



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE**

**STEPHANIA FERREIRA BORGES MARCACINI**

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**UBERABA - MG**

**2012**

**STEPHANIA FERREIRA BORGES MARCACINI**

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto

**UBERABA - MG**

**2012**

**STEPHANIA FERREIRA BORGES MARCACINI**

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 11 de dezembro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Elizabeth Barichello  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Orientadora

---

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe  
Universidade de São Paulo

Catálogo na fonte:  
Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Marcacini, Stephania Ferreira Borges  
M313p Perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia em um hospital  
universitário / Stephania Ferreira Borges Marcacini. -- 2012  
98f.: fig. tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.  
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Câncer. 2. Neoplasia. 3. Hábitos alimentares. 4. Reto-Câncer. I.  
Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III.  
Título.

CDU 616-006

Dedico este trabalho aos meus pais, Eugênia Inácia Ferreira Borges Marcacini e Tito Marcacini Júnior, pelas orações e amor incondicional.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que, me deu a vida, saúde e presenteou-me com meus pais que sempre estão a meu lado em todos os momentos.

À Profa. Dra. Elizabeth Barichello pela amizade, paciência e carinho. Obrigada por toda confiança que depositaste em mim durante todos esses anos.

À Profa. Dra. Maria Helena Barbosa, pelo apoio e contribuição para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Daurin Narciso da Fonseca pelo estímulo e amizade ao longo de todo o caminho.

À minha tia Eliana, padrinho Wagner e Pietro pelo apoio nos momentos difíceis.

Ao meu noivo Maximiliano por todo amor e incentivo dedicado a mim.

À minha família de Uberaba, Izabel, Alessandra e em especial a Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira que me ajudou em tudo que precisei desde o início.

Aos professores do programa de Pós-Graduação *Stricto- Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, pelo apoio.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, pela amizade e auxílio.

Aos meus colegas mestrandos pelo convívio e momentos inesquecíveis.

Às minhas amigas Débora, Mariana, Renata, Cristiane, Luana, Letícia, Juliana, Camila, Aline e Joyce por todas as risadas e momentos inesquecíveis que vivemos.

Aos residentes do Serviço de Proctologia do AMG, Dr. Guilherme e Dr. Elber pela relevante contribuição neste trabalho.

A todos os outros que, de alguma maneira ajudaram-me na criação deste trabalho.

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes”.

*Augusto Cury*

## RESUMO

MARCACINI, Stephania Ferreira Borges. **Perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia em um hospital universitário**. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

O exame de colonoscopia permite a visualização completa do interior do intestino grosso, permitindo a detecção de doenças do cólon como os pólipos, doença diverticular, inflamações e o CCR. É um exame de suma importância na prevenção do CCR em pacientes que apresentam história de câncer intestinal na família, possibilitando a retirada de pólipos e permite a detecção precoce do CCR, quando ainda é curável. O CCR é um câncer que tem origem de alguma porção do intestino. Essa doença pode acometer pessoas de qualquer idade, porém tem maior prevalência em pessoas com idade acima dos 50 anos. Essa neoplasia normalmente tem início com lesão benigna que quando não retiradas podem se tornarem malignas com o tempo, por isso a importância dos programas de prevenção. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as características sociodemográficas e clínicas, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, prática de exercícios físicos e sintomas abdominais de pacientes submetidos à colonoscopia, no período de fevereiro a junho de 2012. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 84 pacientes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM sob o parecer nº1917. Os dados foram coletados através de questionários sociodemográfico e clínico, Teste de Dependência a Nicotina de Fagerstrom-TDN; Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool-AUDIT; Questionário internacional de atividade física-versão curta; Questionário de frequência alimentar e The Bowel Disease Questionnaire, instrumentos utilizados em pacientes que foram realizar o exame de colonoscopia no Ambulatório Maria da Glória. Posteriormente os dados foram submetidos à análise estatística, utilizou-se frequência simples e frequência relativa. A população foi constituída de todos os pacientes que preenchem os critérios de inclusão. Observou-se que em 84 pacientes os sintomas de maior prevalência que levou a indicação da Colonoscopia foram: dor abdominal com 39 (46,4%) e a diarreia com 19 (22,6%). Dos entrevistados cinco (6%) apresentaram o CCR, e a história familiar desta neoplasia foi relatada por 18 (21,4%) pessoas, o tabagismo

esteve presente em 17 (20,2%) dos pacientes e o consumo de bebida alcoólica foi negada por 26 (31%) dos entrevistados. Relacionado à prática de atividade física 71 (84,5%) pacientes eram insuficientemente ativos. A carne vermelha foi consumida por 19 (22,6%) dos pacientes e sua frequência variou de duas ou mais vezes ao dia e as frutas raramente foram consumidas por 41 (48,8%) dos entrevistados. No questionário de sintomas abdominais, a dor foi relatada por 62 (73,8%) dos pacientes, houve mudanças nos hábitos intestinais de 49 (58,3%) pessoas, 38 (45,2%) dos entrevistados afirmaram ter encontrado sangue nas fezes e a sensação de evacuação incompleta foi referida por 51 (60,7%) pessoas. Concluiu-se que os tabagistas deste trabalho são sedentários, que dentre os entrevistados houve uma frequência maior do que uma vez ao dia no consumo de carne vermelha, baixa ingestão de frutas, e, que os sinais que levaram a indicação da realização do exame de colonoscopia foram à dor abdominal, a diarreia e a história familiar para neoplasia colorretal. Com isso fica necessário o desenvolvimento de programas que desenvolvam ações em todos os níveis de saúde, a fim de sanar dúvidas, informar sobre os sinais e sintomas mais comuns da doença, incentivar a realização de exames quando os sintomas aparecerem, e prestar total apoio ao paciente e seus familiares caso a doença seja diagnosticada.

**Palavras-chave:** Neoplasia colorretal. Colonoscopia. Hábitos alimentares.

## ABSTRACT

MARCACINI, Stephania Ferreira Borges. **Profile of the patients submitted to colonoscopy in a university hospital.** 2012. 98f. Dissertation (Mastership in Health Care) – Triângulo Mineiro Federal University, Uberaba (MG), 2012.

Colonoscopy exam makes possible the complete visualization of the entire large intestine, allowing the detection of colon diseases such as polyps, diverticular disease, inflammations and colorectal cancer (CRC), which has its origin from any portion of the intestine. This disease can affect people of all ages; however it has higher prevalence in people over 50. This carcinoma normally has its onset with a benign lesion which when not removed can become malignant; that is the reason prevention programs are so important. This research had the goal of analyzing the sociodemographic and clinical characteristics, food habits, smoking, alcoholism, practice of physical exercises and abdominal symptoms of patients submitted to colonoscopy during the period from february to june, 2012. It is a Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 84 patients. This research was approved by the Research Ethics Committee from UFTM, Opinion number 1917. Data were collected through a sociodemographic and clinical questionnaire, *Fagerström Test* for Nicotine Dependence (FTND); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short version; Food Frequency Questionnaire and The Bowel Disease Questionnaire, tools used in patients who underwent the colonoscopy exam at Ambulatory Maria da Glória. Later, data were submitted to statistical analysis, and simple and relative frequencies were used. It was observed that in the 84 patients interviewed the symptoms of higher prevalence that led to indication of colonoscopy were abdominal pain in 39 (46.4%) and diarrhea in 19 (22.6%). From the interviewed ones five (6%) presented CRC and familial history of this carcinoma was reported by 18 (21.4%); smoking was present in 17 (20.2%) of the patients and alcoholic beverage consumption was denied by 26 (31%) of the interviewed ones. Related to practice of physical exercises 71 (84.5%) of the patients were insufficiently active. 19 (22.6%) of the patients reported red meat consumption and the frequency ranged from twice or more times a day and fruits were rarely consumed by 41 (48.8%) of them. In the abdominal symptoms questionnaire pain was reported by 62 (73.8%) of the patients; there were changes in bowel habit in 49 (58.3%) people, 38 (45.2%) of the

interviewed ones declared having found blood on stools and the sensation of incomplete evacuation was reported by 51 (60.7%). It was concluded that smokers from this work had sedentary lifestyle and among the interviewed patients there was a frequency higher than once a day related to red meat consumption, a diet poor in fruits and the signals which led to colonoscopy exam indication were abdominal pain, diarrhea and familial history for colorectal carcinoma. Therefore, it is necessary the development of programs that implement actions on all levels of health, in order to solve the doubts, give information about the most common signs and symptoms of the disease, encourage the performance of exams when symptoms appear and provide total support to patients and their family in case the disease is diagnosed.

**Key words:** Carcinoma colorectal. Colonoscopy. Food habits.

## RESUMEN

MARCACINI, Stephania Ferreira Borges. **Perfil de los pacientes sometidos a la colonoscopia en un hospital universitario**. 2012. 98f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

El exámen de colonoscopia permite la visualización completa del interior del intestino grueso, permitiendo la detección de enfermedades del cólon como los pólipos, enfermedad diverticular, inflamaciones y el Cáncer Colorrectal (CCR), que tiene origen en alguna porción del intestino. Esa enfermedad puede acometer personas de cualquier edad, además tiene mayor prevalencia en personas con edad acima de los 50 años. Esa neoplasia normalmente tiene inicio con lesión benigna que cuando no sacadas pueden convertirse malignas con el tiempo, por eso la importancia de los programas de prevención. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las características sociodemográficas y clínicas, hábitos alimentarios, tabaquismo, alcoholismo, práctica de ejercicios físicos y síntomas abdominales de pacientes sometidos a la colonoscopia, en el período de febrero a junio de 2012. Se trata de un estudio transversal de abordaje cuantitativo, realizado con 84 pacientes. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la UFTM sob el parecer nº 1917. Los datos fueron colectados por medio de cuestionario sociodemográfico y clínico, Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom – TDN; Test para identificación de problemas relacionados al uso de alcohol – AUDIT; Cuestionario internacional de actividad física – versión corta; Cuestionario de frecuencia alimentaria y *The Bowel Disease Questionnaire*, instrumentos utilizados en pacientes que fueron realizar el exámen de colonoscopia en el Ambulatorio Maria da Glória. Posteriormente los datos fueron sometidos a el análisis estadístico, se ha utilizado frecuencia simple y frecuencia relativa. Se ha observado que en los 84 pacientes entrevistados los síntomas de mayor prevalencia que llevaron a la indicación de la Colonoscopia fueron el dolor abdominal con 39 (46,4%) ya la diarrea con 19 (22,6%). De los entrevistados cinco (6%) presentaron el CCR, y la historia familiar de esta neoplasia fue relatada por 18 (21,4%) personas, el tabaquismo estuvo presente en 17 (20,2%) de los pacientes y el consumo de bebida alcohólica fue negada por 26 (31%) de los entrevistados. En relación a la práctica de actividad física 71 (84,5%) de los pacientes eran insuficientemente activos. La carne roja fue

consumida por 19 (22,6%) de los pacientes y su frecuencia ha variado de dos a más veces al día y las frutas rara vez fueron consumidas por 41 (48,8%) de los entrevistados. En el cuestionario de síntomas abdominales, el dolor fue relatado por 62 (73,8%) de los pacientes, hubo cambios en los hábitos intestinales de 49 (58,3%) personas, 38 (45,2%) de los entrevistados afirmaron tener encontrado sangre en las heces y la sensación de evacuación incompleta fue referida por 51 (60,7%) personas. Se ha concluido que los tabaquistas de este trabajo eran sedentarios, que entre los entrevistados hubo una frecuencia mayor que una vez al día en el consumo de carne roja, baja ingestión de frutas, y, que las señales que llevaron a la indicación de la realización del exámen de colonoscopia fueron el dolor abdominal, la diarrea y la historia familiar para neoplasia colorretal. Por ello es necesario el desarrollo de programas que desenvuelvan acciones en todos los niveles de salud, con el objetivo de sanar dudas, informar sobre las señales y síntomas más comunes de la enfermedad, incentivar la realización de exámenes cuando los síntomas aparezcan, y dar total apoyo al paciente y sus familiares en caso de que la enfermedad sea diagnosticada.

**Palabras clave:** Neoplasia colorretal. Colonoscopia. Hábitos alimentarios.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia.....	41
Tabela 2	Distribuição da frequência das variáveis clínicas dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia I.....	43
Tabela 3	Distribuição da frequência das variáveis clínicas dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia II.....	44
Tabela 4	Distribuição dos pacientes submetidos à colonoscopia segundo o grau de dependência de nicotina e escore de Fagerstrom.....	45
Tabela 5	Classificação dos pacientes submetidos à colonoscopia segundo a classificação do uso de álcool e escore do AUDIT.....	45
Tabela 6	Distribuição das variáveis relacionadas à atividade física.....	46
Tabela 7	Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de leite e derivados (leite integral e queijo amarelo).....	47
Tabela 8	Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de embutidos.....	49
Tabela 9	Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de óleos.....	49
Tabela 10	Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de petiscos e enlatados.....	51
Tabela 11	Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de cereais/ leguminosas.....	52
Tabela 12	Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de hortaliças e frutas.....	53
Tabela 13	Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de sobremesas e doces.....	53
Tabela 14	Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de bebidas.....	54
Tabela 15	Distribuição das variáveis relacionadas aos sintomas abdominais (dor na barriga).....	55
Tabela 16	Classificação das variáveis relacionadas aos hábitos de evacuar.....	55
Tabela 17	Distribuição das variáveis relacionadas às características de eliminação intestinal.....	55
Tabela 18	Distribuição das variáveis relacionadas ao uso de laxantes...	56
Tabela 19	Classificação das variáveis relacionadas à presença de muco nas fezes.....	56

Tabela 20	Distribuição das variáveis relacionadas ao número de evacuações.....	57
Tabela 21	Classificação das variáveis relacionadas às manobras para evacuar.....	57
Tabela 22	Distribuição das variáveis relacionadas à sensação de evacuação incompleta.....	58
Tabela 23	Classificação das variáveis relacionadas à frequência e ao grau de incômodo.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

AMG	Ambulatório Maria da Glória
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CCR	Neoplasia Colorretal
GCI	Grupo Colaborativo Internacional
HC/UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HNPCC	Câncer colorretal hereditário não polipose
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAF	Polipose adenomatosa familiar
QFA	Questionário de frequência de consumo alimentar
SPSS	<i>Statistical Package for The Social Sciences</i>
TDN	Teste de Dependência a Nicotina
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
1.1	O CÂNCER DE CÓLON E RETO.....	18
1.2	FATORES HEREDITÁRIOS.....	21
1.3	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	22
1.4	DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO.....	23
1.5	FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO.....	25
1.6	TRATAMENTO.....	28
1.7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	28
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3	POPULAÇÃO.....	33
4.4	COLETA DE DADOS.....	34
4.4.1	<b>Questionário sociodemográfico e clínico.....</b>	<b>34</b>
4.4.2	<b>Teste de Dependência à Nicotina de Fagerstrom – TDN ..</b>	<b>34</b>
4.4.3	<b>Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool-AUDIT.....</b>	<b>35</b>
4.4.4	<b>Questionário internacional de atividade física-versão curta.....</b>	<b>35</b>
4.4.5	<b>Questionário de frequência de consumo alimentar.....</b>	<b>36</b>
4.4.6	<b>Questionário sobre sintomas abdominais.....</b>	<b>37</b>
4.5	VÁRIÁVEIS DO ESTUDO.....	37
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	39
4.7	ANÁLISES ESTATÍSTICAS DE DADOS.....	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	40
5.1.1	<b>Características sociodemográficas.....</b>	<b>40</b>
5.1.2	<b>Características clínicas.....</b>	<b>41</b>
5.1.3	<b>Aspectos relacionados ao tabagismo: resultado do Teste de Nicotina.....</b>	<b>44</b>

5.1.4	<b>Aspectos relacionados ao etilismo: resultado da dependência do álcool.....</b>	<b>45</b>
5.1.5	<b>Aspectos relacionados à atividade física.....</b>	<b>46</b>
5.1.6	<b>Aspectos relacionados à frequência de consumo alimentar.....</b>	<b>46</b>
5.1.6.1	<i>Leite e derivados.....</i>	<i>46</i>
5.1.6.2	<i>Carnes.....</i>	<i>47</i>
5.1.6.3	<i>Óleos.....</i>	<i>49</i>
5.1.6.4	<i>Petiscos e enlatados.....</i>	<i>50</i>
5.1.6.5	<i>Cereais e Leguminosas.....</i>	<i>51</i>
5.1.6.6	<i>Hortaliças e frutas.....</i>	<i>52</i>
5.1.6.7	<i>Sobremesas e doces.....</i>	<i>53</i>
5.1.6.8	<i>Bebidas.....</i>	<i>54</i>
5.1.7	<b>Aspectos relacionados aos sintomas abdominais.....</b>	<b>54</b>
5.1.8	<b>Frequência e grau de incômodo das doenças relacionadas ao questionário de sintomas abdominais...</b>	<b>58</b>
6	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>75</b>
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	75
	<b>ANEXOS</b>	<b>77</b>
	ANEXO A TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRÖM.....	77
	ANEXO B - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL.....	78
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA.....	80
	ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR (QFA).....	82
	ANEXO E - QUESTIONÁRIO SOBRE SINTOMAS ABDOMINAIS.....	85
	ANEXO F - PARECER DO CEP.....	94
	ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é um tumor que abrange o intestino grosso e o reto. A sobrevida desse câncer aumenta quando ocorre o seu diagnóstico precocemente (BRASIL, 2012a). Alguns estudos mostram que há relação entre os hábitos alimentares e a nutrição no risco do desenvolvimento de CCR, como o alto consumo de carne vermelha (ZANDONAI; SONOBE; SAWADA, 2012). Outros fatores que aumentam a chance de desenvolver CCR é o consumo de cigarro e bebidas alcoólicas, associados também à falta de exercício físico (BRASIL, 2012e).

