente negativos, não devendo ser tratada como uma condição trivial¹⁴.

Todavia, foi demonstrado que o tratamento adequado pode promover mudanças positivas na qualidade de vida, com os escores melhorando após alívio da constipação ^{7,10}. Considerando a elevada prevalência de constipação na população, a adoção de estratégias para melhorar o manejo dessa condição devem acarretar ganhos significativos para a qualidade de vidas dos pacientes que possuem essa condição, bem como em menor gasto com cuidados e menor lotação do sistema de saúde^{7,10}.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Estudo observacional, transversal e analítico, com coleta de dados voltada para a análise da frequência, intensidade da constipação e sintomas associados em mulheres com NIC III e CCU, bem como o impacto dessa condição no cotidiano das pacientes.

4.2. Público- Alvo e Local da Pesquisa

O público-alvo desse estudo são mulheres com diagnóstico NIC III e CCU atendidas pelo Centro Estadual de Oncologia (CICAN) submetidas ou não ao tratamento oncológico. O CICAN é uma unidade de saúde sediada na cidade de Salvador, capital da Bahia, que é especializada no tratamento de pacientes diagnosticados com câncer. Dito isso, a coleta de dados foi feita em Salvador, Bahia.

4.3. Tamanho Amostral

Trata-se de uma amostra de conveniência composta por mulheres com diagnóstico de NIC III e CCU atendidas em centro oncológico de referência, unidade pertencente ao Sistema único de Saúde (SUS).

4.4. Critério de Inclusão

Mulheres com idade maior ou igual a 18 anos e com diagnóstico de NIC III e CCU, tratadas ou não, dispostas a participar da pesquisa e que concordaram com o Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido (TCLE).

4.5. Critério de Exclusão

Mulheres analfabetas ou semianalfabetas.

4.6. Instrumentos Utilizados

Os dados foram coletados por meio da aplicação presencial de um questionário eletrônico (Google Forms) estruturado contendo questionários para avaliar a constipação funcional, sua intensidade e sintomas associados (sintomas urinários). Foram eles: o critério de Roma IV – Anexo A e o Escore de Constipação da Cleveland Clinic (ECCC) – Anexo B e o *Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) – Anexo C³⁴⁻³⁶.

Além dos questionários supracitados na seção Anexo, foi aplicado às participantes, um questionário de autorrelato (Apêndice A), indagando suas características demográficas (idade), presença dirigida sobre a constipação, incontinência fecal, sintomas do trato urinário inferior, uso de medicações (analgésicos, anti-hipertensivos, diuréticos, laxantes), cirurgias prévias, parto, gestação, tipo de parto e doenças crônicas diagnosticadas previamente.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório do CICAN em sala reservada, sendo as perguntas respondidas de modo individual e privado, não havendo interferência do pesquisador, o qual apenas forneceu auxílio no preenchimento do questionário quando solicitado pelo entrevistado, garantindo, com isso, sigilo e a segurança das informações. Após a assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido - TCLE. O *link* do formulário foi enviado para os voluntários via mensagem ou e-mail (convite individual enviado por e-mail com apenas um remetente e um destinatário), imediatamente após a assinatura do TCLE.

A equipe de pesquisa não teve nenhum contato prévio com os entrevistados e nenhuma informação acerca do tema abordado na pesquisa foi dada previamente à aplicação do questionário. Os dados colhidos foram armazenados em HD externo do programa, sob responsabilidade do pesquisador principal após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Os participantes da pesquisa que estavam no ambulatório à espera de sua consulta médica previamente agendada (agendamento médico sem nenhum envolvimento com a pesquisa) foram convidados a participar do estudo sendo, portanto, uma demanda espontânea.

4.7 Análise Estatística

Para elaboração do banco de dados e análise descritiva, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 22.0 para Windows. Os dados sociodemográficos como raça/cor de pele autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena, uso de medicações – analgésicos ou laxantes, tipo de parto) e informações do critério de Roma IV e do ECCC foram definidos como variáveis qualitativas. A idade (anos), número de partos e gestação, pontuação no critério de Roma IV, pontuação no ECCC e pontuação na Escala visual analógica (EVA) para avaliar o impacto da CF foram definidas como variáveis quantitativas.

As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e percentuais, as variáveis contínuas, com distribuição normal, expressas em média e desvio

padrão, e aquelas com distribuição não-normal, em mediana e intervalo interquartil (IQR). A normalidade das variáveis numéricas foi verificada através da estatística descritiva, análise gráfica e o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para avaliação da associação entre as variáveis numéricas com variáveis categóricas, serão utilizados o teste T de Student ou teste U de Mann-Whitney a depender da normalidade das variáveis. A associação entre variáveis categóricas será avaliada pelo teste Qui Quadrado de Pearson, já a associação entre variáveis numéricas, pelo Coeficiente de Correlação de Pearson ou Spearman. Por fim, será considerado estatisticamente significativo $p < 0.05$.

4.8. Aspectos Éticos

O propósito da pesquisa foi apresentado aos voluntários, seguindo as normas básicas do CEP, resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e os voluntários somente participaram da pesquisa após concordar com o TCLE. Esse termo foi disponibilizado em forma física, uma vez que a equipe de pesquisa estava disponível, em sala anexa, para esclarecer dúvidas no momento do preenchimento do questionário, de acordo com o previsto na Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d. O TCLE apresentou todas as informações necessárias para o adequado esclarecimento do participante, com as garantias e direitos previstos nas Resoluções do CNS, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa SUS como CAEE nº 65595922.6.0000.5544.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Na presente amostra, foram avaliadas 153 pacientes com diagnóstico NIC III e CCU submetidas ou não a tratamento contudo, apenas 1(0,7%) paciente não havia sido submetida a alguma modalidade de tratamento no momento da coleta de dados. A amostra apresentou uma mediana de idade de 44(IIQ 35-56) anos. Do montante, 71(58,2%) mulheres se identificam etnicamente como parda e 56(45,5%) referiram possuir como grau de escolaridade ensino fundamental incompleto. A cerca de gestações prévias, a maioria (129-88,97%) já havia parido, com mediana de 2(IIQ 1-3) partos, tendo a maioria (115-79,3%) sido submetida a parto vaginal. (**Tabela 1**)