### 1.1 O CÂNCER DE CÓLON E RETO

A origem da palavra câncer vem do grego *karkínos*, que significa caranguejo e foi usada pela primeira vez por Hipócrates, em meados de 460 a 377 a.C. (BRASIL, 2011a).

O câncer é um conjunto de células que tem crescimento descontrolado por meio de alterações celulares e tendem a ser muito agressivos (BRASIL, 2012e).

No organismo humano, as células que formam os tecidos do corpo humano se dividem em um processo contínuo e natural, normalmente as células normais crescem, multiplicam-se e morrem seguindo uma ordem, nem todas as células normais são iguais, algumas se dividem de forma rápida e contínua outras nunca se dividem, porém isso não caracteriza malignidade, apenas mantém a necessidade do corpo (BRASIL, 2011a).

O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais, não morrem e se multiplicam desordenadamente sem controle. A divisão celular sempre é checada, mas essas células perdem o controle sobre seu desenvolvimento e no processo de replicação ocorrem formações neoplásicas, invadindo órgãos e tecidos e pode ocorrer metástase (BRASIL, 2012e).

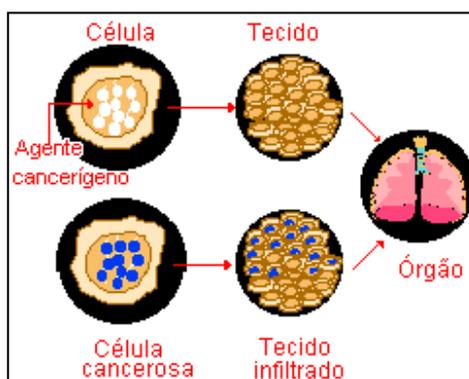
Existem fatores de risco para o desenvolvimento do CCR como a história familiar, doenças crônicas intestinais, predisposição genética, e a ingestão de gorduras animais, pouca ingestão de frutas, cereais e vegetais, o alcoolismo e o tabagismo (ANDRADE; PEREIRA, 2007; HAAS; ANTON; FRANCISCO, 2007).

As causas do câncer podem ser externas ou internas. As externas são os hábitos ou costumes de uma sociedade e o meio ambiente, e as causas internas são

determinadas geneticamente, e, estão diretamente ligadas à capacidade que cada organismo tem de se defender das agressões externas (BRASIL, 2012e).

O que diferencia os vários tipos de câncer é sua capacidade de fazer metástase e a velocidade da multiplicação celular (BRASIL, 2012e) (FIGURA 1).

Figura 1 - Identificação de célula cancerígena.

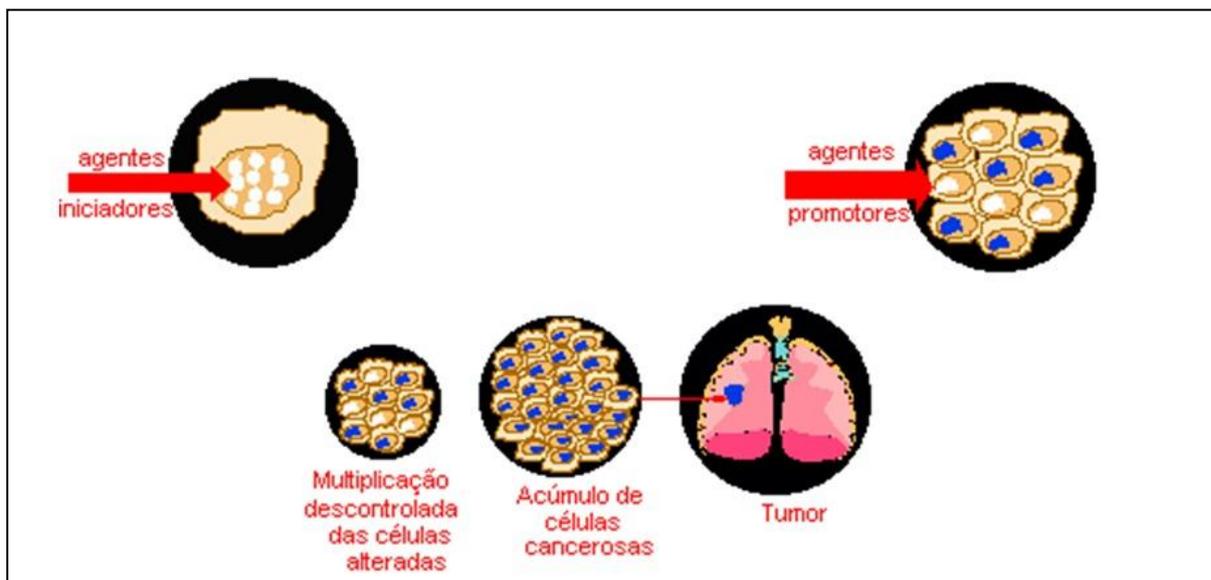


Fonte: Brasil (2012e).

A formação do câncer (carcinogênese) depende da multiplicação da célula cancerígena que leva à formação de um tumor visível (BRASIL, 2011a).

Para chegar nesse estágio a célula passa por vários estágios: o estágio inicial as células sofrem ação dos agentes carcinógenos e conseqüentemente há uma mutação em alguns genes, alterando a célula, mas ainda não pode ser diagnosticado e estão prontas para a ação de um próximo agente (BRASIL, 2011a). O estágio de promoção tem início com a ação de agentes oncopromotores, a partir daí se transformam em células malignas, essa transformação só ocorre quando a célula fica exposta por um bom tempo ao agente promotor (como por exemplo, hormônios, alimentação) (BRASIL, 2011a). O estágio de progressão ocorre quando há a multiplicação desordenada e irreversível da célula, aparecendo assim os sintomas do câncer. Os fatores que desencadeiam a iniciação ou a progressão se chamam carcinógenos (BRASIL, 2011a) (FIGURA 2).

Figura 2 – Multiplicação da célula cancerígena.



Fonte: Brasil (2012e).

Dentre as neoplasias malignas, o CCR é o mais comum do tubo digestivo. Sua incidência aumenta a cada ano, e são diagnosticados um milhão de novos casos de CCR, e, no mesmo período ocorre meio milhão de mortes causadas por essa neoplasia (BRASIL, 2011a).

Porém, quando diagnosticado em estágio primário as chances de sobrevivência são maiores e, nos países desenvolvidos estas taxas ficam em torno de 55% (BRASIL, 2012c).

A estimativa de novos casos de CCR no Brasil para 2012 é de 14.180 casos em homens e 15.960 em mulheres. Estima-se 15 casos novos em homens e 16 em mulheres a cada 100.000 habitantes. Em 2010 ocorreram 8.109 óbitos por CCR, com 5.878 de homens e 2.231 mulheres (BRASIL, 2012a). Sua incidência caracteriza-se como a terceira causa mais comum de câncer entre homens, e segunda causa entre as mulheres (BRASIL, 2012c).

O CCR pode ter início a partir de lesão precursora, que, se não for retirada em aproximadamente dez anos ou mais pode se transformar em neoplasia maligna, ou seja, tumor que é considerado doença multifatorial e acomete o cólon e o reto. Sua incidência aumentou muito devido a maior expectativa de vida e o envelhecimento populacional (DRUCKER, 2009).

Os cânceres intestinais surgem através de displasias epiteliais acentuadas com alterações na diferenciação, crescimento e proliferação celular. Diante disso,

ocorre a formação do adenoma (pólipo adenomatoso) que são formações benignas, porém, quando não retirados podem crescer na parede do intestino grosso e se transformarem em malignos, que são os adenocarcinomas. Existem alguns fatores que aumentam a chance desses pólipos se transformarem em malignos como, por exemplo, o tamanho do pólipo, o tipo histológico, presença de displasia de alto grau, e seu número (VALARINI et al., 2011; ZANDONÁ et al., 2011).

A sobrevida do paciente com CCR está relacionada ao momento em que o tumor foi diagnosticado. Em 90% dos casos quando descoberto em fase assintomática a sobrevida é de cinco anos, se o tumor estiver restrito à parede intestinal é de 70% e 40% quando a doença não foi localizada (INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA, 2009).

O CCR na maioria das vezes aparece em pacientes acima de sessenta anos e apenas 20% acomete indivíduos com menos de cinquenta anos. Quando acomete os jovens, acredita-se que os tumores são mais agressivos, por isso quando descoberto, a doença já está em estágio avançado, com chance de cura diminuída e com um prognóstico ruim. Em relação à sobrevida, existem autores que citam que mesmo em pacientes jovens, a situação não é menos favorável quando comparada aos indivíduos de maior idade (CARNEIRO NETO et al., 2006; SCHELLERER et al., 2012; YOU et al., 2012).

Observou-se grande diferença da incidência de CCR no Brasil, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Essas variações regionais são caracterizadas pelas diferenças dietéticas e ambientais, somada à susceptibilidade genética (ZANDONÁ et al., 2011).

## 1.2 FATORES HEREDITÁRIOS

As condições hereditárias que estão relacionadas ao CCR são a polipose adenomatosa familiar (PAF) e suas variações, câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC) ou síndrome de Lynch, síndrome do adenoma plano, polipose MUTYH-associada, poliposes Hamartomatosas, síndrome de Peutz-Jegherse, polipose juvenil familiar e doença de Cowden (ASSIS, 2011).

O HNPCC (Síndrome de Lynch) aparece em 20% a 30% dos casos, o equivalente a 3% a 5% de todas as neoplasias colorretais, doença autossômica dominante, cinco vezes mais frequente que a PAF, e decorre de mutações em

genes que reparam o DNA. Indivíduos que herdam esta mutação tem aproximadamente 80% de chance de desenvolver CCR (LYNCH; LYNCH, 2000).

No HNPCC as neoplasias tendem a se localizarem no cólon direito divergindo da forma esporádica que aparece em pacientes em média com sessenta e cinco anos e se localizam em cólon esquerdo. A sobrevida do HNPCC em comparação com a forma esporádica é bem melhor devido à apresentação do tumor menos avançada (VASEN et al., 1991).

Com a ausência de sintomas no HNPCC, a história familiar é o método usado na identificação dos pacientes que estão em risco. Por isso o Grupo Colaborativo Internacional (GCI) criou os critérios de Amsterdam I para a triagem de famílias em risco. Para se identificar o HNPCC é necessário que tenha no mínimo três parentes com CCR, um paciente com a neoplasia precisa ser parente de primeiro grau dos outros dois, pelo menos um dos parentes com CCR com idade menor que cinquenta anos de idade, exclusão da PAF, duas ou mais gerações sendo acometidas pelo CCR sucessivamente e tumores que foram examinados histologicamente (VASEN et al., 1991).

Os critérios de Amsterdam I não incluíam familiares que apresentaram tumores extra-colônicos, então foi necessária a criação dos critérios de Amsterdam II (VASEN et al., 1991).

### 1.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

É importante ficar atento aos sinais e sintomas quando esses ocorrem, ou seja: sangramento retal, sangue presente nas fezes, alteração no formato das fezes, sensação de desconforto, cólica na parte inferior do estômago, grande perda de peso e ausência de peristaltismo (THE AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Quando o tumor está localizado no reto normalmente ocorre muito sangramento (MENDONÇA et al., 2008).

Quando há sintomas como alteração na função intestinal, como variação na consistência das fezes, dores abdominais e emagrecimento, normalmente, o quadro da doença já está avançado (SANTOS JUNIOR, 2008).

Normalmente o desenvolvimento do CCR é assintomático, mas podem ocorrer variações que dependem da localização do tumor. Quando localizado em cólon direito os sintomas são tardios, isso retarda o diagnóstico, e necessita de

tratamentos caros e está associado a um aumento da taxa de morbimortalidade (ALTENBURG; BIONDO-SIMÕES; BAHTEN, 2009; SANTOS JUNIOR, 2008).

Esses sintomas quando aparecem, dependem muito da localização do tumor no intestino. Quando estão localizados no cólon ascendente, os sintomas podem ser: dor no abdome, indigestão, perda de peso, anemia, melena e massa presente no quadrante inferior direito; no cólon transversal podem ser: constipação, plenitude abdominal, cólica abdominal, sangue oculto nas fezes, e, no cólon sigmoide podem ser: alteração no padrão intestinal, fezes finas, cólica, flatulência, sensação de evacuação incompleta, presença de sangue vivo nas fezes, dor retal, tenesmo, evacuação incompleta das fezes (WILKES; HARTSHORN, 2009).

Quando o CCR se encontra na região do cólon direito os sintomas normalmente demoram a aparecer, o que retarda o diagnóstico. Estudos mostram um aumento na mortalidade dos pacientes que foram diagnosticados tardiamente que necessitam de intervenções cirúrgicas de urgência (BORBA et al., 2011; SANTOS JUNIOR, 2008).

#### 1.4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

Nos programas de prevenção o exame de sangue oculto nas fezes associado aos questionários de sinais e sintomas tem se mostrado eficaz no rastreamento do CCR. Esse exame não apresenta riscos, seu custo é baixo, porém sua sensibilidade e especificidade não são altas e quando os resultados forem positivos fica necessário a complementação com outros exames como a colonoscopia (ALTENBURG; BIONDO-SIMÕES; BAHTEN, 2009; PEREZ et al., 2008).

A colonoscopia é considerada nos dias de hoje como exame inicial para rastreamento da população devido sua acurácia diagnóstica e poder terapêutico (ALTENBURG; BIONDO-SIMÕES; BAHTEN, 2009; ROSTIROLLA et al., 2009). Esse exame apresenta segurança para a visualização da mucosa do íleo terminal, do intestino grosso, faz análise de todas as lesões encontradas, possibilita a detecção e retirada de pólipos grandes, porém, é um exame de custo elevado, sua realização depende de sedação e é necessário um preparo intestinal bom para a visualização de todo o intestino (DRUCKER, 2009).

Os pólipos adenomatosos quando maiores que um cm podem se transformar em malignos em 10% dos casos em um período de dez anos. Por isso a

necessidade da retirada desses pólipos através de biópsia (exame que analisa minuciosamente fragmentos que são retirados do intestino através do exame de colonoscopia) assim que diagnosticados (DRUCKER, 2009).

O exame colonoscópico é indicado pelo médico aos pacientes que tenham pólipos adenomatosos, porém o tempo de intervalo das colonoscopias nos pacientes que foram submetidos à polipectomia ainda não é certo. Alguns autores acham necessários mais estudos para que se chegue a um consenso sobre o tempo ideal da realização desse exame (principalmente se esse paciente já teve CCR ou algum de seus familiares) (BATISTA et al., 2011; ROSTIROLLA et al., 2009; ZANDONÁ et al., 2011).

Outros autores citam que os pacientes devem ser estratificados de acordo com as características e número de cada pólipo retirado. Quando se retira pólipos hiperplásicos pequenos na região retal o rastreamento tem início aos cinquenta anos, da mesma forma que um paciente que não realizou nenhuma polipectomia. Quando retirado um ou dois pólipos adenomatosos tubulares de tamanho pequeno diagnosticado de displasia de baixo grau a colonoscopia é indicada de cinco a dez anos após a polipectomia. Quando retirado de três a quatro pólipos adenomatosos, algum deles com tamanho menor que um cm, diagnosticado de displasia de alto grau ou viloso a colonoscopia é indicada três anos após a polipectomia. Quando o número de pólipos for dez na mesma colonoscopia, fica indicado outro exame antes dos três anos (BATISTA et al., 2011; LEVIN et al., 2008; ROSTIROLLA et al., 2009; ZANDONÁ et al., 2011).

O sangramento digestivo, a mudança no hábito intestinal, a anemia crônica, a diarreia crônica, a pesquisa de tumor, o seguimento oncológico, o seguimento de pólipos e a doença inflamatória intestinal são outras indicações para a colonoscopia (BATISTA et al., 2011; ROSTIROLLA et al., 2009; ZANDONÁ et al., 2011).

O envelhecimento produz algumas mudanças nas células aumentando a chance delas se transformarem em malignas, além das células dos idosos terem sido expostas por mais tempo ao efeito dos agentes cancerígenos (BRASIL, 2012e). Por essa razão o *screening* (rastreamento) é recomendado em pacientes com idade maior ou igual que cinquenta anos para fim diagnóstico, pois é por meio dele que se pode detectar os pólipos adenomatosos que precisam ser retirados para reduzir a possibilidade de se transformarem em câncer (IMPERIALE et al., 2000).

Em outros países o rastreamento é planejado e visa diminuir o índice dessa neoplasia. No Brasil é necessário conhecer bem a população alvo para se organizar estratégias para o rastreamento do CCR, bem como estudar as melhores maneiras para a abordagem da população escolhida, se preocupar com o acompanhamento de pacientes que já foram tratados, e, agilizar diagnósticos e tratamentos.

O rastreamento pode ser realizado em qualquer nível de saúde do primário ao terciário, pois é prático, de fácil entendimento e importante na redução da mortalidade (DRUCKER, 2009; PEREZ et al., 2008).

### 1.5 FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

A incidência de casos de CCR tem aumentado no país, por isso é importante que existam programas que visem à importância do diagnóstico precoce da doença, porém, o sistema de saúde tem limitado esses programas devido ao seu alto custo, mesmo assim quando realizados são eficazes, na descoberta precoce dos tumores (ALTENBURG; BIONDO-SIMÕES; BAHTEN, 2009; LEVIN et al., 2008).