Tabela 1: Descrição da amostra – dados sociodemográficos

Variáveis	Pacientes N=153
Etnia n(%)	
Parda	71(58,2)
Preta	38(31,1)
Branca	10(8,2)
Indígena	1(0,8)
Amarela	2(1,6)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	56(45,5)
Fundamental completo	8(6,5)
Médio incompleto	9(7,3)
Médio completo	35(28,5)
Superior incompleto	7(5,7)
Superior completo	7(5,7)
Pós-graduação	1(0,8)
Idade (ME/IIQ)	44(35-56)
Parto prévio n(%)	129(89)
Tipo de parto	
Vaginal	115(79,3)
Cesáreo	39(26,9)
Número de partos (ME/IIQ)	2(1,00-3,00)

N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Quanto ao diagnóstico, foi observado que 99 (64,7%) pacientes apresentavam NIC (NIC 3), enquanto 54(35,3%) apresentam carcinoma invasivo. Dentre as 54 pacientes com CCU, foi realizada uma subdivisão baseada no estadiamento clínico proposto pela *IFGO*, sendo o estadiamento 2B sendo o mais prevalente (11-20,4%), e havendo 5(9,3%) pacientes que não haviam realizado os exames para estadiamento no momento da coleta de dados. (**Tabela 2**)

Tabela 2: Estadiamento da amostra com carcinoma invasivo de colo uterino segundo a IFGO.

Variáveis	Pacientes N=54
Estadiamento n(%)	
1B	6 (11,1)
2A	7 (13)
2B	11 (20,4)
3A	10 (18,5)
3B	8 (14,8)
3C	3 (5,6)
4A	4 (7,4)
Estadiamento não definido	5(9,3)

IFGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics* N: número

Fonte: próprio autor

No que tange à modalidade de tratamento realizado, a maioria (N=98, 99%) das mulheres com NIC III foram submetidas à *Loop Electrosurgeon Excision Procedure* (LEEP), enquanto 1(1%) paciente fez tratamento cirúrgico. Por sua vez, a maioria (38-70,4%) das mulheres com CCU já havia sido submetida a um tratamento multimodal, que se baseava em duas ou mais das seguintes modalidades: cirurgia, quimioterapia, radioterapia externa e braquiterapia. (**Tabela 3**)

Tabela 3: Modalidade de tratamento realizado nas pacientes com CCU

Variável Tratamento N(%)	Pacientes N=54
Tratamento único (cirurgia ou quimioterapia)	5(9,3)
Multimodal	38(70,4)
Somente LEEP	11(20,4)

CCU = câncer de colo de útero; N: número; LEEP: *Loop Electrosurgeon Excision Procedure*

Fonte: próprio autor

Em relação a idade, as pacientes com NIC 3 eram mais jovens, quando comparadas as pacientes com diagnóstico de CCU [43(IIQ 32-52) X 49(IIQ 37-61,25), $p = 0.001$]. A maioria das pacientes com CCU necessitaram de alguma terapia antálgica ($p < 0.001$). **Tabela 4**

Tabela 4: Comparação entre pacientes com NIC3/CCU de acordo com as variáveis clínicas e demográficas.

Variáveis	NIC 3 N=99	CCU N=54	p valor
Idade (ME/IIQ)	43(32-52)	49(37-61,25)	0,001*
Número de partos (ME/IIQ)	2(1-3)	2,5(1,25-4)	0,11*
Tipo de parto N (%)			
Vaginal	74(76,3)	41(85,4)	0,202**
Cesáreo	25(25,8)	14(29,2)	0,665**
Não pariu	12(12,4)	4(8,3)	0,465**
Uso medicações antálgicas N(%)	4(4)	19(35,2)	<0,001**

N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil; M: média; DP: desvio padrão *: Teste de Mann-Whitney; ** Teste Qui-quadrado; ***: Teste T de Student

Fonte: próprio autor

5.2 – Análise da Constipação

Na análise da constipação, se observou que 54(35,3%) pacientes apresentaram esse sintoma, ou seja, tiveram ao menos 2 itens positivos no critério de Roma IV, tendo 33 dessas mulheres recebido o diagnóstico de NIC3, o que representa 33,3% das pacientes com esse diagnóstico, e 21 possuindo diagnóstico de CCU, o que representa 38,9% das pacientes com esse diagnóstico.

Não foi observado diferença entre os grupos de pacientes constipadas e não-constipadas em relação as variáveis sociodemográficas, número/ tipo de parto e diagnóstico (NIC III / CCU). Por sua vez, embora não tenha sido possível determinar as classes das medicações antálgicas, as mulheres constipadas as usaram mais frequentemente, $p = 0,021$. (**Tabela 5**).

Tabela 5: Comparação entre variáveis sociodemográficas/clínicas e presença de constipação.

Variáveis	Constipação ausente N= 99	Constipação presente N= 54	P valor
Idade (ME/IIQ)	44(33-57)	46,5(36-53,75)	0,731*
Número de partos (ME/IIQ)	2(1-3)	2(1-4,75)	0,173*
Escolaridade n(%)			0,671**
Até Fundamental completo	38(48,7)	26(57,8)	
≥ Nível médio	40(51,3)	19(42,2)	
Tipo de parto n(%)			
Vaginal	69(74,2)	46(88,5)	0,042**
Cesáreo	26(28)	13(25)	0,700**
Não pariu	12(12,9)	4(7,7)	0,337**
Tipo de tratamento n(%)			0,402**
Somente LEEP	74(74,7)	35(64,8)	
Multimodal	22(22,2)	16(29,6)	
Modalidade única	3(3)	3(5,6)	

N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil; *: Teste de Mann-Whitney; ** Teste Qui-quadrado

Fonte: próprio autor

Tabela 5: Comparação entre variáveis sociodemográficas/clínicas e presença de constipação. (continuação)

Variáveis	Constipação ausente N= 99	Constipação presente N= 54	P valor
Diagnóstico clínico n(%)			0,492**
NIC III	66(66,7)	33(33,3)	
CCU	33(61,1)	21(38,9)	
Uso de medicações antálgicas	10(10,1)	13(24,1)	0,021**

N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil; *: Teste de Mann-Whitney; ** Teste Qui-quadrado

Fonte: próprio autor

Dentre as pacientes constipadas, a mediana dos itens positivos do Critério de Roma IV foi de 3 (IIQ 2-5), sendo o sintoma mais frequente a presença de “Fezes irregulares ou endurecidas”, ocorrendo em 41 (75,9%) das pacientes (**Tabela 6**).