Ainda existem dificuldades de acesso aos ambulatórios de proctologia, gastroenterologia e exames como a colonoscopia, por isso, às vezes quando descoberta a neoplasia, essa já está em estágio avançado. A falta de escolaridade dos pacientes também acentua o problema, pois não percebem a necessidade da procura por uma avaliação médica; após terem notado os primeiros sintomas da doença, e mesmo quando o diagnóstico é relacionado com alguma síndrome hereditária (PAF ou HNPCC) ocorre grande dificuldade de adesão de todos os familiares que necessitam realizar o exame também (VALADÃO et al., 2008).

Existem dois tipos de prevenção do CCR, a primária e a secundária.

A prevenção primária mostra todos os fatores que favorecem o desenvolvimento do CCR, ao saber os fatores, pode ocorrer uma redução no risco do seu desenvolvimento. A prevenção secundária é caracterizada pelo rastreamento ou *screening* da neoplasia ou das lesões precursoras em pacientes sem sintomas, pois existe um intervalo entre o começo da lesão no intestino até chegar aos primeiros sintomas do câncer invasivo (DRUCKER, 2009).

Os pacientes são classificados por risco de desenvolvimento de CCR: baixo risco são os pacientes que apresentam idade inferior aos cinquenta anos e não tem nenhuma história familiar de CCR; risco médio quando apresentam idade igual ou

maior que cinquenta anos e nenhum outro fator de risco; risco aumentado quando os pacientes que já tiveram pólipos, CCR ou história familiar de CCR ou pólipos em parentes de 1º grau; pacientes de alto risco são os que apresentam doença inflamatória intestinal ou síndrome polipoide com critérios para HNPCC (VALADÃO et al., 2010).

A prevenção e a importância do diagnóstico precoce do CCR são bem difundidas, mesmo assim um grande número de pacientes tem o diagnóstico do câncer em estágio avançado, apresentam obstruções intestinais, perfurações e necessitam como medida inicial de tratamento intervenções cirúrgicas que pioram seu prognóstico (VALADÃO et al., 2010).

No Brasil ainda não existe uma igualdade para o acesso aos profissionais de saúde e especialistas que podem elucidar tudo sobre o CCR, por isso é de suma importância ressaltar através dos veículos de comunicação e dos clínicos gerais a importância do rastreamento para o câncer (VALADÃO et al., 2010).

Os fatores de risco relacionados diretamente à oncogênese já difundido na população são: alcoolismo e tabagismo, pois tem sua ação no DNA celular, contribuem para a malignização do tecido (BRASIL, 2012d).

Entretanto, passa despercebido o hábito alimentar. Pesquisas mostraram que os pacientes com baixa ingestão de frutas, cereais, vegetais e com alto consumo de carne vermelha e outros alimentos com gordura animal e gordura saturada (responsáveis por 66% a 75% dos casos de CCR) apresentaram-se mais propensos a desenvolver CCR (WORLD CÂNCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007).

A ingestão moderada de hortaliças e frutas apresenta ação protetora, devido ao alto padrão de nutrientes e outras substâncias que podem impedir a formação de carcinógenos, atuam na produção de anticarcinógenos, porém, ainda não se sabe qual é o determinante anticarcinogênico das hortaliças e frutas. (CHOW, 2010; GARÓFOLO et al., 2004).

As fibras alimentares também possuem efeito de proteção contra o CCR, mediante o exposto, o alto consumo de fibras na dieta pode proteger o organismo, quando consumidas aumentam o bolo fecal e diminui o tempo de trânsito intestinal, reduz o contato de substâncias cancerígenas com as células do intestino. Porém, existem estudos controversos que afirmam desconhecerem algum efeito que as

fibras possam ter na proteção contra o CCR (GARÓFOLO et al., 2004; KOJIMA et al., 2004; RYAN-HARSHMAN; ALDOORI, 2007).

O consumo elevado de gordura animal e carne vermelha pode aumentar o risco de desenvolver câncer intestinal. Existem várias hipóteses como a existência de ácidos graxos específicos presentes nesses alimentos e de algumas substâncias que são formadas quando a carne é submetida a alto grau de temperatura durante o preparo, como as aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos aromáticos por exemplo. O ferro também é encontrado na carne vermelha, esse mineral está diretamente relacionado à produção de radicais hidroxila e pode causar danos as células intestinais (CROSS; SINHA, 2004).

Squires et al. (2010) percebeu com sua pesquisa que carne em conserva (preservada na solução de salmoura) pode aumentar a chance do desenvolvimento de CCR.

O tabagismo também pode ser fator predisponente ao desenvolvimento de CCR devido aos carcinógenos encontrados no tabaco (WU et al., 2005). Existe uma correlação entre o cigarro e a formação de pólipos adenomatosos intestinais, que foram associados ao longo tempo de fumo (ZISMAN et al., 2006). Normalmente, fumantes não praticam atividades físicas e apresentam maus hábitos alimentares, deixa-os com predisposição às doenças crônicas como o CCR (CHOW, 2010).

A ausência de atividade física é reconhecida como fator para o risco de desenvolvimento de câncer do intestino. Quando se pratica exercício físico ocorre uma diminuição no risco de desenvolver câncer em 50%. Com a prática desses exercícios há um aumento do trânsito intestinal, diminui o contato dos carcinógenos com as células intestinais, pode variar os níveis de prostaglandinas, modifica o metabolismo de ácidos graxos e aumenta a imunidade do organismo, contribui para a manutenção do peso ideal e ajuda no bem estar físico (CHOW, 2010).

A obesidade também é fator de risco para o desenvolvimento de CCR, pois indivíduos obesos apresentam predisposição para a formação de pólipos adenomatosos que podem se transformar em malignos (COLDITZ; HUNTER, 2000).

## 1.6 TRATAMENTO

Os tratamentos das neoplasias são por meio de cirurgia, com terapias adjuvantes como a radioterapia, quimioterapia e terapia com agentes biológicos (ARNDT et al., 2004; KNOWLES et al., 1999; PAIVA, 2006).

O tratamento cirúrgico com finalidade curativa (quando ocorre à remoção completa do tumor primário) apresenta sucesso quando o CCR é diagnosticado no início, e é possível quando toda a extensão do câncer está sendo visualizada e pode ser removido quando as suas margens estão histologicamente livres de lesão, quando a finalidade é paliativa na intenção de reduzir o maior número de células neoplásicas possíveis ou controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida desse paciente (BRASIL, 2011b).

A radioterapia utiliza radiação ionizante a um tumor definido, causa poucos danos aos tecidos adjacentes, apresenta alguns efeitos colaterais como: irritação cutânea leve, diarreia, náuseas, irritação retal, urgência em defecar, irritação urinária, fadiga e problemas sexuais. Esses efeitos desaparecem totalmente após o fim do tratamento (THE AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

O tratamento quimioterápico tem função de impedir a multiplicação celular tumoral, mas agride também células normais do organismo, causa efeitos colaterais acentuados, devido sua toxicidade. O sistema nervoso é o mais afetado devido às características da divisão celular (MACHADO; SAWADA, 2008).

Os efeitos colaterais da quimioterapia são severos, problemas gastrointestinais, hematológicos, baixa contagem de células sanguíneas aumenta a chance de infecções, sangramentos, hemorragias e hematomas, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade renal e vesical, mucosite, alopecia, todos esses sintomas levam o paciente a se sentir incapaz de lutar pela vida (ANJOS; ZAGO, 2006; THE AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

## 1.7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A neoplasia é uma doença de âmbito mundial que causa um grande impacto na vida do paciente e sua família, desde a descoberta da doença até sua provável reabilitação (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Os pacientes acometidos com o CCR apresentam várias dificuldades como o relacionamento com familiares, trabalho, na vida social e produtiva, amigos e atividades sociais, devido ao tratamento necessário que o câncer requer. Podem ocorrer também alterações como desfiguração, dor, perda da autoestima, desconforto, dependência (ARNDT et al., 2004).

A comunicação entre o paciente, os familiares e a equipe de enfermagem é importante para a construção da confiança, e, é um meio de informação. Por meio disso, o enfermeiro pode prestar uma assistência de qualidade, facilitar o entendimento, auxiliar no enfrentamento da neoplasia e mostrar ao paciente que o processo de restabelecimento depende dele mesmo (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

O enfermeiro precisa oferecer apoio total à família do paciente, pois ela tem papel importante na assistência, dando suporte emocional quando necessário for e ajudá-lo nas várias etapas que passará (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Quando o diagnóstico é dado ao paciente a comunicação da equipe de enfermagem é importante para o paciente e sua família, na aceitação e convívio com a doença, nos momentos de sofrimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A importância da enfermagem em atuar junto ao paciente com câncer não é apenas ministrar de modo correto as medicações para o tratamento e suporte da dor, como também ajudá-lo no ponto de vista emocional a suportar e superar as fases que virão com o pós-diagnóstico, medidas que possam aliviar o sofrimento, controlar os sintomas e não se esquecer de também de apoiar e orientar os familiares (SALTZ; JUVER, 2008).

O cuidado efetivo com conhecimentos e experiências na equipe de enfermagem é fundamental para prestar uma boa assistência ao paciente. Com o dia-a-dia se adquire sabedoria melhorando o cuidado. A equipe multidisciplinar vem acrescentar nesse cuidado, por isso é importante a boa relação entre a equipe e procurar a cada dia mais conhecimento (GARGIULO et al., 2007).

O sucesso para o programa de prevenção (triagem) é a participação de um grande percentual da população (mais de 50%), pois é conhecido, que os pacientes que recusam participar do programa são exatamente aqueles em maior risco de desenvolver o CCR (GOULARD; BOUSSAC-ZAREBSKA; BLOCK, 2009).

Mediante ao exposto espera-se com os resultados deste estudo analisar as características sociodemográficas e clínicas, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, prática de exercícios físicos e sintomas abdominais de pacientes submetidos à colonoscopia.

## 2 JUSTIFICATIVA

No contexto das neoplasias, o CCR é muito frequente, e é considerada a quarta causa de óbitos, e, normalmente a metade dos pacientes acometidos com essa neoplasia morrem em menos de cinco anos, após o início do tratamento.

Existe uma ligação entre hábitos alimentares, hábitos de vida e neoplasia em questão, por isso manter hábitos saudáveis pode evitar o desenvolvimento dessa doença.

Os sinais e sintomas são de suma importância na detecção precoce dessa neoplasia. Por meio de métodos de triagem, com a indicação do exame de colonoscopia, ou seja, o exame para detectar o câncer de intestino, que quanto mais precoce for seu diagnóstico, maiores são as chances de sobrevida.

Diante disso, espera-se mostrar com esse trabalho a importância do exame de colonoscopia diante de qualquer sinal ou sintoma que ocorra.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características sociodemográficas e clínicas, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, prática de exercícios físicos e sintomas abdominais de pacientes submetidos à colonoscopia.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar os hábitos de vida dos pacientes submetidos à colonoscopia;
- 2) Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à colonoscopia;
- 3) Identificar os sintomas abdominais dos pacientes submetidos à colonoscopia;
- 4) Identificar os hábitos alimentares dos pacientes submetidos à colonoscopia;
- 5) Identificar a prática de atividades físicas dos pacientes submetidos à colonoscopia;
- 6) Identificar o uso de álcool e tabagismo dos pacientes submetidos à colonoscopia.
- 7) Identificar a incidência de CCR na população deste estudo.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudo transversal de abordagem quantitativa.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2012, no Ambulatório Maria da Glória (AMG) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), que atende várias especialidades; como serviços de endoscopia digestiva, ginecologia e obstetrícia, proctologia, cirurgia do aparelho digestivo, endocrinologia, ortopedia, urologia, gastroenterologia, pequena cirurgia, otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, patologia, pediatria, nefrologia, nutrição, atende adulto e crianças e está localizado em Uberaba, no estado de Minas Gerais, no ambulatório de Proctologia.

**Ambulatório de Proctologia:** os exames de Colonoscopia são realizados nas segundas e terças-feiras das 12h30min às 16h, onde são utilizados dois colonoscópios, com média de atendimento de 40 pacientes por mês. Os exames são realizados por dois residentes, supervisionados pelo professor da disciplina. Atendem homens e mulheres que passaram por consulta prévia da Proctologia no AMG às quintas-feiras à tarde, e realizaram o exame de colonoscopia apenas pacientes com indicação médica para o exame.

### 4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por 84 pacientes que foram submetidos ao exame Colonoscopia, no Ambulatório de Proctologia no AMG do HC/UFTM, no período de fevereiro a junho de 2012, que atenderam ao seguinte critério de inclusão: pacientes que foram realizar o exame de Colonoscopia no Ambulatório de Proctologia, de ambos os sexos e maiores de dezoito anos.

Informa-se que dentro do período de coleta um dos colonoscópios precisou de manutenção, o que desencadeou uma redução no número de exames.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

**Procedimento:** A coleta foi realizada antes do exame de colonoscopia com pacientes da Proctologia, em uma sala de espera reservada no AMG.

Para obtenção dos dados foram utilizados seis instrumentos: o questionário sociodemográfico e clínico, Teste de Dependência a Nicotina de Fagerstrom-TDN; Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool-AUDIT; Questionário internacional de atividade física - versão curta; Questionário de frequência alimentar e The Bowel Disease Questionnaire.

##### 4.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Foi elaborado para se obter as características sociodemográficas (nome, RG, endereço, naturalidade, procedência, cor, idade, sexo, escolaridade, estado civil) e clínicas dos sujeitos (queixa principal, diagnóstico de câncer, tratamento, história familiar e tabagismo) (APÊNDICE A).

##### 4.4.2 Teste de dependência à nicotina de Fagerstrom - TDN

Teste de Dependência a Nicotina de Fagerstrom - TDN foi desenvolvido e validado por Fagerstrom e Schneider (1989), apresenta alto nível de confiabilidade e validade e passou pelo processo de validação para a cultura brasileira por Carmo e Pueyo (2002), abordava os aspectos relacionados a dependência de nicotina. Esse instrumento avalia a detecção da nicotina entre sujeitos fumantes.

O TDN é constituído por seis questões: a primeira refere-se há quanto tempo depois de acordar o sujeito fica sem fumar o primeiro cigarro; a segunda aborda a dificuldade em se respeitar lugares que são proibidos o cigarro; a terceira, qual o cigarro do dia que traz maior satisfação ao sujeito; a quarta, o número de cigarros fumados por dia; a quinta, se o sujeito fuma mais no período matutino; a sexta, se mesmo enfermo o sujeito fuma (CARMO; PUEYO, 2002).

Esse instrumento vem acompanhado de instruções para pontuação de cada um de seus componentes. A pontuação global é determinada pela soma das seis questões, cada questão recebe uma pontuação estabelecida entre zero e três pontos. A pontuação máxima do instrumento é de 10 pontos. Os escores de 0 a 2

indicam grau de dependência a nicotina muito baixo, de 3 a 4 graus, baixo, 5 graus, médio, de 6 a 7 graus, elevado e de 8 a 10 graus, muito elevado de dependência a nicotina (CARMO; PUEYO, 2002) (ANEXO A).

#### **4.4.3 Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool - AUDIT**

Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) que identifica o uso de álcool nos diferentes níveis do serviço de saúde, foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980 e apresenta sensibilidade de 87,8% e especificidade de 81%.

O questionário avalia o consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses, e, é constituído por dez questões fechadas, três questões tratam sobre o uso de álcool, quatro sobre possível dependência e três sobre problemas que foram causados pelo consumo da bebida (BABOR et al., 2001).

O AUDIT é composto por 10 questões, cada uma com margem de 0 a 4 pontos, possibilita uma pontuação de 0 a 40. A pontuação que o sujeito atinge permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) - 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) - 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) - 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) - 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível orientar o sujeito a partir das respostas dadas, baseadas no padrão de consumo individual (MÉNDEZ, 1999) (ANEXO B).

#### **4.4.4 Questionário internacional de atividade física - versão curta**

A atividade física foi mensurada com a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que foi desenvolvido pela OMS. Originalmente o IPAQ aparece em diferentes línguas inclusive português do Brasil, sua reprodutibilidade e validade foi desenvolvida por Matsudo et al. (2001). O teste apresenta questões referentes ao nível de atividade física. Esse teste foi inicialmente aplicado em duas populações de idosos, um grupo que vivia na área urbana e outro na área rural (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004).

O IPAQ apresenta questões sobre atividade física realizada em uma semana, que variam de caminhada a atividade vigorosa, que tem duração mínima de 10 minutos. As atividades foram avaliadas em cinco categorias: transporte, trabalho, lazer, trabalho doméstico, e o tempo que passa sentado durante um dia da semana e um dia do final de semana (ANEXO C).

Os critérios empregados para a classificação basearam-se nas recomendações internacionais, pacientes que apresentavam valores de 0 a 149 minutos com atividades físicas foram caracterizados com insuficientemente ativo (inatividade física), e aqueles acima de 150 minutos ou mais, considerados ativos (suficientemente ativos) (PATE et al., 1995).

#### **4.4.5 Questionário de frequência de consumo alimentar**

Questionário de frequência de consumo alimentar (QFA) foi validado e desenvolvido por Sichieri e Everhart (1998) e passou pelo processo de adaptação para a cultura brasileira por Ribeiro et al. (2006) é utilizado para avaliar o consumo alimentar.

O instrumento é ordenado em sete grupos alimentares: cereais e leguminosas, óleos e gorduras, sobremesas e petiscos, carnes e ovos, leites e derivados, hortaliças e frutas e bebidas. As bebidas serão incluídas sucos industrializados e refrigerantes. O suco natural está incluído no grupo das frutas (RIBEIRO et al., 2006).

As avaliações dos dados serão feitos por meio de tabela de medidas caseiras, e os cálculos a partir do consumo diário de cada item. Será relacionada também a frequência de consumo de cada alimento, transformando para a base-dia (RIBEIRO et al., 2006).