Tabela 6: Frequência dos sinais-sintomas que compõem os critérios de Roma IV em pacientes constipadas com diagnóstico de NIC3 e CCU.

Variáveis	Pacientes N=54
Número de itens do Roma IV positivos por paciente (ME/IIQ)	3(2-5)
Manobras manuais para retirar as fezes	11 (20,4)
Frequência defecatória diminuída	34 (63)
Fezes irregulares ou endurecidas	41(75,9)
Esforço evacuatório	33(61,1)
Sensação de evacuação incompleta	33(61,1)
Sensação de obstrução ou bloqueio	33(61,1)

NIC3: neoplasia intraepitelial de alto grau; CCU: câncer de colo uterino; N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Na avaliação dos dados das pacientes constipadas obtidos no ECCC, observou-se mediana de 10 (IIQ 8-14) pontos. Por seu turno, a **Tabela 7** demonstra a frequência dos itens do ECCC, sendo observado que a maioria (32-71,1%) apresentou queixa de constipação a mais de 20 anos.

Tabela 7: Dados obtidos no ECCC acerca do quadro de constipação das pacientes da amostra consideradas constipadas

Variáveis	Pacientes N=54
Pontuação ECCC ME(IIQ)	10(8-14)
Frequência defecatória n(%)	
1 a 2 vezes a cada 1 ou 2 dias	17(37,8)
2 vezes na semana ou menos	28(62,2)
Frequência esforço para defecar n(%)	
Nunca	10(22,2)
Raramente	3(6,7)
Com elevada frequência	32(71,1)
Frequência defecação incompleta n(%)	
Nunca	10(22,2)
Raramente	1(2,2)
Com elevada frequência	34(75,6)
Média de tempo gasto por tentativa de defecar n(%)	
Menos de 5 minutos	15(33,3)
Entre 5 e 10 minutos	15(33,3)
Mais que 10 minutos	15(33,4)
Necessita de ajuda para evacuar n(%)	
Sem ajuda	33(70,2)
Laxante estimulante	5(10,6)
Assistência digital ou lavagem intestinal	9(19,1)

ECCC: Escore de Constipação da Cleveland Clinic; N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Tabela 7: Dados obtidos no ECCC acerca do quadro de constipação das pacientes da amostra consideradas constipadas (continuação)

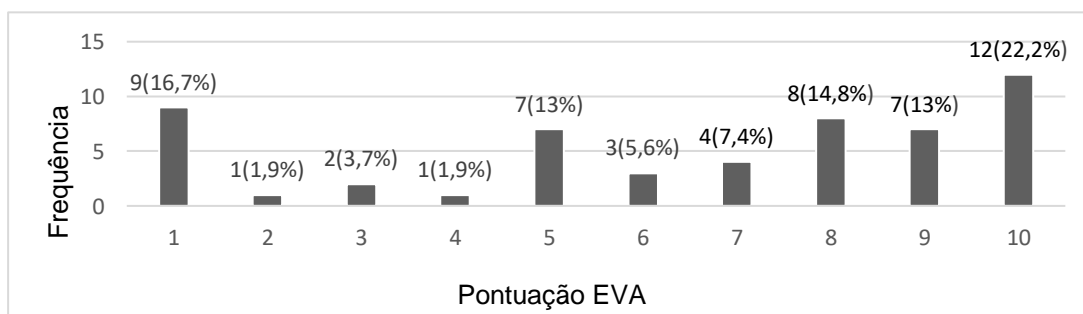
Variáveis	Pacientes N=54
Número de tentativas malsucedidas de defecar em 24 horas n(%)	
Nenhuma	23(51,1)
1 a 3 tentativas	19(42,2)
3 a 6 tentativas	1(2,2)
6 a 9 tentativas	2(4,4)
Duração da constipação n(%)	
Menos que 1 ano	3(6,7)
1 a 5 anos	6(13,3)
5 a 10 anos	2(4,4)
10 a 20 anos	2(4,4)
Mais que 20 anos	32(71,1)

ECCC: Escore de Constipação da Cleveland Clinic; N: número; ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil.

Fonte: próprio autor.

Foi mensurado o impacto da constipação no cotidiano das 54 pacientes constipadas por meio do EVA, sendo observado mediana de 7,5 (IIQ 4,75-9,00). A maioria (57,4%) das pacientes apresentou pontuação da EVA ≥ 7 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Distribuição da pontuação da EVA acerca do impacto da constipação no cotidiano das mulheres constipadas com NIC III e CCU.

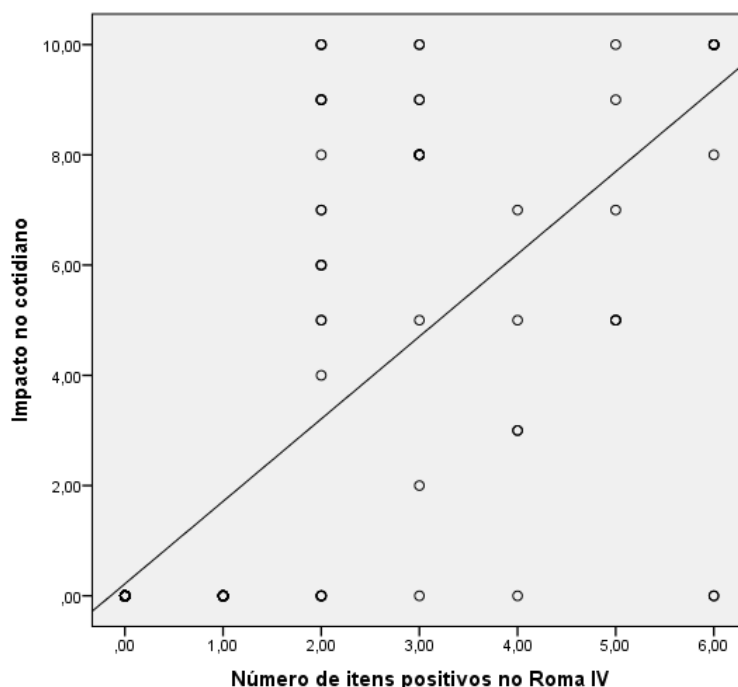


EVA: escala visual-analógica; NIC3: neoplasia intraepitelial de alto grau; CCU: câncer de colo uterino

Fonte: próprio autor.

Ademais, avaliando a correlação entre “Impacto no cotidiano” e “Número de itens positivos no Roma IV”, foi evidenciada uma forte relação positiva (Coeficiente de Correlação de Spearman=0,783 e $P<0,001$). Dessa forma, à medida que a intensidade da CF aumenta, havia um maior comprometimento da qualidade de vida causada por quadros mais intensos de constipação. (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Gráfico correlação entre as variáveis “Impacto no cotidiano” por meio da EVA e “Número de itens positivos no Roma IV”.

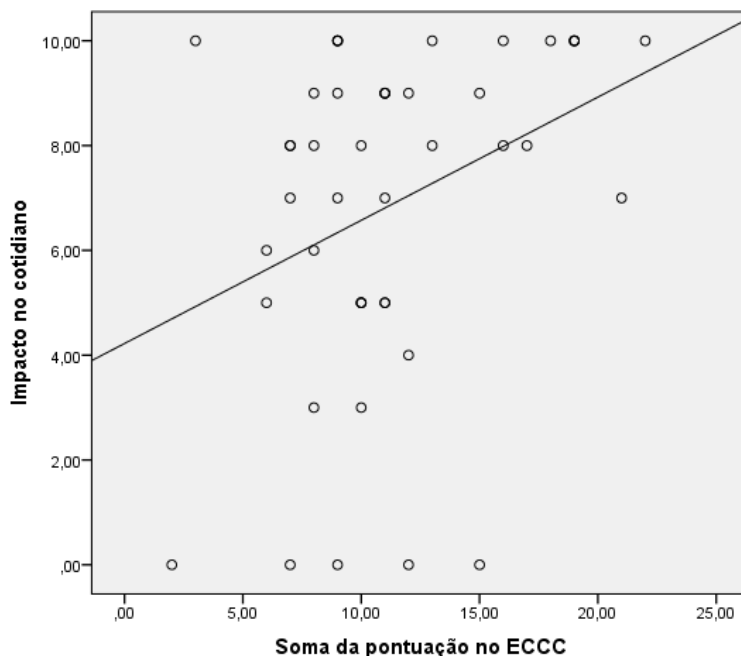


EVA: escala visual-analógica

Fonte: Próprio autor

Da mesma maneira, foi analisada a correlação entre a soma da pontuação no ECCC com o resultado da medição do impacto da constipação no cotidiano usando a EVA, evidenciando uma moderada relação positiva entre as variáveis (Coeficiente de Spearman=0,332 e $p=0,026$). Desse modo, à medida que a pontuação no ECCC aumenta, é percebido um maior comprometimento na qualidade de vida pelo quadro de constipação. **Gráfico 3**

Gráfico 3: Gráfico correlação entre as variáveis “Impacto no cotidiano” por meio da EVA e “Soma da pontuação no ECCC”



EVA: escala visual-analógica; ECCC: Escore de constipação da Cleveland Clinic

Fonte: próprio autor

Ainda analisando o impacto da constipação no cotidiano, não houve relação entre a EVA e o diagnóstico de NIC3 ou CCU [7 (IIQ 3-9) X 8 (5-9,5), p valor = 0,536] nas pacientes constipadas. Porém, se observa que ambos os grupos apresentavam escore da EVA ≥ 7 , isto é, a presença da constipação, independente da gravidade do caso, comprometeu o cotidiano dessas mulheres.

Por fim, foi testado a relação entre o estadiamento do câncer invasivo, onde as lesões invasivas foram separadas em 2 grupos (tumores menos invasivos – 1B à 2B e tumores mais invasivas - 3A à 4A), e o impacto da constipação no cotidiano das pacientes constipadas. Nessa análise não houve diferenças significativas entre os grupos ($p=0,707$). (**Tabela 8**).

Tabela 8: Relação entre estadiamento do CCU e o impacto da constipação no cotidiano de pacientes constipadas

Variável	EVA (Impacto da constipação no cotidiano) (ME/IIQ)	P valor
Diagnóstico		0,707*
Tumor menos invasivo (1B; 2A; 2B)	7,5(1,25-9)	
Tumor mais invasivo (3A;3B; 4)	8(5-10)	

ME: mediana; IIQ: intervalo interquartil; * Teste de Mann-Whitney

Fonte: próprio autor.

6. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observado uma prevalência de CF de 35,3%, não havendo diferença entre câncer invasivo e NIC III. Por sua vez, a maioria das pacientes com CCU constipadas utilizaram algum tipo de medicação antálgica. A cerca do impacto da CF no cotidiano, as pacientes constipadas apresentaram considerável comprometimento da qualidade de vida medida pela EVA (mediana da pontuação no EVA de 7,5(IIQ 4,25-9), independentemente da existência ou não de câncer invasivo.