Os macros (carboidratos, lipídios e proteínas) e micronutrientes (vitaminas A, C, zinco, ferro e cálcio), fibras dietéticas, colesterol e valor energético total serão calculados as ingestões absolutas através do programa Virtual Nutri (RIBEIRO et al., 2006) (ANEXO D).

#### 4.4.6 Questionário sobre sintomas abdominais

Questionário sobre sintomas abdominais passou pelo processo de tradução e adaptação para a cultura brasileira por Aires (2003) é utilizado para avaliar distúrbios gastrointestinais funcionais, “*The Bowel Disease Questionnaire*”, foi desenvolvido e criado por Talley et al. (1989).

O instrumento é composto em sua totalidade por 71 itens que abordam os hábitos intestinais, eles distribuídos da seguinte forma: a primeira e a segunda avaliam hábitos intestinais; a terceira verifica o número de evacuações por semana; a quarta avalia a necessidade de uso de laxantes; a quinta se o sujeito encontrou muco nas fezes; a sexta e sétima frequência de evacuações; oitava se existe necessidade de realização de força para evacuar; nona e décima consistência das fezes; décima primeira e décima segunda frequência da necessidade de evacuação; décima terceira presença de sangue nas fezes; e, as demais questões são referentes ao sangue quando presente nas fezes (AIRES, 2003) (ANEXO E).

#### 4.5 VÁRIÁVEIS DO ESTUDO

- 1) Questionário sociodemográfico e clínico:
  - a) Sexo (masculino e feminino)
  - b) Cor (branco, moreno, negro, outro)
  - c) Estado civil (solteiro, casado, divorciado, outro)
  - d) Escolaridade (1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo, superior completo, outro)
  - e) Queixa principal (dor abdominal, distensão abdominal, tenesmo, emagrecimento, hematêmese, melena, hematoquezia, diarreia, frequência, volume, sangue/pus/muco, outro)
  - f) Diagnóstico de câncer (sim, não)
  - g) Tipologia do câncer (melanoma, carcinoma, adenocarcinoma, outro, região do corpo, data do diagnóstico do câncer)
  - h) Tratamento (cirúrgico, quimioterapia, radioterapia)
  - i) História familiar (neoplasia de cólon e reto, parentesco 1º, 2º, 3º grau)
  - j) Tabagismo (sim, não, ex-tabagista)

- 2) Questionário de dependência a nicotina de Fagerstrom-TDN:
  - a) Frequência
  - b) Dificuldade
  - c) Satisfação
  - d) Quantidade
  
- 3) AUDIT- Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool:
  - a) Frequência
  - b) Dificuldade
  - c) Satisfação
  - d) Quantidade
  
- 4) Questionário internacional de atividade física – versão curta:
  - a) Frequência caminhada
  - b) Frequência moderada
  - c) Frequência vigorosa
  
- 5) Questionário de frequência de consumo alimentar (QFA):
  - a) Consumo de leite e derivados
  - b) Consumo de carnes e ovos
  - c) Consumo de óleos
  - d) Consumo de petiscos e enlatados
  - e) Consumo de cereais / leguminosas
  - f) Consumo de hortaliças e frutas
  - g) Consumo de sobremesas e doces
  - h) Consumo de bebidas
  - i) Consumo de diet e light
  
- 6) Questionário sobre sintomas abdominais:
  - a) Frequência
  - b) Medicações
  - c) Intensidade
  - d) Características

#### 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Compromissados com o respeito e cuidado ético aos participantes deste estudo e, ainda, com bases nas diretrizes regulamentadoras na resolução 196/96 das pesquisas com seres humanos, este estudo foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da UFTM e foi aprovado sob o protocolo nº 1917 (ANEXO F).

Para a entrevista, foi solicitada aos pacientes a anuência para participação no estudo, após esclarecimento sobre o tema, objetivo e finalidade do estudo, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Foi solicitada, por escrito, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO G).

#### 4.7 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DE DADOS

Para o gerenciamento dos dados foi criada uma base no programa *Microsoft Excel®*; em seguida os mesmos foram transportados para o programa “*Statistical Package for The Social Sciences*” (SPSS).

Para o alcance dos objetivos foi realizada análise descritiva a partir de frequências absolutas, percentuais e médias. Os resultados serão apresentados em forma de tabelas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população deste estudo constituiu-se por 84 pacientes submetidos ao exame de colonoscopia no período de fevereiro a junho de 2012.

#### 5.1.1 Características sociodemográficas

A idade em média da população foi de 52,55 anos, e variou de 20 a 85 anos, e, a faixa etária acima de 50 anos foi a prevalente com 50 (59,2%) pacientes.

Neste estudo, a média de idade corrobora com outros estudos relacionados à neoplasia colorretal (ATTOLINI; GALLON, 2010; AZEVEDO; DAL BOSCO, 2011; BATISTA et al., 2011; MACHADO; SAWADA, 2008; PETROIANU et al., 2009; VALARINI et al., 2011; ZANDONÁ et al., 2011).

Observou-se que a faixa etária de 50 anos foi a que mais realizou o exame de colonoscopia sendo oito (9,5%) pacientes. A maioria dos pacientes é da cidade de Uberaba, 66 (78,6%) pacientes.

O sexo feminino foi o que mais realizou a colonoscopia 59 (70,2%) pacientes.

Em outros estudos sobre esse tema também apresentaram prevalência no sexo feminino (ALTENBURG; BIONDO-SIMÕES; BAHTEN, 2009; BATISTA et al., 2011; MACHADO; SAWADA, 2008; PETROIANU et al., 2009; ROSTIROLLA et al., 2009; ZANDONÁ et al., 2011).

A cor predominante foi branca com 52 (61,9%) exames realizados.

O estado civil casado foi o que mais apareceu com 36 (42,9%) pacientes.

O grau de escolaridade de maior frequência foi o 1º grau incompleto com 45 (53,6%) pacientes, conforme tabela 1.

No estudo de Machado e Sawada (2008) com uma amostra de 21 pacientes entrevistados, 15 (71,4%) viviam em união consensual e 14 (66,6%) apresentaram baixa escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao exame de Colonoscopia. Uberaba-MG, 2012.

Variáveis		n	%
Idade	De 20 a 49 anos	34	40,8
	Acima de 50 anos	50	59,2
Procedência	Uberaba	66	78,6
	Outras cidades	18	21,4
Sexo	Feminino	59	70,2
	Masculino	25	29,8
Cor	Branco	52	61,9
	Moreno	22	26,2
	Negro	9	10,7
	Não respondeu	1	1,2
Estado civil	Solteiro	22	26,2
	Casado	36	42,9
	Divorciado	10	11,9
	Outro	16	19,0
Escolaridade	1º Grau Incompleto	45	53,6
	1º Grau Completo	13	15,5
	2º Grau Completo	9	10,7
	Superior Completo	5	6,0
	Outro	11	13,1
	Não respondeu	1	1,2

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

### 5.1.2 Características clínicas

As principais queixas referidas que levaram a indicação do exame de colonoscopia para os pacientes foram: dor abdominal 39 (46,4%), distensão abdominal oito (9,5%), tenesmo um (1,2%), emagrecimento 11 (13,1%), hematêmese dois (2,4%), melena dez (11,9%), diarreia 19 (22,6%) e a hematoquezia foi um sintoma que não apareceu em nenhum dos 84 pacientes entrevistados.

No estudo realizado por Santos et al. (2008) que analisou pólipos colorretais em exames colonoscópicos, evidenciou-se o sintoma de hematoquezia, o que não ocorreu neste estudo.

Em relação às outras queixas citadas, estudos corroboraram com alguns resultados encontrados nesta pesquisa como; dor abdominal, tenesmo, emagrecimento, melena, diarreia, dor anal, sangue vivo nas fezes, sangramento

anal, constipação intestinal, vômitos e fístula (AZEVEDO; DAL BOSCO, 2011; BATISTA et al., 2011; RÊGO et al., 2012; SANTOS et al., 2008; VALADÃO et al., 2010).

Os pacientes relataram outras causas para a realização da colonoscopia como: dor anal um (1,2%), sangue vivo nas fezes quatro (4,8%), fístula anal dois (2,4%), abscesso abdominal um (1,2%), retorno à consulta um (1,2%), sangramento anal um (1,2%), hemorroida quatro (4,8%), tumoração anal um (1,2%), doença de Chron dois (2,4%), pós-operatório de tumor intestinal um (1,2%), *screening* (rastreamento) dois (2,4%), constipação intestinal quatro (4,8%), vômito dois (2,4%).

Não foram encontrados em outros estudos, a distensão abdominal, hematêmese, abscesso abdominal, retorno à consulta, hemorroida, tumoração anal, doença de Chron, pós-operatório de tumor intestinal e *screening* (rastreamento) como causas que levaram a realização do exame de colonoscopia.

Os pacientes que já tiveram algum câncer prévio foram 14 (16,7%), e o tipo de câncer que apareceu foi o adenocarcinoma com seis (7,1%).

Quanto aos tratamentos, o cirúrgico apresentou 12 (14,3%) pacientes, o quimioterápico cinco (6%) e o radioterápico com três (3,6%).

O estudo de Rêgo et al. (2012), relata o tratamento radioterápico como o tratamento de escolha de 505 (70,04%) dos pacientes entrevistados, o que divergiu deste trabalho que o tratamento mais citado foi o cirúrgico.

O número de pacientes com história familiar de neoplasia colorretal foi 18 (21,4%) e com parentesco de 1º grau 17 (20,2%).

Em relação à história familiar alguns estudos relataram também a história familiar de neoplasia colorretal (PETROIANU et al., 2009; ZANDONÁ et al., 2011).

Neste estudo cinco (6%) pacientes apresentaram neoplasia colorretal, o que diverge com o estudo de Batista et al. (2011), com um total de 493 colonoscopias realizadas, 464 (94,2%) apresentaram diagnóstico positivo para o CCR.

Dos 84 pacientes entrevistados, apenas 17 (21,4%) eram tabagistas, como mostram as tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis clínicas dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia I. Uberaba-MG, 2012.

Variáveis		n	%
<b>Queixa principal</b>			
Dor abdominal	Sim	39	46,4
	Não	44	52,4
	Não respondeu	1	1,2
Distensão abdominal	Sim	8	9,5
	Não	75	89,3
	Não respondeu	1	1,2
Tenesmo	Sim	1	1,2
	Não	82	97,6
	Não respondeu	1	1,2
Emagrecimento	Sim	11	13,1
	Não	72	85,7
	Não respondeu	1	1,2
Hematêmese	Sim	2	2,4
	Não	81	96,4
	Não respondeu	1	1,2
Melena	Sim	10	11,9
	Não	73	86,9
	Não respondeu	1	1,2
Hematoquezia	Sim	0	0
	Não	83	98,8
	Não respondeu	1	1,2
Diarreia	Sim	19	22,6
	Não	64	76,2
	Não respondeu	1	1,2
Outros sintomas:		57	67,9
	Não respondeu	1	1,2
	Dor anal	1	1,2
	Sangue vivo nas fezes	4	4,8
	Fístula anal	2	2,4
	Abcesso abdominal	1	1,2
	Retorno à consulta	1	1,2
	Sangramento anal	1	1,2
	Hemorroida	4	4,8
	Tumoração anal	1	1,2
	Doença de Chron	2	2,4
	P.O. de retirada de tumor intestinal	1	1,2
	Screening	2	2,4
	Constipação Intestinal	4	4,8
	Vômito	2	2,4

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Tabela 3 - Distribuição da frequência das variáveis clínicas dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia II. Uberaba-MG, 2012.

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Queixa principal</b>			
Tipo de câncer	Adenocarcinoma	6	7,1
	Outro	5	6,0
	Caso não tenha tido nenhum câncer	70	83,3
	Não respondeu	3	3,6
Tratamento cirúrgico	Sim	12	14,3
	Não	72	85,7
Tratamento quimioterápico	Sim	5	6,0
	Não	79	94,0
Tratamento radioterápico	Sim	3	3,6
Hist. familiar de neoplasia intestinal	Sim	18	21,4
	Não	65	77,4
	Não respondeu	1	1,2
História familiar	Parentesco 1°	17	20,2
	Parentesco 2°	3	3,6
	Parentesco 3°	0	0
	Caso não tenha nenhuma história familiar de CCR	62	73,8
	Não respondeu	2	2,4
Diagnóstico atual de CCR	Sim	5	6
	Não	78	92,9
	Não respondeu	1	1,2
Tabagismo	Sim	17	20,2
	Não	45	53,6
	Ex-tabagista	21	25,0

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

### 5.1.3 Aspectos relacionados ao tabagismo: resultado do Teste de Nicotina

A dependência de nicotina dos fumantes foi analisada pela escala de Fagerstrom. Dos 84 pacientes, 17 (20,2%) eram fumantes, 45 (53,6%) não fumantes e 21 (25%) ex-tabagistas. Destaca-se que dez (12%) pacientes apresentaram grau de dependência de nicotina muito baixo (0-2 pontos), sete (8,4%) grau baixo (TABELA 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes submetidos à Colonoscopia segundo o grau de dependência de nicotina e escore de Fagerstrom. Uberaba-MG, 2012.

<b>Escore</b>	<b>Grau de dependência de nicotina</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 a 2	Muito baixo	10	12
3 a 4	Grau baixo	7	8,4
5	Grau médio	0	0
6 a 7	Grau elevado	0	0
8 a 10	Grau muito elevado	0	0

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Quanto ao tabagismo neste estudo, dos 84 entrevistados, 17 (11,11%) fumavam, o que corrobora com a pesquisa de Petroianu et al. (2009) na qual 153 adultos entrevistados, ou seja, 17 (11,11%) eram fumantes.

Esta pesquisa diverge de outro estudo no qual os resultados encontrados, ou seja, seis (8,60%) pacientes tabagistas, sendo que o total de participantes da pesquisa era 70 pessoas (FORTES et al., 2007). Vale salientar que no mesmo estudo foram encontrados 47 (67,10%) não tabagistas e 17 (24,30%) ex-tabagistas, o que se assemelha com este estudo.

#### 5.1.4 Aspectos relacionados ao etilismo: resultado da dependência do álcool

Dos 84 sujeitos entrevistados, 58 (69%) não consumiam bebida alcoólica, 26 (31%) apresentaram pontuação inferior a oito pontos, que indica baixo risco para o consumo de álcool o que está exposto na tabela 5.

Tabela 5 - Classificação dos pacientes submetidos à colonoscopia segundo a classificação do uso de álcool e escore do AUDIT. Uberaba-MG, 2012.

<b>Escore</b>	<b>Classificação do uso de álcool</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Zona I - 0 a 7 pontos	Baixo risco	26	31
Zona II – 8 a 15 pontos	Uso de risco	0	0
Zona III – 16 a 19 pontos	Uso nocivo	0	0
Zona IV – 20 a 40 pontos	Possível dependência	0	0

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação ao etilismo, os resultados encontrados por Fortes et al. (2007); Attolini e Gallon (2010) foram oito (11,40%) de um total de 70 entrevistados e um (5%) de 20 pacientes que participaram da pesquisa respectivamente, consumiam bebida alcoólica. Já o estudo de Petroianu et al. (2009) de uma amostra de 153 pessoas, 49 (32,02%) pacientes afirmaram que bebiam.

### 5.1.5. Aspectos relacionados à atividade física

Em relação à atividade física, foi encontrada uma prevalência de 12 (14,3%) pacientes classificados ativos e 71 (84,5%) insuficientemente ativos.

Na tabela 6 estão apresentadas as variáveis relacionadas à atividade física.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis relacionadas à atividade física. Uberaba-MG, 2012.

<b>Escore</b>	<b>Classificação de atividade física</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
De 0 a 149 minutos	Suficientemente ativo	12	14,3
De 150 ou mais minutos	Insuficientemente ativo	71	84,5

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

No trabalho de Fortes et al. (2007) o qual analisou uma população de 70 pacientes, a prática de atividade física era realizada por 50 (71,43%) o que diverge desta pesquisa, que apenas 12 (14,3%) realizavam atividade física, porém, corrobora com este estudo, quando cita a relação existente entre a inatividade física com o tabagismo, ou seja, dos 70 entrevistados quatro (66,70%) tabagistas não praticavam exercício físico.

### 5.1.6. Aspectos relacionados à frequência de consumo alimentar

Os grupos alimentares apresentam vários alimentos diferentes, porém serão citados os alimentos mais relevantes e de maior prevalência para esta pesquisa segundo a literatura.

#### 5.1.6.1. Leite e derivados

De acordo com o questionário aplicado, podem-se determinar qualitativamente os alimentos mais consumidos.

O grupo do leite e derivados é dividido em: leite desnatado ou semidesnatado, leite integral, iogurte, queijo branco, queijo amarelo e requeijão.

Quanto à alimentação de leite e derivados, o leite integral foi o que prevaleceu. A frequência consumida de uma vez ao dia foi citada por 16 (19%)

pacientes e dos 84 pacientes entrevistados 42 (50%) raramente consumiam leite integral e apenas um (1,2%) dos pacientes não respondeu a questão.

O queijo amarelo (muçarela ou o queijo prato) foi consumido uma vez ao dia por 13 (15,5%) pacientes e os que raramente consumiam queijo amarelo são 36 (42,9%) pessoas (TABELA 7).

Tabela 7 - Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de leite e derivados (leite integral e queijo amarelo). Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Leite integral	16	19	11	13,1	3	3,6	6	7,1	2	2,4	3	3,6	42	50
Queijo amarelo	13	15,5	3	3,6	5	6	7	8,3	11	13,1	9	10,7	36	42,9

\*Raramente ou nunca. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação ao leite e seus derivados os resultados deste trabalho diverge com outro trabalho que apresentava um total de 70 entrevistados, e desses 68 (97,10%) consumiam esse grupo alimentar, o que não apareceu nesta pesquisa (FORTES et al., 2007).