Sobre a prevalência da CF apresentada no estudo, o valor é considerado elevado, levando em consideração que a literatura acerca do assunto estima uma prevalência menor na população em geral, com taxas variando entre 15 e 30%^{5,14,21,31,32}. Porém, é importante ressaltar que artigos voltados para análise da constipação em paciente com câncer, como os estudos de Dzierzanowski *et al* e Ginex *et al*, postulam taxas mais elevadas nessa população específica, chegando a valores entre 30 e 60%. Tal discrepância pode ser explicada pelo uso frequente de medicações antálgicas, mais precisamente opioides, nesse grupo de pacientes. Os opioides são medicações usualmente utilizadas para o controle da dor de maior intensidade, queixa comum em pacientes oncológicos, sendo a constipação um dos seus efeitos adversos mais comuns^{6,37}. Dessa forma, a associação frequente entre constipação e essa classe de medicamentos, decorrente das alterações nos receptores do sistema nervoso entérico, determinou um tipo específico de constipação, atualmente denominado de constipação induzida por opioides (CIO), e que muitas vezes exige um manejo diferenciado^{6,37}.

No entanto, embora tenhamos observado que as pacientes constipadas com câncer invasivo fizeram mais uso de medicações antalgicas, não foi possível precisar o tipo de medicação usada, uma vez que a maioria não soube informar precisamente o analgésico utilizado. Porém, como não houve diferença quanto a presença de constipação entre as pacientes com câncer invasivo e NIC III,

possivelmente a presença dessa disfunção nas pacientes com lesão invasiva estaria mais relacionada ao tratamento antálgico prescrito e não diretamente com a invasão tumoral.

Ademais, diferente das queixas de necessidade de manobras manuais, sensação de evacuação incompleta ou bloqueio defecatório, sintomas que estão mais associados a presença de distúrbios defecatórios, os sintomas/sinais mais frequentemente apresentados pela nossa amostra (“Fezes endurecidas ou irregulares” e “3 ou menos evacuações por semana”) nos remete, mais uma vez, ao uso de tais medicações. Importante ressaltar que, a maioria da amostra foi representada por mulheres com NIC3, portanto, com lesão não invasiva e, com possibilidade de dor menos intensa do que um câncer invasivo. Nessas mulheres, a constipação pode estar relacionada a outros fatores, especialmente a má nutrição²⁷.

A mensuração do impacto da constipação foi feita por meio da EVA, instrumento com boa validade, excelente confiabilidade e de fácil compreensão em diversos tipos de população, em comparação com questionários com múltiplos itens, podendo ter sido especialmente útil na nossa avaliação, uma vez que 45,5% das pacientes possuíam baixo grau de escolaridade^{38,39}. Portanto, o uso desse instrumento de fácil aplicação possivelmente refletiu a real percepção da paciente. Nessa análise, observamos que houve um comprometimento considerável da qualidade de vida, independente de existir ou não carcinoma invasivo. Isso indica que, independentemente da gravidade do caso, a constipação é uma disfunção que, por si só, já causa impacto na qualidade de vida, devendo ser uma condição a ser abordada ativamente e manejada de forma adequada por qualquer especialidade e não apenas em ambulatório específico. Além disso, a maioria (32-71,1%) das pacientes apresentarem o quadro a mais de 20 anos, fortalecendo o caráter multifatorial da constipação, em que o câncer não se apresenta como causa única dessa condição, se sobrepondo a uma série de outros fatores, tais quais dieta, hábitos de vida inadequados e uso de determinadas medicações⁶.

Com igual intenção, foi aplicado o ECCC, questionário que avalia fatores associados à constipação, fornecendo informações sobre gravidade e duração do quadro. A amostra das pacientes constipadas (54-35,3%) apresentou pontuação mediana de 11(IIQ 8-14) e, novamente, não houve diferença significativa entre os grupos NIC3 e CCU (11(IIQ 9-15); 11(IIQ 7,5-13,5); $p=0,510$), reforçando a ideia de que a ocorrência e a gravidade da constipação independem do quão invasivo é o câncer.

Ademais, foi constatada uma forte relação positiva (Coeficiente de Correlação de Spearman= 0,783 e $p<0,001$) entre as variáveis “Número de itens do Roma IV positivos” e “Impacto da constipação no cotidiano”, demonstrando que embora o critério de Roma IV clame que constipado sejam somente aquelas pacientes com 2 ou mais itens positivos, ter somente 1 item positivo já demonstra impacto na qualidade de vida. Não devendo menosprezar ou retardar a abordagem nessa situação, uma vez que o tratamento efetivo pode promover mudanças na qualidade de vida, com os escores melhorando após alívio da constipação^{7,10}. De maneira semelhante, foi observada moderada relação positiva (Coeficiente de Spearman=0,332 e $p=0,026$) com a variável “Soma da pontuação no ECCC”, reforçando que quanto mais frequentes e presentes são os itens propostos no critério de Roma IV, mais intenso é o quadro de constipação, e maiores são os prejuízos no cotidiano das pacientes.

Nas mulheres constipadas houve uma correlação fraca entre as variáveis “Idade” e “Impacto no cotidiano”, sugerindo que as mudanças na “Idade” têm pouca influência sobre o comprometimento na qualidade de vida relacionada a essa disfunção. Essa observação, de certa forma, contradiz ao que se é esperado, uma vez que, quanto mais velha a mulher, maior seria o declínio das suas funções intestinais e, conseqüentemente, maior o impacto da constipação no seu cotidiano⁴⁰. Contudo, acreditamos que, essa relação possivelmente não se mostrou significativa pelo fato de a amostra do estudo ser relativamente jovem [ME 44(IIQ 35-56)].

É importante ressaltar que a utilização do EVA, ao invés de um questionário validado para mensuração da qualidade de vida, pode representar uma limitação do estudo. Contudo, ao valer-se do EVA, um método de avaliação mais simples e direto, a presente avaliação pode ter facilitado o entendimento das pacientes. Ademais, como a constipação constitui um combinado de sintomas que variam de paciente para paciente, destrinchar a qualidade de vida em diversos componentes, como é feito na grande maioria dos questionários validados, pode ter o potencial de atrapalhar a análise do impacto da síndrome como um todo^{7,14,33}.