#### 5.1.6.2. Carnes

Os principais tipos de carne que foram abordadas no estudo foram: carne de boi, porco, frango, peixe (sardinha ou atum) e embutidos (salsicha, linguiça, fiambre, salame, presunto, mortadela).

Quanto aos pacientes que citaram a carne de boi, 19 (22,6%) pacientes relataram que ingerem duas ou mais vezes ao dia, e 16 (19%) pessoas, cinco a seis vezes por semana.

Vários trabalhos citam a relação existente entre o consumo da carne de boi com o CCR (NAYAK et al., 2009; ZANDONAI; SONOBE, SAWADA, 2012). Nesta pesquisa percebeu-se que 19 (22,6%) dos entrevistados consumiam a carne vermelha mais de uma vez ao dia.

A carne de porco é consumida por 13 (15,5%) pacientes uma vez por semana e 13 (15,5%) de uma a três vezes por semana respectivamente.

O estudo de Fortes et al. (2007) citou que não foi relatado por nenhum entrevistado o consumo de carne de porco o que diverge desta pesquisa, o consumo é baixo mas houve relato.

Em relação à carne de frango, dez (11,9%) entrevistados relataram o consumo diário da carne e 28 (33,3%) dos pacientes consumiam uma vez ao mês a carne de frango.

O estudo realizado por Fortes et al. (2007) apresentou uma população de 70 pessoas, observou-se que o consumo diário da carne de frango era de quatro (5,70%) o que difere dos valores encontrados neste trabalho.

No questionário, o peixe pode ser fresco, atum ou sardinha. Uma a três vezes ao mês, o consumo é relatado por 24 (28,6%) pacientes, e raramente 43 (51,2%) pessoas neste estudo comiam peixe fresco.

Em relação ao consumo do peixe, Nayak et al. (2009) mostrou que o consumo de peixe diminui o risco do desenvolvimento de neoplasia colorretal quando comparados a pessoas que raramente consumiam algum tipo de peixe.

Os alimentos embutidos são a salsicha, o fiambre, o salaminho, presunto, mortadela e a linguiça. A frequência de uma a três vezes ao mês de consumo dos embutidos foi citada por 20 (23,8%) pacientes e 58 (69%) pessoas raramente ou nunca consumiam alimentos embutidos (TABELA 8).

Os embutidos são alimentos quando ingeridos regularmente contém agentes cancerígenos, que são produtos que ajudam na sua conservação e podem levar ao desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2011a).

Tabela 8 - Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de embutidos. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carne de boi	15	17,9	19	22,6	16	19	15	17,9	8	9,5	2	2,4	9	10,7
Carne de porco	6	7,1	6	7,1	3	3,6	13	15,5	14	16,7	13	15,5	29	34,5
Carne de frango	10	11,9	7	8,3	3	3,6	20	23,8	28	33,3	6	7,1	10	11,9
Peixe Fresco	5	6	3	3,6	1	1,2	3	3,6	5	6	24	28,6	43	51,2
Embutidos (presunto, salaminho, salsicha, fiambre, salame, linguiça)	2	2,4	1	1,2	0	0	0	0	3	3,6	20	23,8	58	69

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

### 5.1.6.3. Óleos

Os óleos são subdivididos em: azeite, molho para salada, manteiga, margarina e maionese, porém os mais citados foram o bacon ou toucinho e a manteiga. Uma vez ao dia 20 (23,8%) pessoas comem toucinho e 48 (57,1%) pacientes raramente consumiam esse alimento.

A manteiga foi consumida uma vez ao dia por 24 (28,6%) pacientes e 34 (40,5%) dos pacientes não ingeriam o alimento em questão (TABELA 9).

Tabela 9 - Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de óleos. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bacon	20	23,8	2	2,4	4	4,8	3	3,6	3	3,6	4	4,8	48	57,1
Manteiga	24	28,6	5	6	5	6	9	10,7	4	4,8	3	3,6	34	40,5

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação ao grupo dos óleos, o estudo de Fortes et al. (2007) com um total de 70 pacientes que participaram da pesquisa, 67 (95,70%) dos entrevistados afirmaram o consumo de algum tipo de óleo ou gordura 51 (72,85%) consumiam gordura vegetal e 16 (22,85%) relataram consumir gordura animal, o que diverge com nossos achados.

#### 5.1.6.4. *Petiscos e enlatados*

O grupo petiscos e enlatados foi dividido em snacks (batata frita), sanduíches, pizzas, esfihas, salgadinhos, amendoim e enlatados como, por exemplo: milho, ervilha, palmito e azeitona. Os snacks foram relatados por dois (2,4%) pacientes que ingeriam esse alimento uma vez ao dia, de cinco a seis vezes por semana, apenas um (1,2%) pessoa, 14 (16,7%) pacientes consumiam o alimento em questão uma vez por semana, a frequência de consumo de uma a três vezes ao mês foi relatada por 31 (36,%) entrevistados e 36 (42,9%) de pacientes nunca consumiam snacks ou batata frita.

Os sanduíches, pizza, esfihas, salgadinhos e amendoim são consumidos por quatro (4,8%) pacientes, uma vez ao dia, duas vezes ou mais por dia, de cinco a seis vezes por semana o consumo foi citado por um (1,2%) pessoa respectivamente, três (3,6%) entrevistados relatam ingerir esse grupo de alimentos de duas a quatro vezes na semana, uma vez por semana 14 (16,7%) pessoas, de uma a três vezes por mês, 20 (23,8%) e raramente 41 (48,8%) pacientes consumiam os alimentos citados.

Em relação aos alimentos enlatados, 61 (72,6%) pessoas negaram seu consumo, em contra partida 15 (17,9%) dos pacientes relatam o consumo desses alimentos de duas ou mais vezes ao dia; uma vez ao dia o consumo é de dois (2,4%) pacientes; de cinco a seis vezes na semana, e, de uma a três vezes ao mês, foram três (3,6%) pessoas, respectivamente, que comeram enlatados (TABELA 10).

Tabela 10 - Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de petiscos e enlatados. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Snacks	2	2,4	0	0	1	1,2	0	0	14	16,7	31	36,9	36	42,9
Sanduíches, pizza, esfihas, salgadinhos, cheetos e amendoim	4	4,8	1	1,2	1	1,2	3	3,6	14	16,7	20	23,8	41	48,8
Enlatados	2	2,4	15	17,9	3	3,6	0	0	0	0	3	3,6	61	72,6

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

#### 5.1.6.5. Cereais e Leguminosas

Os cereais e as leguminosas são: arroz integral, arroz polido, pão integral, pão francês/forma, biscoito salgado, biscoito doce, bolos, macarrão e feijão.

O arroz integral aparece com 28 (33,3%) pessoas que relataram que consumiam esse alimento de cinco a seis vezes na semana e 32 (38,1%) entrevistados negaram seu consumo.

O pão integral é um cereal que é consumido por 31 (36,9%) pessoas todos os dias e de duas ou mais vezes durante o dia, 18 (21,4%) pacientes relataram seu consumo. Cabe ressaltar que apenas um (1,2%) dos entrevistados não respondeu a essa questão.

O macarrão quando questionado seu consumo, 20 (23,8%) pessoas relataram ser diário e 37 (44%) pacientes relataram o consumo de duas ou mais vezes ao dia.

No estudo de Fortes et al. (2007), dos 70 entrevistados, 61 (87,10%) do total afirmaram consumir de cinco a nove porções diárias do grupo de cereais.

Observou-se que o feijão é consumido por 22 (26,2%) pacientes uma vez ao dia e de duas a quatro vezes na semana seu consumo é referido por 17 (20,2%) dos entrevistados. Apenas um (1,2%) paciente não respondeu a questão (TABELA 11).

O consumo de leguminosas foi relatado por Fortes et al. (2007) quando citou que 43 (61,40%) dos entrevistados consumiam menos de uma porção por dia de leguminosa o que difere com estes achados que uma vez ao dia 22 (26,2%) comiam a leguminosa em questão.

Tabela 11 - Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de cereais/ leguminosas. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/ N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz integral	16	19	28	33,3	7	8,3	1	1,2	0	0	0	0	32	38,1
Pão integral	31	36,9	18	21,4	3	3,6	11	13,1	3	3,6	2	2,4	15	17,9
Macarrão	20	23,8	37	44	14	16,7	4	4,8	0	0	0	0	9	10,7
Feijão	22	26,2	12	14,3	11	13,1	17	20,2	10	11,9	1	1,2	10	11,9

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

#### 5.1.6.6. Hortaliças e frutas

Em relação ao grupo das folhas cruas, 22 (26,2%) dos pacientes entrevistados negam sua ingestão e 13 (15,5%) comiam de duas a quatro vezes na semana.

As folhas refogadas fazem parte da alimentação de 14 (16,7%) pessoas, uma vez por dia e raramente 24 (28,6%) pessoas ingerem o alimento em questão.

Verificou-se que o consumo das hortaliças cruas era raro por 26 (31%) pacientes. As hortaliças cozidas são consumidas e dez (11,9%) pacientes alegaram seu consumo uma vez ao dia e 19 (22,6%) entrevistados negaram o consumo.

O grupo dos tubérculos é subdividido em cará, mandioca, batata e inhame. Uma vez ao dia o consumo desses alimentos foi afirmado por 22 (26,2%) entrevistados. O número de pacientes que nunca consumiam esse grupo alimentar é de 18 (21,4%).

Em relação às hortaliças, o estudo de Fortes et al. (2007) diverge com o este estudo, pois 68 (97,10%) de 70 entrevistados consumiram hortaliças menos de quatro porções ao dia.

Em relação às frutas, apenas um (1,2%) dos entrevistados não respondeu a questão. O número de pacientes que nunca consumiram nenhum tipo de fruta são 41 (48,8%), uma vez ao dia e, de uma a três vezes ao mês 17 (20,2%) pessoas consumiam algum tipo de fruta.

Alguns estudos relataram que o consumo diário de frutas ajuda na prevenção de doenças, pois, contém vitaminas, nutrientes, minerais e fibras que podem proteger contra o câncer (SCHNEIDER et al., 2007).

No estudo de Fortes et al. (2007), o consumo de frutas diverge deste estudo pois, foram encontrados 45 (64,30%) (n total= 70) de consumo diário de uma a duas porções de fruta (TABELA 12).

Tabela 12 - Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de hortaliças e frutas. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Folha crua	9	10,7	9	10,7	11	13,1	13	15,5	11	13,1	9	10,7	22	26,2
Folha refogada	14	16,7	11	13,1	11	13,1	13	15,5	6	7,1	5	6	24	28,6
Hortaliça crua	14	16,7	8	9,5	9	10,7	13	15,5	8	9,5	6	7,1	26	31
Hortaliça cozida	10	11,9	7	8,3	5	6	13	15,5	18	21,4	12	14,3	19	22,6
Tubérculos	22	26,2	11	13,1	10	11,9	12	14,3	4	4,8	7	8,3	18	21,4
Frutas	5	6	0	0	1	1,2	6	7,1	13	15,5	17	20,2	41	48,5

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

#### 5.1.6.7. Sobremesas e doces

As sobremesas e os doces são divididos em sorvete, tortas, geleia, doces/balas, chocolates/achocolatados e bombons.

Os doces mais citados foram os chocolates/achocolatados e bombons, uma vez ao dia 20 (23,8%) relataram seu consumo e 23 (27,4%) afirmaram nunca comerem doces (TABELA 13).

Tabela 13 - Classificação das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de sobremesas e doces. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA												R/N	
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Chocolate/achocolatado bombom	20	23,8	32	38,1	7	8,3	1	1,2	1	1,2	0	0	23	27,4

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Neste estudo foram encontrados 23 (27,4%) dos pacientes que não consumiam chocolates, porém no estudo de Fortes et al. (2007) de um total de 70 pacientes, sete (10%) negaram o consumo e 37 (52,90%) consumiam menos de

uma porção diária, o que diverge com desta pesquisa em que 20 (23,8%) dos pacientes consumiram diariamente o alimento em questão.

#### 5.1.6.8. Bebidas

O grupo das bebidas são os cafés com e sem açúcar, os sucos naturais com e sem açúcar, suco artificial com e sem açúcar e refrigerante normal.

O café sem açúcar é ingerido pelo menos uma vez ao dia por 13 (15,5%) pacientes e raramente 36 (42,9%) pacientes consumiam tal bebida.

Em estudo encontrado dos 70 pacientes entrevistados 64 (91,40%) ingeriam café. Desses, 11 (15,70%) consumiam menos de uma xícara diariamente, e corroboraram assim os dados da literatura com este estudo (FORTES et al., 2007).

O próximo item a ser citado é o suco natural sem adição de açúcar, 49 (58,3%) entrevistados negaram seu consumo (TABELA 14).

Tabela 14 - Distribuição das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de bebidas. Uberaba-MG, 2012.

PRODUTOS	FREQUÊNCIA													
	1 vez por dia		2 ou mais vezes por dia		5 a 6 vezes por semana		2 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		1 a 3 vezes por mês		R/N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Café sem açúcar	13	15,5	10	11,9	5	6	9	10,7	6	7,1	5	6	36	42,9
Suco natural sem açúcar	12	14,3	4	4,8	9	10,7	6	7,1	2	2,4	2	2,4	49	58,3

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

#### 5.1.7. Aspectos relacionados aos sintomas abdominais

O questionário sobre os sintomas abdominais apresenta várias questões, porém serão demonstradas apenas as questões que são mais relevantes para a nossa pesquisa.

Neste estudo os pacientes que apresentaram alguma dor ou pontada na barriga nos últimos 12 meses foram 62 (73,8%) (TABELA 15).

Tabela 15 - Distribuição das variáveis relacionadas aos sintomas abdominais (dor na barriga). Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	62	73,8
Não	22	26,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

A dor abdominal esteve presente em vários estudos que corroboram com o resultado encontrado na nesta pesquisa. No estudo de Batista et al. (2011) foram pesquisados 493 laudos, desses 19 (3,9%) apresentaram relatos de dor abdominal e no trabalho de Santos et al. (2008) dentre as 3491 colonoscopias realizadas, o sintoma de dor abdominal apareceu em 734 (21,03%).

Os hábitos de evacuação modificaram no último ano para 49 (58,3%) pacientes entrevistados (TABELA 16).

Tabela 16 - Classificação das variáveis relacionadas aos hábitos de evacuar. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	49	58,3
Não	34	40,5
Não respondeu	1	1,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação aos hábitos de evacuação 27 (32,1%) dos respondentes descreveram como sendo normal, 26 (31%) apresentaram prisão de ventre, 14 (16,7%) tiveram diarreia e 16 (19%) pacientes relataram hábitos intestinais variando entre diarreia e prisão de ventre (TABELA 17).

Tabela 17 - Distribuição das variáveis relacionadas às características de eliminação intestinal. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal	27	32,1
Prisão de ventre	26	31
Diarreia	14	16,7
Alterna entre prisão de ventre e diarreia	16	19
Não respondeu	1	1,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação à mudança nos hábitos intestinais o estudo de Attolini e Gallon (2010) que tinha uma população de 20 pacientes, apontou 16 (80%) dos casos,

hábitos intestinais normais, três (15%) dos casos, hábitos intestinais diarreicos, um (5%) dos casos, hábito intestinal constipado, o que discorda com esta pesquisa.

Os achados de Collete, Araújo e Madruga (2010) em estudo relacionado aos fatores associados à constipação intestinal, sua amostra total foi de 2.946 indivíduos, 754 (25,6%) que citaram constipação intestinal.

O item a seguir foi sobre a ingestão de algum medicamento para prisão de ventre, como farelo de trigo, fibras ou laxantes, 26 (31%) pacientes afirmaram seu consumo (TABELA 18).

Tabela 18 - Distribuição das variáveis relacionadas ao uso de laxantes. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	26	31
Não	57	67,9
Não respondeu	1	1,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

No trabalho de Collete, Araújo e Madruga (2010) os pacientes que ingeriam algum tipo de laxante foram 637 (22,4%) (o n total da pesquisa foi de 2.846 pessoas).

No último ano, 23 (27,4%) entrevistados encontraram muco nas fezes (TABELA 19).

Tabela 19 - Classificação das variáveis relacionadas à presença de muco nas fezes. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	23	27,4
Não	60	71,4
Não respondeu	1	1,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação à presença de muco nas fezes o estudo de Cruz et al. (2007) apresentou uma amostra de 923 pacientes com câncer anocolorretal, desse total, 206 (42%) pacientes afirmaram que encontraram muco nas fezes. Dos 84 entrevistados 22 (26,2%) afirmaram que evacuavam menos que três vezes por semana (TABELA 20).

Tabela 20 - Distribuição das variáveis relacionadas ao número de evacuações. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	22	26,2
Não	59	70,2
Não respondeu	3	3,6

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Quanto ao número de evacuações, inferior a três evacuações por semana os resultados deste estudo divergem do estudo de Collete, Araújo e Madruga (2010) que apresentou 2.946 participantes, desses 1.252 (42,5%) das mulheres e 636 (21,6%) dos homens afirmaram evacuar menos de três vezes semanais.

Outro dado encontrado nesta pesquisa, diz que 36 (42,9%) dos pacientes necessitaram fazer força para evacuar (TABELA 21).

Tabela 21 - Classificação das variáveis relacionadas às manobras para evacuar. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	36	42,9
Não	46	54,8
Não respondeu	2	2,4

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação à necessidade de esforço para a evacuação, os dados deste estudo divergem com os resultados de Nesello, Tonelli e Beltrame (2011) que realizaram sua pesquisa com 139 participantes, e, desses 115 (82,5%) afirmaram o esforço necessário para evacuar. E, de acordo com Lacerda Filho et al. (2008) dos 179 pacientes constipados 157 (88%) confirmaram a questão acima citada.

Quanto à consistência das fezes 32 (38,1%) disseram que eram moles ou aquosas.

Estudo retrospectivo de Waisberg et al. (2009), verificou que 14 (52,1%) de um total de 26 pacientes entrevistados tinham diarreia o que difere deste estudo.

Em relação à consistência das fezes, 41 (48,8%) pacientes relataram que suas fezes normalmente são duras.

Os achados neste estudo corroboram com o estudo de Trisóglia et al. (2010), que foi realizado com 360 estudantes de medicina, desses 187 (52%) afirmaram fezes endurecidas ou em cíbalos. Após as evacuações, 51 (60,7%) das pessoas afirmam que sente como se ainda houvesse fezes para evacuar (TABELA 22).

Tabela 22 - Distribuição das variáveis relacionadas à sensação de evacuação incompleta. Uberaba-MG, 2012.

<b>Sintomas Abdominais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	51	60,7
Não	32	38,1
Não respondeu	1	1,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Em relação à sensação de evacuação incompleta, esta pesquisa diverge do estudo de Lacerda Filho et al. (2008), o qual encontrou 150 (84%) de relatos de sensação evacuação incompleta, do total de 179 pessoas entrevistadas.

Dos 84 entrevistados, em relação à presença de sangue nas fezes, 38 (45,2%) pacientes afirmaram a questão.

O estudo prospectivo de Jatobá et al. (2008), foi realizado na disciplina de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo e relatou a presença de sangue nas fezes de 16 (26,6%) pacientes dos 60 que foram entrevistados, o que diverge com o número encontrado neste estudo. Os resultados da pesquisa de Silva e Seixas (2008) também diferem desta pesquisa, pois o sangue nas fezes foi encontrado em 124 (97,6%) dos 127 participantes da pesquisa, enquanto que neste estudo os achados foram evidenciados em 38 (45,2%) dos pacientes.

#### **5.1.8 Frequência e grau de incômodo das doenças relacionadas ao questionário de sintomas abdominais**

A seguir apresentam-se os sintomas ou doenças que foram relatadas pelos pacientes quanto à frequência e o grau de incômodo, e serão informados os resultados que mais foram apontados pelos entrevistados na tabela 23.

Tabela 23 - Classificação das variáveis relacionadas à frequência e ao grau de incômodo. Uberaba-MG, 2012.

	COM QUE FREQUENCIA*		COM QUE GRAU DE INCÔMODO**(0-4)	
	n	%	n	%
<b>DOR DE CABEÇA</b>				
0	27	32,1	29	34,5
1	23	27,4	16	19
2	15	17,9	17	20,2
3	8	9,5	11	13,1
4	11	13,1	11	13,1
<b>DOR NAS COSTAS</b>				
0	32	38,1	36	42,9
1	14	16,7	12	14,3
2	9	10,7	15	17,9
3	12	14,3	11	13,1
4	17	20,2	10	11,9
<b>ÚLCERA ESTOMACAL (GÁSTRICA) OU DUODENAL</b>				
0	74	88,1	75	89,3
1	3	3,6	1	1,2
2	4	4,8	3	3,6
3	1	1,2	1	1,2
4	2	2,4	4	4,8
<b>DORES NA BARRIGA</b>				
0	30	35,7	32	38,1
1	14	16,7	12	14,3
2	10	11,9	8	9,5
3	16	19	12	14,3
4	14	16,7	20	23,8
<b>ASMA</b>				
0	79	94	80	95,2
1	2	2,4	1	1,2
2	2	2,4	2	2,4
3	1	1,2	1	1,2
4	0	0	0	0
<b>CÓLON IRRITÁVEL</b>				
0	75	89,3	75	89,3
1	3	3,6	2	2,4
2	0	0	0	0
3	1	1,2	1	1,2
4	4	4,8	5	6
Não respondeu	1	1,2	1	1,2
<b>INSÔNIA (DIFICULDADE DE DORMIR)</b>				
0	38	45,2	40	47,6
1	10	11,9	9	10,7
2	9	10,7	12	14,3
3	10	11,9	8	9,5
4	17	20,2	15	17,9
<b>PRESSÃO ALTA</b>				
0	49	58,3	51	60,7
1	10	11,9	9	10,7
2	7	8,3	5	6
3	5	6	10	11,9
4	13	15,5	9	10,7
<b>FADIGA (CANSAÇO)</b>				
0	39	46,4	40	47,6
1	7	8,3	7	8,3
2	11	13,1	11	13,1

3	15	17,9	14	16,7
4	12	14,3	12	14,3
<b>DEPRESSÃO</b>				
0	57	67,9	57	67,9
1	8	9,5	6	7,1
2	5	6	5	6
3	5	6	7	8,3
4	9	10,7	9	10,7
<b>ENJÔO</b>				
0	51	60,7	51	60,7
1	13	15,5	12	14,3
2	4	4,8	8	9,5
3	11	13,1	5	6
4	5	6	8	9,5
<b>PALPITAÇÃO NO CORAÇÃO</b>				
0	54	64,3	55	65,5
1	9	10,7	3	3,6
2	6	7,1	12	14,3
3	9	10,7	7	8,3
4	6	7,1	7	8,3
<b>DOR NOS OLHOS RELACIONADA À LEITURA</b>				
0	54	64,3	55	65,5
1	9	10,7	7	8,3
2	6	7,1	7	8,3
3	7	8,3	7	8,3
4	8	9,5	8	9,5
<b>PRISÃO DE VENTRE</b>				
0	40	47,6	40	47,6
1	7	8,3	5	6
2	7	8,3	11	13,1
3	14	16,7	6	7,1
4	16	19	22	26,2
<b>DIARREIA</b>				
0	52	61,9	53	63,1
1	6	7,1	8	9,5
2	5	6	6	7,1
3	10	11,9	7	8,3
4	11	13,1	10	11,9
<b>TONTURA</b>				
0	41	48,8	41	48,8
1	16	19	6	7,1
2	6	7,1	13	15,5
3	13	15,5	14	16,7
4	8	9,5	10	11,9
<b>FRAQUEZA</b>				
0	39	46,4	39	46,4
1	10	11,9	11	13,1
2	13	15,5	10	11,9
3	7	8,3	10	11,9
4	15	17,9	14	16,7

**\*COM QUE FREQUÊNCIA:** 0 não foi problema. 1 ocorre mais ou menos 1 vez por mês. 2 ocorre mais ou menos 1 vez por semana. 3 ocorre várias vezes por semana. 4 ocorre todos os dias.

**\*\*COM QUE GRAU DE INCÔMODO:** 0 não foi problema. 1 ligeiro incômodo quando ocorre. 2 incômodo moderado quando ocorre. 3 incômodo forte quando ocorre. 4 extremo incômodo quando ocorre. **Fonte:** Dados Coletados pela autora (2012).

Quanto à dor de cabeça 19 (22,6%) referiram sentir esse sintoma várias vezes por semana ou todos os dias e, 27 (32,1%) relataram que não ocorre. Quando questionados quanto à indisposição ocasionada pela dor de cabeça 22 (26,2%) relataram como forte e/ou de extremo incômodo. Em relação às dores nas costas 29 (34,5%) relataram sentir esse sintoma com frequência de três vezes ou mais por semana e 21 (25,0%) a citaram como forte e/ou de extremo incômodo. Ainda foram encontrados 32 (38,1%) e 36 (42,9%) dos pacientes entrevistados que negaram essa dor e o incômodo que ela traz, respectivamente.

Em um estudo de Silva et al. (2010) que analisou como a intervenção nutricional e o controle dos sintomas interfeririam na qualidade de vida desses pacientes, foram entrevistados 50 pacientes oncológicos em primeira consulta, desses dez (20%) afirmaram que a dor atrapalhou muito suas atividades diárias, o que não ocorreu neste estudo.

A respeito da úlcera estomacal 74 (88,1%) dos entrevistados citaram não terem essa patologia e 75 (89,3%) dos pacientes não tiveram incômodo algum.

Na pesquisa de Durães et al. (2010) que analisou achados endoscópicos em pacientes com dispepsia, em 324 laudos, foram relatados dois tipos de úlcera estomacal: péptica gástrica nove (2,8%) e péptica duodenal 23 (7,1%).

Em relação aos sintomas da dor na barriga, 30 (35,7%) pessoas negaram seu aparecimento, e o incômodo dessa dor também foi desconsiderado por 32 (38,1%) pacientes. Santos et al. (2008) durante exames de colonoscopia realizados em 3.491 pacientes, desses, 220 (21,03%) relataram dor na barriga.

A frequência dos sintomas da asma não ocorreu em 79 (94%) dos entrevistados e 80 (95,2%) participantes negaram qualquer problema relacionado a essa doença.

Na pesquisa de Casagrande et al. (2008) realizado com 3.312 escolares entrevistados, 1033 (31,2%) dos estudantes relataram ter apresentado sibilos no último ano e tiveram o diagnóstico de asma, o que diverge deste estudo.

Nesta pesquisa, 75 (89,3%) pacientes negaram terem qualquer sintoma relacionado com o cólon irritável. Apenas cinco (6,0%) informaram terem apresentado cólon irritável o que difere dos achados no estudo de Balbinotti et al. (2006) visava avaliar a prevalência da síndrome do intestino irritável e constipação intestinal funcional em 241 estudantes de medicina, e foram encontrados 66 (27,4%).

A insônia não apareceu em 38 (45,2%) dos entrevistados e consequentemente não ocorreu nenhum incômodo para 40 (47,6%) das pessoas.

No estudo de Silva et al. (2010) que constou de uma população de 50 pacientes oncológicos, 30 (60%) negaram a dificuldade em dormir. Neste estudo a insônia foi importante para 23 (27,4%) dos entrevistados.

Em relação à pressão alta 49 (58,3%) dos pacientes negaram essa patologia, mas, 25 (29,8%) relataram ter apresentado esses sintomas pelo menos uma vez por semana. Na pesquisa de Nesello, Tonelli e Beltrame (2011) que a pressão alta foi citada por 89 (64%) dos participantes da pesquisa com 139 idosos.

Observou-se que 39 (46,4%) dos entrevistados negaram sentir fadiga e 38 (45,3%) perceberam esse sintoma pelo menos uma vez por semana. Em relação ao incômodo 40 (47,6%) pacientes relataram não ter havido e 37 (44,1%) o definiram como sendo pelo menos moderado.

No trabalho de Mota, Pimenta e Caponero (2012) de uma população de 157 entrevistados, 78 (49,7%) pacientes negaram a fadiga o que corrobora com o presente estudo.

Com relação à depressão, 57 (67,9%) dos pacientes entrevistados relataram que não tiveram essa patologia e nem o incômodo que ela traz.

Segundo o trabalho de Fanger et al. (2010) que determinou a prevalência de depressão e de risco de suicídio em 675 pacientes com câncer internados em um hospital geral, foi encontrado 123 (18,3%) de pacientes que relataram o sintoma de depressão.

Nesta pesquisa, 51 (60,7%) pacientes entrevistados negaram terem sentido enjoo, porém no trabalho de Silva et al. (2010) com 50 entrevistados foram relatados por 25 (50%) dos pacientes enjoo em diferentes classificações: um pouco 15 (30%), bastante sete (14%) ou muito três (6%), relacionadas ao sintoma referido.

Percebeu-se que 54 (64,3%) e 55 (65,5%) dos pacientes que responderam a questão relacionada à palpitação cardíaca negaram essa patologia e seu sintoma respectivamente.

O trabalho de Pfeiffer et al. (2010) sobre avaliação clínica e funcional tardia de arritmias em crianças operadas de Tetralogia de Fallot, citou que dos 37 pacientes submetidos a cirurgia, 20 (59%) apresentaram arritmias.

Neste estudo, observou-se que não ocorreu prisão de ventre em 40 (47,6%) pacientes semelhantes ao estudo de Batista et al. (2011) que apenas 20 (4,1%) de

um total de 493 laudos de colonoscopia, os pacientes apresentavam constipação intestinal.

Em relação à diarreia 53 (63,1%) e 52 (61,9%) dos pacientes disseram não terem esse sintoma e nem o incômodo que ela traz, respectivamente.

Os estudos de Azevedo e Dal Bosco (2011) mostraram que dois (10%) de um total de 20 pacientes apresentavam quadro diarreico e Batista et al. (2011) a diarreia foi citada por 20 (4,1%) dos 493 laudos estudados.

A tontura não ocorreu em 41 (48,8%) dos pacientes que foram entrevistados.

No estudo encontrado de Maranhão Filho, Paixão e Vincent (2008) o sintoma de vertigem foi relatado por três (3%) dos pacientes, dos 100 pacientes entrevistados, o que diverge com este estudo.

Em relação à fraqueza 39 (46,4%) dos pacientes a negaram e 22 (26,2%) disseram apresentar esse sintoma pelo menos varias vezes por semana No estudo de Silva et al. (2010) realizado com 50 pacientes oncológicos, desses 25 (50%) afirmaram sentir fraqueza.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram as seguintes conclusões:

### **Quanto às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à colonoscopia.**

A faixa etária prevalente neste estudo foi de pessoas com idade acima dos 50 anos e do sexo feminino.

As principais queixas que foram o indicativo para a realização do exame de colonoscopia foram a dor abdominal 39 (46,4%), diarreia 19 (22,6%) e a perda ponderal 11 (13,1%). Relacionado à história familiar de neoplasia colorretal com parentesco de 1º grau, foi relatado por 17 (20,2%) entrevistados.

### **Quanto aos sintomas abdominais dos pacientes submetidos à colonoscopia.**

Em relação aos sintomas abdominais, a dor abdominal foi prevalente em 62 (73,8%) dos 84 pacientes entrevistados. A mudança dos hábitos intestinais também aparece 49 (58,3%), seguido pelo sintoma da sensação de evacuação incompleta 51 (60,7%). A presença de sangue nas fezes foi citada por 38 (45,2%) dos pacientes.

### **Quanto aos hábitos alimentares dos pacientes submetidos à colonoscopia**

Nos hábitos alimentares dos pacientes, foi verificado que no grupo alimentar dos leites e derivados, o leite integral 16 (19%) é o mais consumido. A carne de boi dentro do grupo das carnes foi a mais citada, sendo consumida diariamente por 19 (22,6%) pessoas, já o consumo diário de peixe fresco somente cinco (6%), afirmaram consumir. As folhas refogadas e cruas são ingeridas por 14 (16,7%) pessoas e as frutas são consumidas diariamente por cinco (6%) pacientes.

### **Quanto à prática de atividades físicas dos pacientes submetidos à colonoscopia**

Verificou-se que a prática de atividade física não era realizada por 71 (84,5%) pacientes, que eram classificados como insuficientemente ativos.

### **Quanto ao alcoolismo e tabagismo dos pacientes submetidos à colonoscopia**

Relacionado ao alcoolismo observou-se que dos 84 pessoas entrevistados, 58 (69%) negaram o consumo de bebidas alcoólicas e 26 (31%) pessoas foram classificadas como baixo risco para o consumo de álcool, segundo classificação.

O tabagismo foi relatado por 17 (20,2%) entrevistados, 45 (53,6%) pessoas relataram não fumarem e 21 (25%) são ex-tabagistas.

### **Quanto à incidência de CCR na população deste estudo**

Dos 84 respondentes neste estudo o câncer colorretal foi identificado em cinco (6%) dos pacientes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de uma maior vigilância aos sinais e sintomas do CCR quando aparecerem, pois através deles que há a indicação para o exame de colonoscopia e a rapidez do diagnóstico é fundamental para o bom prognóstico da doença. A colonoscopia é um exame que investiga doenças intestinais, presença de pólipos que são lesões precursoras do câncer de intestino, e é responsável pelo rastreamento do CCR em pacientes entre 50 e 60 anos, independente de sintomas.

Os maus hábitos alimentares, como o elevado consumo de gordura animal, de carne vermelha, baixa ingestão de frutas e verduras, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo também aumentam o risco do desenvolvimento da neoplasia colorretal.

Apesar do índice crescente da neoplasia colorretal, nessa pesquisa encontrou-se cinco (6%) pacientes com diagnóstico positivo de CCR.

São necessários programas de rastreamento de CCR de âmbito populacional, que sejam eficazes no diagnóstico precoce dessa doença. Nesse caso a equipe de enfermagem é de suma importância para sanar as dúvidas existentes dos pacientes, dar apoio quando ocorre o diagnóstico positivo do CCR e durante os momentos de sofrimento do paciente e da família.

## REFERÊNCIAS

- ALTENBURG, F. L.; BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; BATHEN, L. C. V. A pesquisa de sangue oculto nas fezes associada a um questionário de sinais e sintomas na prevenção do câncer de colo retal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 2009.
- ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.
- ANDRADE, S. M. S.; PEREIRA, F. L. Câncer colorretalsincronico: relato de caso e revisão de literatura. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 69-79, jan./mar. 2007.
- AIRES, M. T. **Adaptação Transcultural para o Português do Instrumento "The Bowel Disease Questionnaire", utilizado para a avaliação de distúrbios gastrointestinais funcionais**. 121f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 33-40, jan./fev. 2006.
- ARNDT, V. et al. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. **Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology**, New York, v. 23, n. 23, p. 4829-4836, dec. 2004.
- ASSIS, R. V. B. F. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. **GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 62-74, abr./jun. 2011.
- ATTOLINI, R. C.; GALLON, C. W. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizado. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 289-98, jul./set. 2010.
- AZEVEDO, C. D. ; DAL BOSCO, S. M. Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 23-30, mar. 2011.
- BABOR, T. F. et al. **AUDIT**: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 2. ed. Geneva: WHO, 2001.
- BALBINOTTI, S. S. Síndrome do intestino irritável e constipação intestinal funcional em acadêmicos de medicina. **GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 1480-1491, nov./dez. 2006.