Por fim, como a maioria (99,3%) das mulheres já haviam sido submetidas a alguma modalidade de tratamento para a neoplasia, o estudo apresentou como limitação não conseguir avaliar a associação entre o tratamento e a presença de constipação, uma vez que não foi possível avaliar pacientes antes da adoção dessas medidas.

7. CONCLUSÃO

Deste modo, pode-se inferir que a constipação demonstrou relevante impacto na qualidade de vida, independente do grau de invasão da lesão cancerígena, não devendo esta ser considerada uma condição trivial. Foi também identificado que o uso de medicações antálgicas demonstrou ser um fator preponderante para o desenvolvimento de quadros de constipação, e que o tumor não atua como fator determinante, somente sendo mais um dos elementos que compõem a gama de fatores que influenciam na evolução desses quadros.

8. REFERÊNCIAS

1. Ministerio da Saúde. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva*.
2. Fitz; Fátima Faní, Santos; Ana Carolina dos, Stopp; Liliana, et al. Impacto do tratamento de câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *FACIS*; 39.
3. Frigo LF, Zambarda SDO. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: efeitos do tratamento. *Cinergis*; 16. Epub ahead of print 1 December 2015. DOI: 10.17058/cinergis.v16i3.6211.
4. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 2007; 18: 1437–1449.
5. Sobrado CW, Neto IJFC, Pinto RA, et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of Coloproctology* 2018; 38: 137–144.
6. Dzierżanowski T, Mercadante S. Constipation in Cancer Patients — an Update of Clinical Evidence. *Curr Treat Options Oncol* 2022; 23: 936–950.
7. Belsey J, Greenfield S, Candy D, et al. Systematic review: Impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2010; 31: 938–949.
8. Taniguchi TM, de ABREU GE, Portugal MM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Constipation Scoring System for the Brazilian population. *Arq Gastroenterol* 2022; 59: 3–8.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71: 209–249.
10. Quigley EMM, Vandeplassche L, Kerstens R, et al. Clinical trial: The efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation - A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29: 315–328.
11. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, et al. Cervical cancer. *The Lancet* 2019; 393: 169–182.
12. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, et al. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. *Clinical Therapeutics* 2015; 37: 39–48.
13. Waggoner SE. *Cervical cancer*, www.thelancet.com (2003).
14. Yost KJ, Haan MN, Levine RA, et al. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles. *Quality of Life Research* 2005; 14: 1251–1261.
15. Hazewinkel MH, Sprangers MAG, van der Velden J, et al. Long-term cervical cancer survivors suffer from pelvic floor symptoms: A cross-sectional matched cohort study. *Gynecol Oncol* 2010; 117: 281–286.

16. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2018; 143: 22–36.
17. Griffenberg L, Morris M, Atkinson N, et al. *The Effect of Dietary Fiber on Bowel Function Following Radical Hysterectomy: A Randomized Trial*. 1997.
18. Pieterse QD, Maas CP, Kuile MM Ter, et al. *An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer*. 2006.
19. Jackson KS, Naik R. *Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy*.
20. Sedgwick DM, Howard GCW, Ferguson A. *Pathogenesis of acute radiation injury to the rectum A prospective study in patients*. 1993.
21. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American gastroenterological association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 218–238.
22. Kinnunen O. *Study of constipation in a geriatric hospital, day hospital, old people's home and at home*. 1991.
23. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, et al. American gastroenterological association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 211–217.
24. Preston DM, Lennard-Jones JE. *Anismus in Chronic Constipation*. 1985.
25. Bharucha AE, Wald A, Enck P, et al. Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510–1518.
26. Mcmillan SC, Tofthagen C, Small B, et al. *Trajectory of Medication-Induced Constipation in Patient With Cancer*. 2013.
27. Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, et al. *World Gastroenterology Organisation Global Guideline Constipation-A Global Perspective*, www.jcge.com (2011).
28. Paula Martinez A, Regina De Azevedo G, Martinez AP, et al. *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira Endereço para correspondência: Artigo Original*, www.eerp.usp.br/rlae (2012).
29. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; 150: 1262-1279.e2.
30. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-1407.e5.
31. Lindberg Saeed Hamid Peter Malfertheiner Ole Thomsen Luis Bustos Fernandez James Garisch Alan Thomson Khean-Lee Goh Rakesh Tandon G, Khan Justus Krabshuis Anton Le Mair A. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Constipation: a global perspective*. 2010.
32. Wald A, Sigurdsson L. Quality of life in children and adults with constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25: 19–27.
33. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: A survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 599–608.

34. Sonia Ahlaim Ibrahim Yusuf. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA ANAL: validação do questionário FIQL. *Arquivo de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*.
35. Pereira SB. *Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa*. Poços Caldas, 26 May 2010.
36. Bustamante-Lopez L. *Incontinência Anal: Avaliação Clínica Inicial e Índices de Gravidade*, <https://www.researchgate.net/publication/280098433> (2015).
37. Ginex PK, Hanson BJ, LeFebvre KB, et al. Management of opioid-induced and non-opioid-related constipation in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Oncology Nursing Forum* 2020; 47: E211–E224.
38. De Boer AGEM, Van Lanschot JJB, Stalmeier PFM, et al. *Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life?*
39. Price DD, Mcgrath PA, Rafii A, et al. *The Validation of Visual Analogue Scales as Ratio Scale Measures for Chronic and Experimental Pain*. 1983.
40. Josefina C, Espinoza M, Flores Carreras O, et al. *Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara Artículo original*, www.revistasmedicasmexicanas.com.mx (2006).

Apêndice A – Questionário de Autorrelato

1. Nome Completo *

2. Data de nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Cor da pele (autorreferida) *

Marcar apenas uma oval.

- Preto
 Pardo
 Branco
 Indígena
 Amarelo

4. Alguma vez já sentiu sintomas de constipação? *

*Entenda por constipação: condição em que há dificuldade para defecar, sendo a evacuação infrequente ou incompleta.

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

8. Já apresentou algum dos seguintes sintomas? *

Marque todas que se aplicam.