BATISTA, R. C. et al. Indicações de colonoscopia versus achado de pólipos e neoplasias colorretais. **Revista Brasileira de Colonoscopia**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 64-70, jan./mar. 2011.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004.

BORBA, M. R. et al. Ressecções eletiva e de urgência para tratamento de neoplasia maligna do cólon em hospital universitário: estudo de 66 casos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 120-25, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer colorretal**. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao+>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Como é o processo de carcinogênese?** Rio de Janeiro: INCA, 2012b. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=319](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319)>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>> . Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer do intestino**: orientações úteis aos usuários fatores de riscos e proteção. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando\\_sobre\\_Cancer\\_de\\_Intestino.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção e Fatores de Risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2012d. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=13](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13)> . Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2012e. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)> . Acesso em: 01 ago. 2012.

CAMACHO, S. et al. Endoscopic and symptoms analysis in Mexican patients with irritable Bowel syndrome, dyspepsia, and gastroesophageal reflux disease. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 953-962, dec. 2010.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, n.1/2, p. 73-80, jan./ fev. 2002.

CARNEIRO NETO, J. D. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 430-435, 2006.

CASAGRANDE, R. R. D. et al. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 517-523, jun. 2008.

CHOW, C. K. Association between fruit and vegetable consumption and colorectal cancer risk: role of cigarette smoking. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 91, p. 238-40, nov. 2010.

COLDITZ, G. A.; HUNTER, D. J. **Cancer prevention- cancer causes: the cause and prevention of cancer: volume 1**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, c2000.

COLLETE, V. L.; ARAÚJO, C. L.; MADRUGA, S. W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 7, p. 1391-1402, jul. 2010.

CROSS, A. J.; SINHA, R. Meat-related mutagens/carcinogens in the etiology of colorectal cancer. **Environmental and Molecular Mutagenesis**, New York, v. 44, n. 1, p. 44-55, 2004.

CRUZ, G. M. G. et al. Câncer colônico: epidemiologia, diagnóstico, estadiamento e gradação tumoral de 490 pacientes. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-153, abr./jun. 2007.

DRUCKER, P. A relevância do câncer colorretal. **BEPA: Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 6, n. 68, p. 1-14, ago. 2009.

DURÃES, E. S. M. et al. Análise dos achados endoscópicos em pacientes com dispepsia atendidos no Serviço de Endoscopia do Hospital São João Batista, Criciúma – SC, no período de outubro de 2008 a março de 2009. **GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 73-78, set. 2010.

FAGERSTROM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 12, n. 2, p. 159-182, apr. 1989.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Revista da Associação Médica do Brasil**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 173-178, 2010.

FORTES, R. C. et al. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 277-289, 2007.

GARGIULO, C. A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007.

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 491-505, out./dez. 2004.

GOULARD, H.; BOUSSAC-ZAREBSKA, M.; BLOCH, J. Epidemiological assessment of the pilot program for organized colorectal cancer screening, France, 2007. **Bulletin épidémiologique hebdomadaire**, Saint-Maurice, v. 2, n. 3, p. 22-25, 2009.

HAAS, P.; ANTON, A.; FRANCISCO, A. Câncer colo retal no Brasil: consumo de grãos integrais como prevenção. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 231-235, 2007.

IMPERIALE, T. F. et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 343, n. 3, p. 169-174, jul. 2000.

INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA. **El cancer colorectal: un cancer que se puede prevenir**. Barcelona: ICO, 2009.

JATOBÁ, M. P. et al. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e achado colonoscópico em 60 pacientes. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 425-430, out./dez. 2008.

KNOWLES, G. et al. The perceived information needs of patients receiving adjuvant chemotherapy for surgically resected colorectal cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, Kidlington, v. 3, n. 4, p. 208-220, 1999.

KOJIMA, M. et al. Bowel movement frequency and risk of colorectal cancer in a large cohort study of Japanese men and women. **British Journal of Cancer**, Bethesda, v. 90, n. 7, p. 1397-13401, apr. 2004.

LACERDA FILHO, A. et al. Chronic constipation: the role of clinical assessment and colorectal physiologic tests to obtain an etiologic diagnosis. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 50-57, jan./mar. 2008.

LEVIN, B. et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer, and the American college of Radiology. **Gastroenterology**, Philadelphia, v. 134, n. 5, p. 1570-1595, may. 2008.

LYNCH, H. T.; LYNCH, J. Lynch syndrome: genetics, natural history, genetic counseling, and prevention. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 18, n. 21 suppl., p. 19-31, nov. 2000.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, out./dez. 2008.

MARANHÃO FILHO, P. A.; PAIXÃO, E.; VINCENT, M. B. A cefaleia como queixa inicial no Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro. Análise de 100 pacientes consecutivos no Ambulatório de Neurologia. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 31-34, jan./mar. 2008.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do audit (Alcohol use Disorders Identification Test)**. 1999. 124f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENDONÇA, C. F. et al. Manifestação incomum do câncer colorretal-relato de caso. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 99-103, jan./mar. 2008.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; CAPONERO, R. Fadiga em pacientes com câncer colorretal: prevalência e fatores associados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 495-503, maio-jun. 2012.

NAYAK, S. P. et al. A case-control study of roles of diet in colorectal carcinoma in a South Indian population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 10, n. 4, p. 565-568, oct./dec. 2009.

NESELLO, L. A. N.; TONELLI, F. O.; BELTRAME, T. B. Constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. **Ceres: Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 151-162, 2011.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 155-161, 2009.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, feb. 1995.

PAIVA, S. M. M. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante.** 2006. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PFEIFFER, M. E. T. et al. Avaliação clínica e funcional tardia de arritmias em crianças operadas de Tetralogia de Fallot. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 295-302, set. 2010.

PEREZ, R. O. et al. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v. 21, n. 1, p. 12-15, jan./mar. 2008.

PETROIANU, A. et al. Achados colonoscópicos em pessoas sem quadro clínico de doença colorretal. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 173-78, jul./set. 2009.

RÊGO, A. G. S. et al. Câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 173-180, 2012.

RIBEIRO, A. C. et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 553-62, set./out. 2006.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 86-91, jan./mar. 2010.

ROSTIROLLA, R. A. et al. Desenvolvimento de neoplasias/adenomas avançados colorretais no seguimento a longo prazo de pacientes submetidos a colonoscopia com polipectomia. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 167-172, jul./set. 2009.

RYAN-HARSHMAN, M.; ALDOORI, W. Diet and colorectal cancer. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 53, n. 11, p. 1913-20, nov. 2007.

SALTZ, E.; JUVER, J. **Cuidados paliativos em oncologia.** Rio de Janeiro: Senac, 2008.

SANTOS, J. M. et al. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 299-305, jul./set. 2008.

SANTOS JUNIOR, J. C. M. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais II-câncer colorretal fatores de riscos e prevenção. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 459-473, out./dez. 2008.

SCHELLERER, V. S. et al. Despite aggressive histopathology survival is not impaired in young patients with colorectal cancer: CRC in patients under 50 years of age. **International Journal of Colorectal Disease**, Heidelberg, v. 27, n. 1, p. 71-79, jan. 2012.

SCHNEIDER, M. et al. Estimating the burden of disease attributable to alcohol use in South Africa in 2000. **SAMJ**, Cape Town, v. 97, n. 8, p. 717-723, aug. 2007.

SICHERI, R.; EVERHART, J. E. Validity of a Brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. **Nutrition Research**, Philadelphia, v. 18, n. 10, p. 1649-1659, 1998.

SILVA, E. J.; SEIXAS, I. V. Retocolite Ulcerativa (RCU): Perfil Evolutivo Clínico Endoscópico. Estudo Retrospectivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 31-35, jan./mar. 2008.

SILVA, E. J. et al. Câncer de cólon: como diagnosticá-lo? Trabalho prospectivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 20-25, jan./mar. 2007.

SILVA, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional: fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 282-288, out./dez. 2010.

SQUIRES, J. et al. Pickled meat consumption and colorectal cancer (CRC): a case-control study in Newfoundland and Labrador, Canada. **Câncer Causes and Control**, Oxford, v. 21, n. 9, p. 1513-1521, sep. 2010.

TALLEY, N. J. et al. A patient questionnaire to identify bowel disease. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 111, n. 8, p. 671-674, oct. 1989.

THE AMERICAN CANCER SOCIETY. **Colorectal Cancer Facts e Figures**. Atlanta: American Cancer Society, 2011. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-029771.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

TRISÓGLIO, C. et al. Prevalência de constipação intestinal entre estudantes de medicina de uma instituição no noroeste paulista. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 203-209, abr./jun. 2010.

VALADÃO, M. et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 454-61, out./dez. 2008.

VALADÃO, M. et al. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 160-66, abr./jun. 2010.

VALARINI, S. B. M. et al. Correlation between location, size and histologic type of colorectal polyps at the presence of dysplasia and adenocarcinoma. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 241-47, jul./set. 2011.

VASEN, H. F. et al. The international Collaborative Group on hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (GCI-CCHNP). **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 34, n. 5, p. 424-425, may. 1991.

WAISBERG, D. R. et al. Colonic carcinoid tumors: a clinicopathologic study of 23 patients from a single institution. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 288-293, oct./dec. 2009.

WILKES, G.; HARTSHORN, K. Colon, rectal, and anal cancers. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 32-47, fev. 2009.

WORLD CÂNCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective: project report**. Washington: American Institute for Cancer Research, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care in children**. Geneva: WHO, 1998.

WU, W. K. et al. (Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone from cigarette smoke stimulates colon cancer growth via beta-adrenoceptors. **Cancer Research**, **Chicago**, v. 65, n. 12, p. 5272-5277, jun. 2005.

YOU, Y. N. et al. Young-onset colorectal cancer: is it time to pay attention? **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 3, p. 287-289, fev. 2012.

ZANDONÁ, B. et al. Prevalência de adenomas colorretais em pacientes com história familiar para câncer colorretal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-154, abr./jun. 2011.

ZANDONAI, A. P.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carne. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 234-239, fev. 2012.

ZISMAN, A. L. et al. Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 6, p. 629-634, mar. 2006.

**APÊNDICES****APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

**A. Nome:** \_\_\_\_\_

**B. RG:** \_\_\_\_\_

**C. Endereço:** \_\_\_\_\_

**D. Cidade:** \_\_\_\_\_

**E. Estado:** \_\_\_\_\_

**F. Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**G. Telefones:** \_\_\_\_\_

**H. Data de Nascimento:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**I. Sexo:** 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino

**J. Cor:** 1 ( ) Branco 2 ( ) Moreno 3 ( ) Negro 4 ( ) Outro

**K. Estado Civil:** 1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado 3 ( ) Divorciado 4 ( ) Outro

**L. Escolaridade:** 1 ( ) 1º Grau Incompleto 2 ( ) 1º Grau Completo 3 ( ) 2º Grau Completo 4 ( ) Superior Completo 5 ( ) Outro

**M. Queixa Principal:**

1 ( ) Dor abdominal 2 ( ) Distensão abdominal 3 ( ) Tenesmo

4 ( ) Emagrecimento 5 ( ) Hematêmese 6 ( ) Melena 7 ( ) Hematoquezia

8 ( ) Diarreia: Frequência \_\_\_\_\_ Volume \_\_\_\_\_ Sangue/Pus/Muco \_\_\_\_\_

9 ( ) Outra \_\_\_\_\_

**N. Já teve algum diagnóstico de Câncer?** 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**O. Qual tipo de Câncer?**

1 ( ) melanoma 2 ( ) carcinoma 3 ( ) adenocarcinoma 4 ( ) outro

Se sim qual região do corpo? \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico do Câncer? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**P. Tratamento:**

1 ( ) Cirúrgico

2 ( ) Quimioterapia

3 ( ) Radioterapia

**Q. História familiar:**

1 ( ) Neoplasia de Cólon ou Reto

Parentesco: 1 ( ) 1° grau 2 ( ) 2° grau 3 ( ) 3° grau

**R. Tabagismo:** 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Ex-tabagista

**Se sua resposta for sim responda as questões de S a Z, se não pule para a questão y.**

## ANEXOS

## ANEXO A - TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRÖM

	<b>Pontos</b>
<b>S.</b> Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
Após 60 minutos	0
Entre 31 e 60 minutos	1
Entre 6 e 30 minutos	2
Nos primeiros 5 minutos	3
<b>T.</b> Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
Não	0
Sim	1
<b>U.</b> Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	
O primeiro da manhã	1
Qualquer outro	0
<b>V.</b> Quantos cigarro você fuma por dia?	
Menos de 10 cigarros	0
Entre 11 e 20 cigarros	1
Entre 21 e 30 cigarros	2
Mais de 31 cigarros	3
<b>W.</b> Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
Não	0
Sim	1
<b>X.</b> Você fuma mesmo doente?	
Não	0
Sim	1

## ANEXO B - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

**Y.** Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca [vá para as questões **AG - AH**]
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

**Z.** Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

**AA.** Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

*Se a soma das questões **Z** e **AA** for 0, avance para as questões **AG - AH***

**AB.** Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

**AC.** Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

**AD.** Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

**AE.** Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

**AF.** Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

**AG.** Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

**AH.** Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado: \_\_\_\_\_

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

**AL1.** Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**AL 2.** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

**AM 1.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**AM 2.** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

**AN 1.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**AN2.** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

**AO1.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**AO2.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos







## ANEXO E - QUESTIONÁRIO SOBRE SINTOMAS ABDOMINAIS

Primeiro, queremos fazer algumas perguntas sobre qualquer dor no estômago ou na barriga que você tenha sentido no último ano, ou seja, nos últimos 12 meses.

**AZ.** Sentiu alguma dor ou pontada no estômago ou na *barriga* nos últimos 12 meses?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

(Por favor NÃO considere dores sentidas durante a menstruação)

EM CASO POSITIVO, POR FAVOR RESPONDA ÀS PERGUNTAS ABAIXO	CASO NÃO TENHA SENTIDO NENHUMA DOR, PASSE PARA A PERGUNTA <b>BU</b>
--	---

**Talvez seja difícil descrever uma dor no estômago ou na barriga, podendo ocorrer também mais de um tipo de dor. Pense no tipo de dor mais comum ou principal que você sente. Queremos saber *somente* sobre as dores no estômago ou na barriga MAIS COMUNS ou PRINCIPAIS.**

**BA.** Você sentiu essa mesma dor ou pontada mais que SEIS vezes nos últimos 12 meses?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BB.** Como é essa dor *normalmente*? (marque *apenas uma* resposta)

1 ( ) LEVE: consegue ignorar, se não pensar nela

2 ( ) MODERADA: não consegue ignorar, mas não afeta sua rotina de vida

3 ( ) FORTE: afeta sua rotina de vida

4 ( ) MUITO FORTE: afeta muito sua rotina de vida

**BC.** A dor pode ser principalmente na parte superior da barriga (estômago), na parte inferior da barriga ou

nos dois lugares. Responda sobre a principal dor que sente. Essa dor ou pontada na barriga *geralmente* é: (marque *apenas uma* resposta)

1 ( ) ACIMA do umbigo, isto é, na *parte superior da barriga*?

2 ( ) ABAIXO do umbigo, isto é, na *parte inferior da barriga*?

3 ( ) Nos dois lugares, TANTO acima COMO abaixo do umbigo?

**BD.** Sua dor ou pontada mais comum O ACORDA NO MEIO DA NOITE?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BE.** Essa dor vai e vem periodicamente, ou seja, há períodos de pelo menos um mês em que você não sente dor e períodos de semanas ou meses em que você sente a dor?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BF.** Quantas vezes você teve essa dor no último ano? (marque *apenas uma* resposta)

1 ( ) MENOS DE UMA VEZ POR MÊS

- 2 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR MÊS
- 3 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA
- 4 ( ) VÁRIAS VEZES POR SEMANA
- 5 ( ) DIARIAMENTE

**BG.** Quando a dor ocorre, quanto tempo ela dura, geralmente? (marque apenas uma resposta)

- 1 ( ) MENOS DE 30 MINUTOS
- 2 ( ) DE 30 MINUTOS A 2 HORAS
- 3 ( ) MAIS DE 2 HORAS E ATÉ 6 HORAS
- 4 ( ) MAIS DE 6 HORAS

**BH.** Você se lembra quando foi que essa dor apareceu PELA PRIMEIRA VEZ na sua vida? (marque apenas uma resposta)

- 1 ( ) NOS ÚLTIMOS 6 MESES
- 2 ( ) DE 7 MESES A 1 ANO ATRÁS
- 3 ( ) MAIS DE 1 ANO E ATÉ 2 ANOS ATRÁS
- 4 ( ) MAIS DE 2 ANOS E ATÉ 5 ANOS ATRÁS
- 5 ( ) MAIS DE 5 ANOS E ATÉ 10 ANOS ATRÁS
- 6 ( ) MAIS DE 10 ANOS ATRÁS

**OBSERVAÇÃO:** QUANDO DIZEMOS FREQUENTEMENTE ISSO QUER DIZER MAIS DO QUE 25% DAS VEZES QUE A DOR APARECE

**BI.** Essa dor ou pontada ocorre **frequentemente** ANTES das refeições ou quando você está com fome?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BJ.** Essa dor ou pontada ocorre **frequentemente** IMEDIATAMENTE APÓS as refeições (menos de 30 minutos depois)?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BK.** Essa dor ocorre **frequentemente** de 30 minutos a 2 horas APÓS as refeições?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BL.** Essa dor **frequentemente** MELHORA (é aliviada) com um arroto?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BM.** Essa dor **frequentemente** MELHORA com a evacuação?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BN.** Essa dor **frequentemente** MELHORA se você comer?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BO.** Essa dor **frequentemente** MELHORA se você tomar antiácidos (como Pepsamar, Mylanta, Maalox, hidróxido de alumínio)? (marque apenas uma resposta)

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) NÃO TOMO ANTIÁCIDOS

**BP.** Essa dor **frequentemente** PIORA se você tomar leite ou se alimentar?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BQ.** Essa dor **frequentemente** PIORA se você ingerir bebida alcoólica, como cerveja, vinho ou outras bebidas? (marque apenas uma resposta)

1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) NÃO BEBO ÁLCOOL

**BR.** Essa dor **frequentemente** passa para outro lugar além de sua barriga?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BS.** Você **frequentemente** evacua MAIS quando a dor começa?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BT.** Você **frequentemente** tem fezes MOLES quando a dor começa?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BU.** Seus hábitos de evacuação se modificaram no último ano?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BV.** Como VOCÊ descreveria seus hábitos normais de evacuação no último ano? (marque apenas uma resposta)

1 ( ) NORMAL

2 ( ) TENHO PRISÃO DE VENTRE

3 ( ) DIARREIA

4 ( ) ALTERNO ENTRE PRISÃO DE VENTRE E DIARREIA

**BW.** Quantas evacuações você tem **normalmente** durante uma semana? (marque apenas uma resposta)

1 ( ) 1 OU MENOS

2 ( ) 2

3 ( ) 3-4

4 ( ) 5-8

5 ( ) 9-12

6 ( ) 13-16

7 ( ) 17-21

8 ( ) 22-26

9 ( ) MAIS DE 26

**BX.** Você toma alguma coisa para prisão de ventre (p. ex. farelo de trigo, fibra, laxante)?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

O quê? ----- Com que frequência? -----

**BY.** Você já encontrou MUCO em suas fezes no último ano (isto é, uma substância pegajosa, branca ou esverdeada)?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**BZ.** Você **frequentemente** evacua MENOS que 3 vezes por SEMANA?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CA.** Você **frequentemente** evacua MAIS que 3 vezes por DIA?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CB.** Você **frequentemente** tem que FAZER FORÇA para evacuar?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CC.** Suas fezes **frequentemente** são MOLES ou AQUOSAS?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CD.** Suas fezes **frequentemente** são DURAS?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CE.** Após uma evacuação, você **frequentemente** sente como se ainda houvesse fezes para evacuar?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CF.** Você **frequentemente** sente necessidade URGENTE de esvaziar seus INTESTINOS, obrigando-o a procurar um banheiro?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CG.** Você encontrou ALGUM SANGUE nas fezes ou no vaso sanitário no último ano?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

SE A RESPOSTA À PERGUNTA <b>CG</b> FOR SIM, POR FAVOR RESPONDA ÀS PERGUNTAS <b>CH a CJ</b>	CASO NÃO TENHA ENCONTRADO SANGUE, PASSE PARA A PERGUNTA <b>CK</b> , NA PÁGINA SEGUINTE
--	--

**CH.** Esse sangue cobre as fezes?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CI.** Esse sangue é escuro e misturado com as fezes?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CJ.** O sangue gruda no papel higiênico?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CK.** Quantas vezes você sentiu VONTADE DE VOMITAR (enjoo) no último ano? (marque apenas uma resposta)

0 ( ) NENHUMA

1 ( ) MENOS DE UMA VEZ POR MÊS

2 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR MÊS

3 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA

4 ( ) VÁRIAS VEZES POR SEMANA

5 ( ) DIARIAMENTE

**CL.** Quantas vezes você REALMENTE VOMITOU no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NENHUMA  
 1 ( ) MENOS DE UMA VEZ POR MÊS  
 2 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR MÊS  
 3 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
 4 ( ) VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
 5 ( ) DIARIAMENTE

**CM.** Você **frequentemente** se sente inchado ou sente sua barriga inchar?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CN.** Você **frequentemente** sentiu dificuldade de engolir no último ano?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CO.** Você sentiu AZIA (sensação de ardência ou dor no esôfago ou na boca do estômago) no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NÃO  
 1 ( ) MENOS DE UMA VEZ POR MÊS  
 2 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR MÊS  
 3 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
 4 ( ) VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
 5 ( ) DIARIAMENTE

SE TIVER SENTIDO AZIA RESPONDA A PERGUNTA <b>CP</b>	SE NÃO TIVER SENTIDO AZIA, PASSE PARA A PERGUNTA <b>CQ</b>
--	---

**CP.** Sua azia melhora se tomar antiácidos (como Pepsamar, Mylanta, Maalox ou hidróxido de alumínio)? (marque apenas uma resposta)

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) NÃO TOMO ANTIÁCIDOS

**CQ.** Você sentiu a presença de um líquido muito azedo no fundo da garganta no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NÃO  
 1 ( ) MENOS DE UMA VEZ POR MÊS  
 2 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR MÊS  
 3 ( ) CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
 4 ( ) VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
 5 ( ) DIARIAMENTE

**CR.** Você perdeu peso no último ano sem fazer dieta para emagrecer? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) Não  
 1 ( ) MENOS QUE 3kg  
 2 ( ) 3 kg OU MAIS

**CS.** Como se compara seu apetite no último ano com o que era antes? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) DIMINUIU  
 1 ( ) MAIS OU MENOS IGUAL  
 2 ( ) AUMENTOU

**Outro importante objetivo deste estudo é conhecer seu estado de saúde anterior e as consultas que fez a médicos.**

**CT.** Você teve algum episódio de dor na barriga quando criança?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CU.** Já tirou o apêndice?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**CV.** Já tirou a vesícula?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? -----

**CW.** Já teve alguma úlcera estomacal (gástrica) ou duodenal?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? -----

Como foi diagnosticada (por raio X, endoscopia)? -----

**CX.** Já fez alguma operação no estômago?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? ----- Que tipo de operação? -----

-

**CY.** Já fez alguma outra cirurgia nos intestinos ou na barriga?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**Se respondeu SIM, quando? -----**

Que tipo de operação? -----

**CZ.** Quantas vezes você foi a um médico NO ÚLTIMO ANO? (marque apenas uma resposta)

0 ( ) NENHUMA

1 ( ) 1-2 VEZES

2 ( ) 3-5 VEZES

3 ( ) 6-10 VEZES

4 ( ) MAIS DE 10 VEZES

**DA.** Se foi ao médico no último ano, foi devido a alguma dor ou pontada na barriga?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

SE A RESPOSTA A PERGUNTA <b>DA</b> FOR SIM, RESPONDA A <b>DB</b> A <b>DD</b>	SE A RESPOSTA FOR NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA <b>DE</b>
---	---

**DB.** Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque os sintomas eram graves ou muito graves?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DC.** Se foi ao médico durante o último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque os sintomas o preocuparam muito?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DD.** Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque achou que poderia estar com uma doença grave?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DE.** Se foi ao médico no último ano, foi por problemas nos intestinos?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DF.** Quantos resfriados ou gripes você teve no último ano? (marque apenas uma resposta)

0 ( ) NENHUM

1 ( ) 1-2

2 ( ) 3-5

3 ( ) 6-10

4 ( ) MAIS DE 10

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS QUE SE APLICAM A VOCÊ ATÉ AGORA

Para nos ajudar a interpretar os resultados desta pesquisa, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre suas atividades, hábitos, emprego e grau de escolaridade. Gostaríamos de lembrar que todas as informações serão mantidas sob o mais completo sigilo.

**DG.** Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a dor ou pontada no estômago ou na barriga?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DH.** Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a problemas intestinais?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**DI.** Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a outras doenças?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se respondeu SIM, que doenças? -----

**DJ.** Com que **frequência** você faltou a escola no último ano?

0 ( ) NENHUMA VEZ

1 ( ) 1-2 VEZES

2 ( ) 3-5 VEZES

3 ( ) 6-10 VEZES

4 ( ) MAIS DE 10 VEZES

5 ( ) NÃO SE APLICA

**DK.** NO MOMENTO, você fuma cigarros **REGULARMENTE**? (marque apenas uma resposta)

1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) NUNCA FUMEI

**DL.** QUANTOS cigarros, em média, você normalmente fuma POR DIA? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NENHUM
- 1 ( ) MENOS DE 5
- 2 ( ) ENTRE 5 E 15
- 3 ( ) MAIS DE 15

A próxima pergunta é sobre ingestão de bebidas que contêm álcool (isto é, cerveja, vinho, cachaça, uísque, vodca, gim ou conhaque). Um drinque é igual a uma latinha de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada.

**DM.** Quantos drinques, em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NENHUM
- 1 ( ) 1-2 DRINQUES
- 2 ( ) 3-6 DRINQUES
- 3 ( ) 7-10 DRINQUES
- 4 ( ) MAIS DE 10 DRINQUES

**DN.** Quantas ASPIRINAS (isto é, comprimidos como Aspirina, Bufferin, AAS, Melhoral), em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NENHUMA
- 1 ( ) 1-2 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 2 ( ) 3-6 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 3 ( ) 7-10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 4 ( ) MAIS DE 10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS

**DO.** Quantos TYLENOL, DÔRICO, ou PARACETAMOL, em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 0 ( ) NENHUM
- 1 ( ) 1-2 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 2 ( ) 3-6 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 3 ( ) 7-10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS
- 4 ( ) MAIS DE 10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS

**DP.** Sexo:

- 1 ( ) Masculino 2( ) Feminino

**DQ.** Sua idade atual:

- 1 ( ) 14 anos    2 ( ) 15 anos
- 3 ( ) 16 anos    4 ( ) 17 anos    5( ) 18 anos ou mais

**DR.** Agora gostaríamos de obter algumas informações sobre o trabalho da pessoa que sustenta sua casa (se for aposentado, descreva sua função principal antes da aposentadoria).

Profissão:

Tipo de Trabalho:

Local onde trabalha:

**ATENÇÃO: Indique, PARA CADA sintoma ou doença abaixo, a frequência com que ocorre e o quanto o incomodou durante o último ano.**

(marque de 0 a 4 em todas as 17 perguntas abaixo em ambas as colunas.)

<b>COM QUE FREQUÊNCIA?</b> 0 não foi problema 1 ocorre mais ou menos 1 vez por mês 2 ocorre mais ou menos 1 vez por semana 3 ocorre várias vezes por semana 4 ocorre todos os dias	<b>COM QUE GRAU DE INCÔMODO?</b> 0 não foi problema 1 ligeiro incômodo quando ocorre 2 incômodo moderado quando ocorre 3 incômodo forte quando ocorre 4 extremo incômodo quando ocorre
---	---

	COM QUE FREQUÊNCIA? (0-4)	COM QUE GRAU DE INCÔMODO? (0-4)
1. DOR DE CABEÇA		
2. DOR NAS COSTAS		
3. ÚLCERA ESTOMACAL (GÁSTRICA)OU DUODENAL		
4. DORES NA BARRIGA		
5. ASMA		
6. CÔLON IRRITÁVEL		
7. INSÔNIA (DIFICULDADE DE DORMIR)		
8. PRESSÃO ALTA		
9. FADIGA (CANSAÇO)		
10. DEPRESSÃO		
11. ENJÔO		
12. PALPITAÇÃO NO CORAÇÃO		
13. DOR NOS OLHOS RELACIONADA À LEITURA		
14. PRISÃO DE VENTRE		
15. DIARREIA		
16. TONTURA		
17. FRAQUEZA		

## ANEXO F – PARECER DO CEP



1/2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

**Parecer Consubstanciado**  
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS  
IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Elizabeth Barichello  
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM  
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 25/04/2011  
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1917

## SUMÁRIO DO PROJETO

## 1. OBJETIVOS

- Identificar as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes que apresentaram neoplasia colorretal;
- Verificar a assistência de enfermagem ao paciente com câncer colorretal.

## 2. JUSTIFICATIVA

Neste contexto, o estudo tem a finalidade de comparar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes que apresentaram câncer colorretal dos que não tem esta neoplasia, assim verificando se há relação entre o hábito de vida com a neoplasia colorretal, de forma que possamos propor ações de prevenção e/ou intervenções, a fim de estabelecer um tratamento planejado e possibilitar ações de rápida intervenção e de maior eficácia.

## 3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Trinta pacientes que já têm o diagnóstico de câncer colorretal, e trinta pacientes com ausência da neoplasia em questão, antes da realização do exame de Colonoscopia no Setor de Endoscopia Digestiva e Proctologia no Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no período de agosto de 2011 a abril de 2012.

## 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos aqueles que aceitarem participar do estudo.

## 5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

## Caracterização do estudo

Este estudo consiste em uma pesquisa quantitativa, prospectiva e descritiva (POLIT.; et al, 2004).

## Local do estudo

O estudo consiste numa entrevista pessoal com o paciente em ambiente privativo, sem interferência de ruídos no Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, de atenção terciária, que atende pacientes de alta complexidade, localizado no Município de Uberaba – Minas Gerais. As unidades a serem utilizadas como campo de pesquisa serão os Setores de Endoscopia Digestiva e Proctologia.

## Coleta de dados

Para a obtenção dos dados foi elaborado um instrumento semi-estruturado que aborda as características sócio-demográfico (nome, RG, endereço, naturalidade, procedência, cor, idade, sexo, escolaridade, estado civil) e dados clínicos (antropometria, tabagismo, etilismo, atividade física, hábitos alimentares, Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica, História Familiar, Motilidade Gastrointestinal, Sinais Vitais) dos pacientes com neoplasia colorretal.

Para a entrevista, será solicitada aos pacientes a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do estudo, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Será solicitado por escrito a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Análise estatística de dados

Para a organização dos dados será criada uma base no programa Excel®; após, os mesmos serão transportados para o programa SPSS “Statistical Package for the Social Sciences” (NORUSSIS, 1992).

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia  
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**  
**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO: PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Elizabeth Barichello**  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM**  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 25/04/2011**  
**PROTOCOLO CEP/UFTM: 1917**

As variáveis clínicas e epidemiológicas serão analisadas segundo estatística descritiva (frequência absoluta, porcentagem, média e desvio padrão). Os resultados serão apresentados por tabelas.

**6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES**

O Hospital de Clínicas da UFTM, a biblioteca Frei Eugênio, Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM conta com materiais como computador, impressora, livros e a infra-estrutura necessária para a realização do estudo.

**7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS**

O risco do presente trabalho é a perda de confidencialidade, o qual será minimizado através da utilização de códigos ou números, para a identificação dos sujeitos, garantindo o sigilo e o anonimato dos mesmos. Os benefícios serão aqueles relativos à identificação dos dados clínicos em pacientes com câncer colorretal, com vistas à elaboração de estratégias de educação em saúde mais efetivas na busca de proporcionar um conhecimento maior sobre a sintomatologia e ações que evidenciem uma melhora na sobrevida desses pacientes.

**8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE**

Informado no item anterior.

**9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.**

**10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.**

**11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA**

Para desenvolvimento do estudo serão necessários: papel A4 – 2 resmas = R\$ 22,00; tinta preta para impressora – 2 cartuchos = R\$ 100,00; CD – 3 unidades = R\$ 2,00; disquete – 1 unidade = R\$ 1,00. Total de gastos aproximado: R\$ 124,00. O orçamento acima será providenciado com recursos dos pesquisadores.

**12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR**

Salário de professor adjunto da UFTM.

**13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO**

O Termo será obtido pelo próprio pesquisador no momento da coleta de dados.

**14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.**

**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES**

**PARECER DO CEP: APROVADO**

**(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).**

**DATA DA REUNIÃO: 17/06/2011**

**Prof. Ana Palmira Soares dos Santos**  
**Coordenadora**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Mem.673/11/DEAH/CGE

Uberaba, 14 de Dezembro de 2011

**Profª. Ana Palmira Soares dos Santos**  
**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM**

No projeto “Perfil dos pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário” aprovado por este Comitê sob o Parecer nº 1917, após o Exame de Qualificação da Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Atenção à Saúde e por sugestões da orientadora, foram sugeridas algumas modificações.

Desta forma vimos por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria a inclusão de cinco questionários sendo eles:

- Teste de dependência a Nicotina de Fagerstrom – TDN, Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool – AUDIT, Questionário Internacional de atividade física-versão curta, questionário de frequência alimentar e questionário sobre sintomas abdominais (em anexo).

Estes instrumentos abordam de forma mais completa os objetivos do estudo.

Foi sugerido ainda a alteração do título do trabalho para: “Perfil dos pacientes submetidos a colonoscopia em um hospital universitário”.

Salientamos que as questões éticas serão mantidas conforme o projeto inicial e não haverá nenhuma modificação quanto a coleta e análise dos dados dos sujeitos.

Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profª Dra. Elizabeth Barichello  
Pesquisadora responsável

Recebido em 14/12/2011

Maria José Ferreira de Sousa  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM

## ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Perfil dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia em um hospital universitário

Nome das pesquisadoras: Elizabeth Barichello e Stephania Ferreira Borges Marcacini

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Perfil dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia em um hospital universitário”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar as características sociodemográficas e clínicas, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, prática de exercícios físicos e sintomas abdominais de pacientes submetidos à colonoscopia. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Perfil dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia em um hospital universitário

Nome das pesquisadoras: Elizabeth Barichello e Stephania Ferreira B. Marcacini

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,...../ ...../.....

\_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_

Documento de Identidade

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável  
orientador

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

**Telefone de contato dos pesquisadores:**

Elizabeth Barichello – 3318- 5461  
Stephania Ferreira B. Marcacini - 3317-0484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5461.