- Polaciúria: aumento do número de vezes que urina durante o dia
 Noctúria: acorda frequentemente à noite para urinar
 Urgência miccional: desejo súbito e inadiável de urinar
 Incontinência urinária: perda involuntária de urina

9. Utiliza diariamente algum desses medicamentos? *

Marque todas que se aplicam.

- Analgésicos
 Anti-hipertensivos
 Diuréticos
 Laxantes
 Outro: _____

10. Já passou por alguma cirurgia? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

5. Se sim, com que frequência sente esse sintoma?

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
 Quase sempre
 De vez em quando
 Raramente
 Muito raramente

6. Já apresentou eliminação involuntária de flatos e fezes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. Se sim, com que frequência sente esse sintoma? *

Marcar apenas uma oval.

- Todo dia
 Toda semana, porém menos de 3 vezes por semana
 Todo mês, porém menos de 4 vezes por mês
 Raramente, não tendo um intervalo de tempo exato

10. Já passou por alguma cirurgia? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

11. Se sim, qual(is)?

12. Já passou por alguma gestação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. Se sim, quantas? *

Marque todas que se aplicam.

- 1
 2
 3
 4
 Mais de 4

14. Já passou por algum parto? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. Se sim, quantos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 Mais de 4

16. Se sim, qual tipo de parto e o número de vezes que passou por cada um

17. Tem diagnóstico de alguma doença crônica, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, hepática ou renal?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. Se sim, qual(is)? *

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa denominada **“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INCONTINÊNCIA FECAL NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE COLO UTERINO”** que avalia como a perda de fezes ou gases influencia na qualidade de vida de pacientes acompanhadas no CICAN, isto é, como esses sintomas podem perturbar a vida de quem tem eles. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias. Caso a senhora aceite essa pesquisa fará com que seja possível avaliar de que maneira e o quanto a incontinência fecal, ou seja, a saída de fezes e de gases sem que se tenha intenção e de maneira descontrolada, influencia negativamente no dia a dia e no bem-estar de pessoas cuidadas no CICAN. Será perguntado a respeito da dificuldade para fazer xixi e cocô, e como essa dificuldade interfere em sua qualidade de vida, em alguns itens como medo de sair de casa por causa dessa perda sem controle. Com isso, poderemos ter maior conhecimento sobre essa queixa e nos ajudará a entender mais sobre a incontinência fecal e sua associação com outras queixas e ajudar na escolha de condutas adequadas para manejá-las. A sua participação no estudo consiste em responder às perguntas que estão nos questionários. As suas respostas serão analisadas pelos pesquisadores em conjunto com as de outros pacientes, mas o seu nome e das outras participantes não serão reveladas para ninguém. A senhora tem o nosso compromisso de que vamos garantir sigilo, confidencialidade e anonimato, de acordo com as normas brasileiras, isto é, ninguém ficará sabendo que foi você quem respondeu a essas perguntas, pois os questionários serão identificados por números apenas. Todas as informações coletadas ficarão com o pesquisador responsável por 5 anos, guardados em HD externo do pesquisador, isto é, serão guardados em um aparelho eletrônico usado apenas para guardar as respostas da pesquisa. Garantimos a você que, após o término do período da pesquisa, as informações que você deu serão destruídas, para que as respostas dos questionários não sejam lidas ou usadas por mais ninguém. Essa destruição é feita apagando do aparelho eletrônico (HD externo) todas as informações dadas. Essa destruição é feita pelo próprio

pesquisador responsável utilizando o computador particular dele. O pedido para participar da pesquisa será feita diretamente a você pelo pesquisador, enquanto você estiver no CICAN aguardando para ser atendida, sendo, portanto, informado a você que leia com atenção esse documento. Antes de você ler esse consentimento, o pesquisador irá explicar tudo sobre a pesquisa de forma detalhada para que você compreenda do que se trata o estudo e o que está escrito neste documento que você está lendo agora. Após você receber essas informações, você irá ler este consentimento impresso em papel. Após ler com cuidado, observando todos os detalhes mostrados da pesquisa, caso decida participar da pesquisa, o pesquisador irá enviar imediatamente para seu e-mail (correio eletrônico) o questionário que você terá que responder, enquanto aguarda a consulta médica ou após esta, sempre observando que a sua participação nesse estudo não pode atrasar ou prejudicar o seu atendimento. Não irá existir listas com seu nome ou nome de outros participantes da pesquisa, o que evitará ainda mais que alguém fora da pesquisa saiba que você está participando. Você somente receberá os questionários após dar o seu consentimento, quando, então, receberá as perguntas pelo seu e-mail para serem respondidas, sendo esse e-mail enviado única e exclusivamente para você. É importante que você guarde em lugar seguro e com cuidado a via deste documento que você está agora lendo e a via do questionário que você receberá por e-mail. Se existir alguma pergunta que você não queira responder, você estará livre para fazer o que quiser, sem prejuízo nenhum a você e ao tratamento que será dado no CICAN, portanto, é você quem decide as perguntas que quer responder. O questionário que você irá responder é do *Google Forms*, uma plataforma digital sem qualquer custo para você e para o pesquisador, que assegura a guarda cuidadosa das suas respostas. Chamamos atenção que ao responder ao questionário, você não irá se identificar por meio de nome ou qualquer documento pessoal, pois o questionário não questiona essas informações, sendo a identificação do questionário feito com número e não associado a você. Dessa forma, ninguém sabe que foi você quem respondeu ao questionário. Após responder as perguntas que você quiser responder, o pesquisador irá imediatamente baixar as informações para o HD externo (aparelho eletrônico particular do pesquisador), apagando qualquer informação que fique no ambiente virtual, impedindo que qualquer informação fique na

internet e que possa ser vista por outras pessoas. Isso será feito após você ficar com uma via do questionário que você respondeu, sendo orientada a guardá-la em local seguro, lembrando que a via deste consentimento impresso também deve ser guardada pela senhora em ambiente seguro. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade nunca será revelada nessas apresentações. Como risco que a pesquisa pode trazer a sua pessoa, há o de constrangimento (vergonha). Caso você sinta isso, o CICAN apresenta uma equipe de psicólogos que poderão ajudá-la e acolhê-la quanto a isso. Além disso, há o risco de quebra do sigilo e privacidade. Para diminuir estes riscos, a equipe de pesquisa é treinada com relação à proteção das informações que você deu, bem como não haverá exposição dos nomes dos participantes nos resultados da pesquisa, porque iremos identificar os pacientes por números e não por nomes, como explicado anteriormente. Em relação ao questionário que será respondido pela plataforma *Google Forms*, embora haja um pequeno risco de suas respostas serem vistas por alguma pessoa fora da pesquisa que acesse o ambiente virtual, como qualquer documento preenchido on-line, esse problema é raro, pois o *Google Forms* é uma plataforma que garante segurança. Além disso, novamente salientamos que o questionário não conterá seu nome ou qualquer informação de identificação que possa demonstrar que foi você quem respondeu às perguntas. A pesquisa não alterará qualquer tratamento que a senhora esteja fazendo ou não será necessário a realização de nenhum exame a mais que o seu médico(a) solicitar. Também se a senhora não quiser participar, nenhum prejuízo isso trará a seu tratamento. Você somente deverá confirmar esse termo se todas as informações que deseja conhecer sobre a pesquisa foram dadas pelos pesquisadores, sabendo que você tem a qualquer momento a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas, por e-mail ou telefone. Você tem o direito de se manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Para isto, basta entrar em contato com a investigadora responsável (Dra. GLICIA Abreu), que se encontra no CICAN todas às quintas-feiras e sextas-feiras no horário das 7h às 9h, estando disponível para tirar dúvidas se a senhora precisar. Também você tem, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, o direito de suspender o consentimento, saindo da pesquisa sem a necessidade de dar explicação e isso não trará nenhum

problema para o seu acompanhamento e tratamento no CICAN, pois a senhora tem total liberdade para participar ou não deste estudo. Você não terá despesas com exames e consultas e não terá compensações financeiras relacionadas à sua participação, assim como os pesquisadores também não estão recebendo nenhum benefício em dinheiro para realizar essa pesquisa. Você não precisa comparecer ao CICAN em dias que não forem da sua consulta, pois o questionário somente será aplicado no dia que você esteja aqui para seu atendimento habitual. Caso haja danos comprovadamente causados pela pesquisa, a senhora terá o direito de solicitar indenização, bem como será ressarcida caso a senhora tenha custos comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa. Esse documento está impresso em duas vias, ficando uma com a senhora e outra com o pesquisador. Em caso de denúncia, a senhora poderá contactar o Comitê de Ética da Fundação para o desenvolvimento da Ciência- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Avenida Dom João VI, nº 274, Brotas. Ao lado do Salvador Card, Salvador – Bahia. Telefones para contato: (71) 2101- 1921; (71) 98383-7127.

Contato do pesquisador responsável: Dra. Glicia de Abreu Tourinho - Serviço Estadual de Oncologia- CIGAN - Av. Vasco da Gama, s/nº, Brotas – CEP.: 40.240-090 – Salvador, Bahia. Telefone para contato: (71) 3116-5481/ telefone pessoal do pesquisador responsável - 32472369/21084670/981727202/ e-mail- gliabreu@hotmail.com

Salvador, de de 20



Impressão digital

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Assinatura de testemunha

Anexo A – Critérios de Roma I, II, III e IV

Symptoms and diagnosis	Rome I	Rome II	Rome III	Rome IV
Straining to evacuate	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations
Lumpy or hard stools	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations
Sensation of incomplete evacuation	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations
Sensation of anorectal obstruction/blockage	–	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations
Manual maneuvers to facilitate defecations	–	>25% of defecations	>25% of defecations	>25% of defecations
Less than three evacuations per week	Yes	Yes	Yes	Yes
Number of criteria for diagnosis	≥2	≥2	≥2	≥2
Chronological factor	3 months	12 weeks/12 months	3–6 months ^a	3–6 months ^a

Anexo B – Sistema de Escore de Constipação

Frequência de evacuações (fazer cocô)	
1 a 2 vezes a cada 1 a 2 dias	0
2 vezes por semana	1
1 vez por semana	2
Menos do que uma vez por semana	3
Menos que uma vez por mês	4
Dificuldade: esforço com dor para evacuar	
Nunca	0
Raramente	1
Às vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4
Completude: sensação de evacuação incompleta	
Nunca	0
Raramente	1
Às vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4
Tempo: minutos no banheiro por tentativa (para fazer cocô)	
Menos que 5 minutos	0
5 a 10 minutos	1
10 a 20 minutos	2
20 a 30 minutos	3
Mais que 30 minutos	4
Assistência: ajuda para evacuar	
Sem assistência	0
Laxantes estimulantes	1
Assistência digital ou lavagem intestinal	2
Fracasso: tentativas malsucedidas de evacuação por 24 horas	
Nenhuma tentativa	0
1 a 3 tentativas	1
3 a 6 tentativas	2
6 a 9 tentativas	3
Mais que 9 tentativas	4
Histórico: duração da constipação (prisão de ventre)	
<1 ano	0
1 a 5 ano(s)	1
5 a 10 anos	2
10 a 20 anos	3
Mais que 20 anos	4

*Pontuação mínima: 0; pontuação máxima: 30

Anexo C - Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)

Initial number

ICIQ-OAB (UK English) 11/05
CONFIDENTIAL

DAY MONTH YEAR

Today's date

Overactive bladder

Many people experience urinary symptoms some of the time. We are trying to find out how many people experience urinary symptoms, and how much they bother them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

1. Please write in your date of birth:

DAY MONTH YEAR

2. Are you (tick one): Female Male

3a. How often do you pass urine during the day?

1 to 6 times 0
7 to 8 times 1
9 to 10 times 2
11 to 12 times 3
13 or more times 4

3b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

4a. During the night, how many times do you have to get up to urinate, on average?

none 0
one 1
two 2
three 3
four or more 4

4b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

5a. Do you have to rush to the toilet to urinate?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

5b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

6a. Does urine leak before you can get to the toilet?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

6b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal