

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA**

**ADRIANA CHEREM ALVES**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS,  
FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES  
SUBMETIDOS À PROCTOCOLECTOMIA TOTAL  
E RESERVATÓRIO ILEOANAL**

**Belo Horizonte**

**Minas Gerais - Brasil**

**2018**

**ADRIANA CHEREM ALVES**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS  
CIRÚRGICOS, FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE  
VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTE  
SUBMETIDOS À PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E  
RESERVATÓRIO ILEOANAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Medicina.

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Lacerda Filho**

**Linha de pesquisa: Fatores intervenientes da Cicatrização**

**Faculdade de Medicina da UFMG**

**Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil**

**2018**

Alves, Adriana Cherem.  
AL474a Avaliação dos resultados cirúrgicos, funcionais e de  
qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes  
submetidos à Proctocolectomia Total e Reservatório  
Ileoanal [manuscrito]. / Adriana Cherem Alves. - - Belo  
Horizonte: 2018.  
86f.: il.  
Orientador (a): Antônio Lacerda Filho.  
Area de concentração: Cirurgia e Oftalmologia.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal  
de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

**ADRIANA CHEREM ALVES**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS,  
FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES  
SUBMETIDOS À PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E  
RESERVATÓRIO ILEOANAL**

Nível: Mestrado

Data da defesa: 23/05/2018

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Lacerda Filho / Orientador UFMG

---

Prof. Dr. Rodrigo Gomes da Silva / UFMG

---

Prof. Dra. Raquel Franco Leal / UNICAMP

---

Prof. Dr. Juliano Alves Figueiredo / UFMG

---

Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

## **AUTORIDADES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitor:** Prof. Dr. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora:** Profa. Dra. Sandra Regina Goulart Almeida

**Pró-Reitora de Pós-Graduação:** Profa. Dra. Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof. Dr. Ado Jório de Vasconcelos

### **FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor:** Prof. Dr. Humberto José Alves

**Vice-Diretor:** Profa. Dra. Alamanda Kfoury Pereira

**Coordenador Centro de Pós-Graduação:** Prof. Dr. Tarcizo Afonso Nunes

**Subcoordenador Centro de Pós-Graduação:** Profa. Dra. Eli Lola Gurgel Andrade

### **DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**

**Chefe:** Prof. Dr. Renato Santiago Gomes

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA E OFTALMOLOGIA**

**Coordenador:** Prof. Dr. Tulio Pinho Navarro

**Subcoordenadora:** Profa. Dra. Vivian Resende

#### **Colegiado:**

Prof. Dr. Marco Antonio Percoppe

Prof. Dr. Marco Aurélio Lana Peixoto

Prof. Dr. Márcio Bittar Nehemy

Prof. Dr. Túlio Pinho Navarro

Prof. Dr. Vívian Resende

Discente Taise Mirian Cruz Mosso Ramos

Dedico esta dissertação

Ao meu filho Leonardo que na pureza do seu raciocínio me desafia a aprender todos os dias

Ao meu marido Rafael, pela cumplicidade, amor, suporte e incentivo

Aos meus pais, Ana e Accácio, por serem exemplo e proteção

À minha irmã Alessandra, amiga de toda a vida

À avó São por me ensinar o amor à docência e à literatura

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof Dr. Antônio Lacerda Filho, Professor Associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, pelo seu papel fundamental na minha formação médica, pela confiança e ensinamentos desde a residência e principalmente pelo incentivo acadêmico e orientação durante esse trabalho e no estudo das Doenças Inflamatórias Intestinais.

Ao Dr. Cláudio Coy, Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo incentivo na formulação dessa pesquisa.

A Sra Flávia Komatsuzaki pelo auxílio nos cálculos estatísticos.

A todos os colegas do grupo de Coloproctologia do Instituto Alfa de Gastroenterologia, especialmente à Prof. Dra Magda Profeta da Luz, Prof Dr Rodrigo Gomes, Prof Dra Beatriz Deotti, Dra Kelly de Lacerda Buzatti, Bernardo Hanan, Prof Dr Juliano Alves Figueiredo e Ana Carolina Parussolo André por terem me acolhido e incentivado a desenvolver esse trabalho.

Aos amigos Anthony D’Ross e Meagan Custedio pela gentil revisão do “Abstract”.

A prima e acadêmica de medicina Priscila Fernandes Alves, a Lara Angotti Silva e aos residentes Renato Gomes Campanati, Gabriela Maciel Cordeiro e Gabriel Braz Garcia pelo auxílio na coleta de dados.

Aos pacientes do ambulatório de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFMG, voluntários nessa pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio financeiro por meio da concessão da bolsa de iniciação científica (PROBIC/CNPq) à acadêmica Priscila Fernandes Alves.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

CaCR	Carcinoma Colorretal
CGQL	Cleveland Global Quality of Life
cm	Centímetros
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DII	Doença Inflamatória Intestinal
EF	Estado Funcional
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HC	Hospital das Clínicas
IAG	Instituto Alfa de Gastroenterologia
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Trato Urinário
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
PCT	Proctocolectomia Total
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
RIA	Reservatório Ileoanal
RCU	Retocolite Ulcerativa
SF36	36-Item Short Form Health Survey
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP	Tromboembolia Pulmonar
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VA	Videoassistida
VL	Videolaparoscópica



## SUMÁRIO

1	RESUMO.....	1
2	ABSTRACT .....	3
3	INTRODUÇÃO .....	5
4	OBJETIVOS .....	12
5	MÉTODO.....	13
5.1	Protocolo do estudo.....	13
5.2	Seleção dos pacientes e coleta de dados .....	13
5.2.1	<i>Crítérios de inclusão:</i> .....	13
5.2.2	<i>Crítérios de exclusão:</i> .....	13
5.2.3	<i>Coleta de dados</i> .....	15
5.3	Descrição da Cirurgia e do Acompanhamento Pós-operatório.....	16
5.4	Descrição das variáveis .....	17
5.5	Questionários.....	19
5.6	Aspectos Éticos .....	20
5.7	Análise estatística .....	21
6	RESULTADOS .....	22
6.1	Avaliação sócio-demográfica .....	22
6.2	Avaliação pré-operatória .....	23
6.3	Descrição das variáveis cirúrgicas .....	24
6.4	Análise dos resultados cirúrgicos.....	25
6.5	Análise da função do RIA e de QVRS.....	30
7	DISCUSSÃO .....	44
8	CONCLUSÕES .....	57
9	BIBLIOGRAFIA .....	58
10	APÊNDICES.....	65
10.1	Apêndice 1: Protocolo de coleta de dados .....	65
10.2	Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	68
10.3	Apêndice 3: Avaliação de função específica do RIA.....	71
11	ANEXOS .....	72
11.1	Anexo 1: Versão Brasileira do SF 36.....	72
11.2	Anexo 2: Versão Brasileira do IBDQ .....	75
11.3	Anexo 3: Classificação das Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo.....	82
11.4	Anexo 4: Aprovação pela Câmara Departamental de Cirurgia .....	83

11.5	Anexo 5: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG .....	84
11.6	Anexo 6: Aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa HC .....	85
11.7	Anexo 7: Autorização de uso do IBDQ .....	86
11.8	Anexo 8 : Autorização de uso do SF 36 .....	87
11.9	Anexo 9: Folha de Aprovação .....	88

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Parâmetros sócio-demográficos dos pacientes submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	22
Tabela 2: Indicação cirúrgica, presença e tipo de tumores extra-colônicos e realização de colectomia prévia nos pacientes com PAF submetidos a PCT com RIA (n=38). .....	23
Tabela 3: Indicação cirúrgica e tratamento clínico pré-operatório nos pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA (n=17). .....	24
Tabela 4: Comparação das variáveis idade na cirurgia, tipo de anastomose, via de acesso, tempos cirúrgicos e presença de ileostomia protetora nos pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	25
Tabela 5: Morbimortalidade dos pacientes submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	26
Tabela 6: Resultados da comparação das complicações cirúrgicas precoces entre os pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	26
Tabela 7: Resultado da comparação do total de complicações precoces (n=59) por paciente e classificação de Clavien-Dindo entre os pacientes com PAF e com RCU submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	27
Tabela 8: Resultados da comparação das complicações cirúrgicas tardias entre os pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55). .....	28

Tabela 9: Resultados da comparação do total de pacientes (n=55) com complicações pós-cirúrgicas precoces (n=59) por via de acesso e da classificação de Clavien-Dindo por via de acesso.....	28
Tabela 10: Resultados da comparação das complicações hérnia incisional e obstrução intestinal e do total de complicações pós-cirúrgicas tardias e pélvicas por via de acesso nos pacientes submetidos a PCT com RIA (n=55).....	29
Tabela 11: Resultados da comparação das complicações pélvicas entre os pacientes com PAF e RCU submetidos a PCT com RIA (n=55).....	29
Tabela 12: Resultados da comparação da função do RIA em pacientes com RCU e PAF submetidos a PCT com RIA (n=40).....	31
Tabela 13: Resultados da comparação da função do RIA relacionado à presença de complicações pélvicas em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).....	32
Tabela 14: Comparação de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde na RCU e PAF em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).....	34
Tabela 15: Comparação entre a Qualidade de vida Relacionada a Saúde e presença de complicações pélvicas em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).....	35
Tabela 16: Resultado da mediana de IBDQ por domínios nos pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA (n=15) .....	35
Tabela 17: Comparação da função específica do RIA entre pacientes do sexo masculino e feminino submetidos a PCT com RIA (n=40).....	36
Tabela 18: Comparação de QVRS entre pacientes do sexo masculino e feminino submetidos a PCT com RIA (n=40).....	37

Tabela 19: Comparação de escolaridade e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=39).	38
Tabela 20: Resultados da comparação da função específica do RIA e escolaridade em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=39).	39
Tabela 21: Resultados da comparação da função específica por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).	40
Tabela 22: Resultados da comparação da QVRS por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).	41

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Configurações de Reservatórios Ileoanais. ....	8
Figura 2: Conceitos de Qualidade de Vida (QV), Qualidade de Vida Relacionadas a Saúde (QVRS) e Estado Funcional (EF). ....	10
Figura 3: Fluxograma inicial do estudo para avaliação de resultados cirúrgicos .....	14
Figura 4: Fluxograma para avaliação de bolsite e de função do RIA, EF e QVRS .....	15
Figura 5: Resultados da comparação entre os pacientes com complicações pélvicas na RCU e PAF submetidos a PCT com RIA. ....	30
Figura 6: Avaliação dos resultados do questionário SF36 por domínios em pacientes submetidos a PCT com RIA. ....	33
Figura 7: Resultado da comparação dos domínios do SF36 por tempo de RIA. ....	42
Figura 8: Resultado do CGQL na RCU e na PAF por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA. ....	43

## 1 RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Proctocolectomia (PCT) com reservatório ileoanal (RIA) é a operação de escolha em muitos casos de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e de Retocolite Ulcerativa (RCU), permitindo a manutenção da via natural de evacuação. Trata-se, entretanto, de cirurgia com considerável morbidade, tanto em termos de complicações quanto funcionalmente, com impacto considerável na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). **OBJETIVOS:** Avaliar os resultados cirúrgicos da PCT com RIA, a função do RIA e a QVRS, bem como o impacto das características sócio-demográficas e ocorrência de complicações na função do RIA e na QVRS. **MÉTODOS:** Foram avaliados retrospectivamente 55 pacientes submetidos a PCT com RIA, sendo que as complicações foram agrupadas em precoces e tardias. As complicações precoces foram classificadas de acordo com Clavien-Dindo. A avaliação da QVRS e da função do RIA foi realizada em 40 pacientes, utilizando-se os questionários específicos sobre a função do RIA e a QVRS, o Cleveland Global Quality of Life (CGQL) e a aplicação dos questionários: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) e o Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF36). **RESULTADOS:** A idade média foi de  $42,1 \pm 14,1$  anos, sendo 63,6% do sexo masculino e 69,1% com diagnóstico de PAF. A mortalidade cirúrgica foi de 1,8% e a morbidade de 76,4%. A fístula anastomótica foi a complicação precoce mais frequente e as tardias foram a bolsite e a obstrução intestinal. As complicações precoces mais graves foram mais frequentes na RCU do que na PAF ( $p=0,014$ ). Não houve impacto das complicações pélvicas na função do RIA, nem na QVRS dos pacientes. As pacientes do sexo feminino apresentaram menor frequência evacuatória, menos evacuações noturnas e menor interferência dos sintomas intestinais na QVRS ( $p=0,012$ ). O CGQL foi mais elevado também nas mulheres ( $p=0,04$ ), as quais relataram ainda menos restrição alimentar ( $p=0,052$ ). Melhores resultados funcionais

pelo SF36 foram observados em pacientes com maior nível de escolaridade, sendo observada piora em pacientes com mais de cinco anos de confecção do RIA apenas no domínio geral ( $p=0,04$ ).

**CONCLUSÕES:** Apesar da PCT com RIA apresentar morbidade considerável, não se evidenciou impacto das complicações na função do RIA e nem na QVRS. A função do RIA é satisfatória e a QVRS é boa na maioria dos pacientes, sendo influenciada pelo sexo, pela escolaridade e pelo tempo de confecção do RIA.

**PALAVRAS-CHAVE:** Proctocolectomia, Retocolite Ulcerativa, Polipose Adenomatosa Familiar, Morbidade, Mortalidade, Qualidade de Vida



## 2 ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (IPAA) is the surgical procedure of choice in many cases of familial adenomatous polyposis (FAP) and ulcerative colitis (UC). IPAA allows complete removal of the diseased colon and rectum preserving gastrointestinal continuity and transanal defecation. However, this procedure is associated with substantial surgical morbidity, as well as potential functional consequences to patients' health related quality of life (HRQL). **Aim:** The study aims were to evaluate surgical results, functional outcomes and HRQL after IPAA; and to examine the impact of clinical criteria, demographic characteristics, and surgical complications upon functional outcomes and HRQL. **METHODS:** We retrospectively reviewed the records of 55 patients after IPAA, classified the complications as early or late, and ranked the early complications according to the Clavien-Dindo classification. Forty patients answered the questionnaires. The Cleveland Global Quality of Life (CGQL), Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), and Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF36) were used to assess HRQL. **RESULTS:** The average age was  $42.1 \pm 14.1$  years. 63.6% of patients were male, and most of them (69.1%) had FAP. Operative mortality was 1.8% and overall morbidity was 76.4%. Anastomotic leakage was the most frequent early complication. Pouchitis and small bowel obstruction were the most common late complications. Patients with UC had the most severe complications ( $p=0.014$ ). Pelvic complications did not have a negative effect upon functional outcomes or HRQL scores. Female patients had decreased pouch evacuation frequency, fewer nocturnal bowel movements, decreased impact of bowel symptoms on HRQL ( $p=0.012$ ), better CGQL ( $p=0.04$ ), and fewer dietary restrictions ( $p=0.052$ ). Patients with better education had better functional outcomes, and patients who had their pouches for more than five years

scored lower in the general health SF36 domain ( $p=0.04$ ).

**CONCLUSION:** The high morbidity associated with restorative proctocolectomy with IPAA has no impact on function or HRQL. Bowel function is generally acceptable. HRQL is good and is affected by gender, education and time interval since IPAA.

**KEYWORDS:** Restorative Proctocolectomy, Ulcerative Colitis, Polyposis, Quality of Life, Morbidity, Mortality .

### 3 INTRODUÇÃO

A proctocolectomia (PCT) com reservatório ileoanal (RIA) consiste na retirada completa do cólon e do reto e confecção de uma bolsa ou reservatório de íleo terminal, com anastomose no ânus ou até 2 cm acima da linha pectínea. É atualmente a técnica cirúrgica de escolha em muitos casos de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e de Retocolite Ulcerativa (RCU).

A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença hereditária, de caráter autossômico dominante, causada por mutações no gene *APC*, e que cursa com formação de múltiplos pólipos adenomatosos no cólon e reto. Tanto na forma clássica quanto na atenuada, o risco de desenvolver câncer colorretal (CaCR) ao longo da vida é de praticamente 100%. Entretanto a idade média de aparecimento do CaCR na forma clássica é aos 39 anos e na forma atenuada aos 59 anos. As outras variantes clínicas da mutação do *APC* se distinguem pelo número e distribuição dos pólipos no cólon e reto e principalmente por suas manifestações extracolônicas (adenomas ou adenocarcinomas de duodeno, osteomas, tumores desmóides, hamatomas gástricos, tumor papilar de tireóide, hepatoblastomas, entre outros) [1]. Caso haja acometimento principalmente de cólon com raros ou ausentes pólipos no reto, pode ser proposta a colectomia total com anastomose íleorretal e vigilância retal endoscópica. Quando o reto também está acometido ou quando a vigilância endoscópica não é desejável ou possível, está indicada a PCT [2].

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal, que acomete a mucosa e a submucosa do cólon e reto, de padrão contínuo e ascendente. O tratamento cirúrgico está indicado em pacientes com complicações agudas (colite aguda grave, megacólon tóxico, hemorragia ou perfuração), refratários ao tratamento clínico, córtico-dependentes ou com suspeita de progressão neoplásica [3, 4]. A PCT é o tratamento de escolha nesses pacientes [3, 5]. Em casos excepcionais a colectomia total com anastomose íleorretal pode ser

realizada, porém com possibilidade de progressão ou recorrência da doença no reto [6].

Os primeiros relatos de anastomoses diretas entre o íleo e o ânus foram publicados por Nissen em 1934[7] e Sabinston e Ravich em 1948 [8], na tentativa de se evitarem estomas permanentes. Porém os resultados funcionais foram desanimadores, com altas taxas de incontinência, urgência, escapes fecais e dermatites perianais intensas, com grande comprometimento da qualidade de vida dos pacientes [7]. Desta forma, aos pacientes candidatos a PCT a única opção viável era a confecção de uma ileostomia terminal definitiva.

Nos anos 70, dois grupos principais, um na Inglaterra [9] e outro no Japão[10], começaram a desenvolver uma nova técnica cirúrgica para solucionar esse problema, culminando com o desenvolvimento da confecção dos reservatórios ileoanais (RIA). Essa técnica de reconstrução do trânsito intestinal após PCT revolucionou a abordagem cirúrgica dos pacientes com PAF e RCU, permitindo a preservação esfinteriana e evitando a ileostomia definitiva.

Em 1980 [9], em série com 21 pacientes operados no Hospital Saint Marks, em Londres, Parks e Nicholls realizaram a PCT com confecção de RIA em formato de S, com preservação de pequeno coto retal e extirpação da mucosa a partir da da linha pectínea (mucosectomia) com anastomose ileoanal manual [9]. Na mesma época, Utsunomiya e cols no Japão também trabalhavam na confecção de RIA, descrevendo a configuração em J do reservatório [10], que é atualmente a mais utilizada.

Com o advento dos grampeadores cirúrgicos, foi descrita a modificação da técnica de anastomose do RIA [11], permitindo a preservação do epitélio de transição anal. A partir de 1988, Fazio e seu grupo da Cleveland Clinic iniciaram o uso da técnica de duplo grampeamento na confecção da anastomose do reservatório ao canal anal e se tornaram divulgadores entusiastas do método [7, 12], deixando a confecção da anastomose manual com mucosectomia

reservada para casos selecionados e recomendando biópsias anuais do epitélio de transição [12]. Em 1995, o mesmo grupo publicou uma grande série com 1005 pacientes submetidos a PCT com RIA [12], na grande maioria com reservatórios em J com duplo grampeamento. Nessa casuística[12] evidenciou-se alta morbidade, porém com baixa mortalidade e bons resultados funcionais e de qualidade de vida. Os pacientes desse levantamento apresentavam uma média de seis evacuações ao dia, com número relativamente baixo de pacientes com urgência ou escapes fecais. A qualidade de vida foi considerada boa ou excelente por mais de 90% dos pacientes.

O advento de técnicas minimamente invasivas como a laparoscopia, o acesso transanal e posteriormente a cirurgia robótica acrescentaram, na evolução histórica da técnica, diferentes possibilidades de acesso para a confecção do RIA [13-18]

Atualmente, existem ainda controvérsias acerca do acesso cirúrgico ideal e também da própria técnica cirúrgica. O RIA pode ser realizado em várias configurações, sendo em J, W e S as mais comuns[4], com preferência na maioria dos serviços pela configuração em J, devido à facilidade técnica (figura1). A anastomose pode ser manual com mucosectomia ou por duplo grampeamento, e o procedimento cirúrgico pode ser realizado em um tempo, dois tempos, três tempos ou em dois tempos modificado.

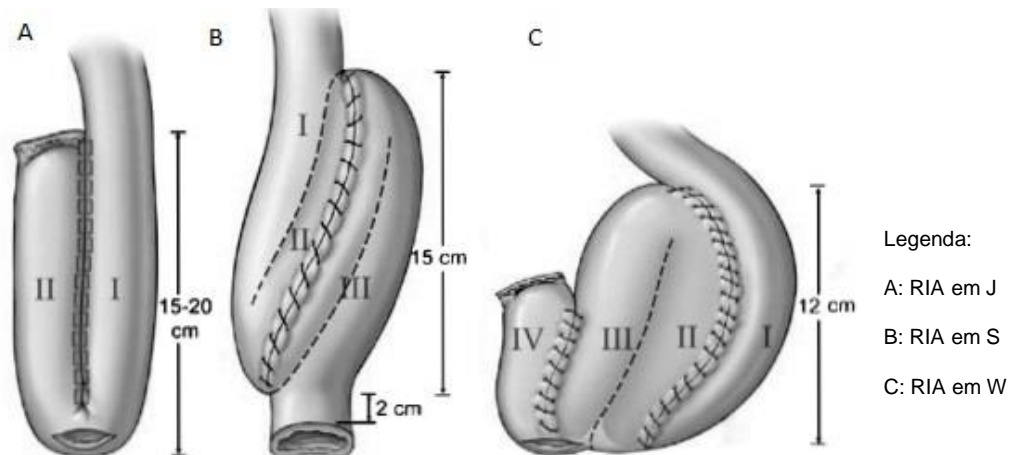


Figura 1: Configurações de Reservatórios Ileoanais. Figura Adaptada[4]

Quando realizada a cirurgia em dois tempos, o primeiro deles inclui a realização da proctocolectomia com RIA e confecção de ileostomia protetora e no segundo tempo é realizada a reconstrução do trânsito intestinal, com o fechamento da ileostomia. Já na cirurgia em três tempos, a parte pélvica da cirurgia é realizada após melhora da condição clínica do paciente. Portanto, no primeiro tempo é realizada a colectomia subtotal com ileostomia terminal e fístula mucosa do remanescente de sigmoide, no segundo tempo a proctectomia com RIA e ileostomia protetora e, finalmente, o fechamento da ileostomia no terceiro tempo. A técnica para a cirurgia em dois tempos modificada preconiza a realização da colectomia subtotal com ileostomia terminal e fístula mucosa no primeiro tempo, seguida de proctectomia com RIA no segundo tempo, sem a realização de estoma protetor [19, 20].

Desde a descrição inicial e a cada posterior modificação, foram levantados questionamentos não apenas acerca da técnica cirúrgica ideal, mas também referentes à morbidade, função do reservatório e à qualidade de vida (QV) dos pacientes.

As complicações cirúrgicas podem ocorrer tanto no perioperatório como tardiamente e envolvem fístulas anastomóticas, fístulas urinárias ou para outros órgãos pélvicos, hemorragias, estenoses, aderências, falência da bolsa, disfunções urinárias e

sexuais, hérnias incisionais e bolsites [\[21-23\]](#). A condução e tratamento dessas complicações muitas vezes são desafiadores [\[24\]](#) e o impacto das mesmas na função do RIA em curto e longo prazo é controverso [\[25-28\]](#).

O conceito de qualidade de vida vem ocupando cada vez mais espaço nas discussões acadêmicas à medida que técnicas cirúrgicas, ainda que complexas, como a PCT com RIA, passaram a obter adequado controle das doenças, para as quais foram indicadas. Desta forma, com a sobrevida cada vez mais longa dos pacientes, os resultados funcionais e a QV tornaram-se uma meta tão importante a ser alcançada, quanto o controle adequado da doença, obtido com a extirpação de todo o intestino grosso.

Porém muitas vezes os termos Qualidade de Vida (QV), Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e estado funcional (EF) são utilizados de maneira confusa [\[29\]](#).

O conceito da QV é o mais abrangente deles, e inclui a percepção individual e subjetiva do indivíduo em todas as outras esferas da existência humana. Abrange, por exemplo, os aspectos financeiros, de convivência familiar, matrimonial, parental, entre outros, que extrapolam o domínio dos profissionais da saúde. Pela Organização Mundial de Saúde (OMS), QV é a percepção individual da posição do sujeito na vida, no contexto cultural e de sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado pela saúde física, mental, estado psicológico, crenças pessoais, relações interpessoais e relações com o ambiente [\[30\]](#).

Quando se abordam exclusivamente as áreas relacionadas à saúde, avalia-se, portanto, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) [\[31\]](#).

O conceito de Estado Funcional ou Estado de Saúde (EF) é o mais restrito e o mais objetivo deles e inclui a avaliação apenas das

limitações que a doença impõe ao paciente. Não mensura o impacto individual dessas complicações na percepção subjetiva do indivíduo[31] (figura 2).

Portanto, a maioria das escalas utilizadas para mensurar a qualidade de vida são, na verdade, escalas funcionais. Quando se acrescenta a esses escores a impressão individual sobre como essa limitação (medida pela escala funcional) impacta no paciente, pode-se falar sobre QVRS[29, 31].

Em outras palavras, enquanto o EF identifica as limitações impostas para o paciente pela doença ou pela intervenção médica e consegue quantificar essas limitações, a QVRS identifica o quanto o indivíduo percebe essas limitações como um problema na sua rotina diária [31]. Os escores funcionais podem ser específicos para a doença ou intervenção cirúrgica ou gerais.

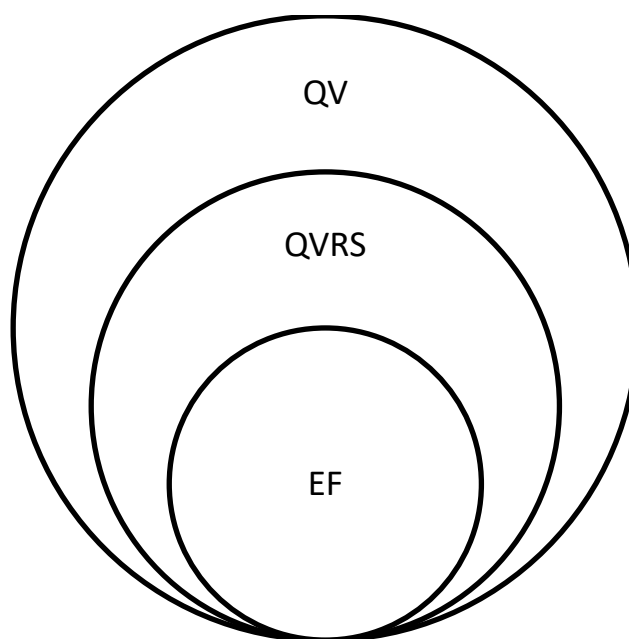


Figura 2: Conceitos de Qualidade de Vida (QV), Qualidade de Vida Relacionadas a Saúde (QVRS) e Estado Funcional (EF). Figura adaptada [29]

Para a PCT com RIA foram desenvolvidos escores específicos para mensurar as queixas mais comuns, como urgência



evacuatória, evacuações noturnas, incontinência fecal, aumento do número de evacuações, tenesmo, evacuações fragmentadas e restrição alimentar [29, 32-34].

Após um ano da confecção do RIA ou do fechamento da ileostomia, quando realizada, ocorre a estabilização da função do RIA, sendo o momento adequado para a aplicação dos questionários[12, 35].

Tanto nas avaliações funcionais, com questionários específicos ou gerais, como também na avaliação da QVRS, os pacientes apresentam resultados bons na maioria dos estudos [34, 36-41].

No Brasil a PCT com RIA é realizada em centros terciários, por equipes especializadas, há cerca de 30 anos. Entretanto as publicações nacionais sobre o tema são escassas [23, 42-45] principalmente no que diz respeito à morbimortalidade, QVRS e função do RIA.

## 4 OBJETIVOS

- Avaliar os resultados cirúrgicos da proctocolectomia total com reservatório íleoanal em pacientes com Retocolite Ulcerativa e Polipose Adenomatosa Familiar.

- Avaliar a função do reservatório íleoanal e a qualidade de vida relacionada à saúde após um ano da reconstrução do trânsito intestinal.

- Avaliar o impacto do sexo, idade, escolaridade, tipo de doença, ocorrência de complicações pélvicas e tempo de reservatório na função do mesmo e na qualidade de vida relacionada à saúde.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Protocolo do estudo**

Foram avaliados pacientes com diagnóstico de RCU ou PAF submetidos a PCT com RIA pelo Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do IAG/HC-UFMG, no período de janeiro de 2003 até abril de 2017, por meio de estudo transversal, descritivo e analítico, para a avaliação de QV. A coleta de dados e as entrevistas foram realizadas entre julho de 2016 e dezembro de 2017, sendo que a avaliação da morbimortalidade foi realizada retrospectivamente, por meio da avaliação dos prontuários médicos no mesmo período (Apêndice 1).

### **5.2 Seleção dos pacientes e coleta de dados**

#### **5.2.1 Critérios de inclusão:**

- Pacientes maiores de 18 anos que concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Apêndice 2);

#### **5.2.2 Critérios de exclusão**

- Pacientes com diagnóstico presumido de RCU, mas que posteriormente desenvolveram critérios para diagnóstico de Doença de Crohn.

- Pacientes analfabetos ou incapazes de entender os termos do estudo;

- Pacientes com deficiências cognitivas graves ou com comprometimento incapacitante de sua condição física;

- Pacientes com dados incompletos no registro hospitalar que impossibilitassem o seu recrutamento;

- Pacientes com prontuários incompletos

Foram identificados 67 pacientes elegíveis para participar do estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram

incluídos 55 pacientes para análise de resultados cirúrgicos, 46 pacientes para avaliação de bolsite e 40 pacientes para avaliação de QVRS (FIGURA 3).

Para a avaliação dos episódios de bolsite, excluíram-se os pacientes ileostomizados (sendo seis pacientes com ileostomias definitivas por falência do RIA e dois com ileostomias protetoras) e um que foi a óbito por complicações do fechamento da ileostomia, totalizando 46 pacientes (FIGURA 4).

Para avaliação de função do RIA, do EF e de QVRS, foram excluídos os pacientes ileostomizados, os óbitos (um óbito após fechamento do estoma e um óbito não cirúrgico) e aqueles pacientes com menos de um ano do fechamento do estoma, totalizando 40 pacientes (FIGURA 4).

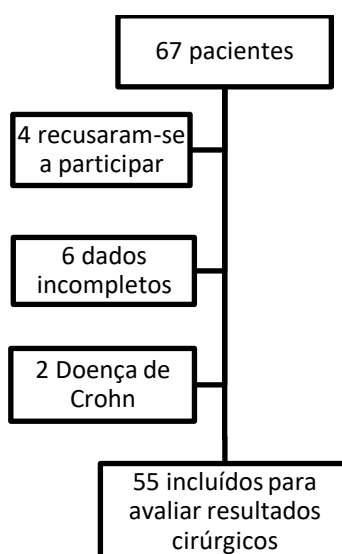


Figura 3: Fluxograma inicial do estudo para avaliação de resultados cirúrgicos

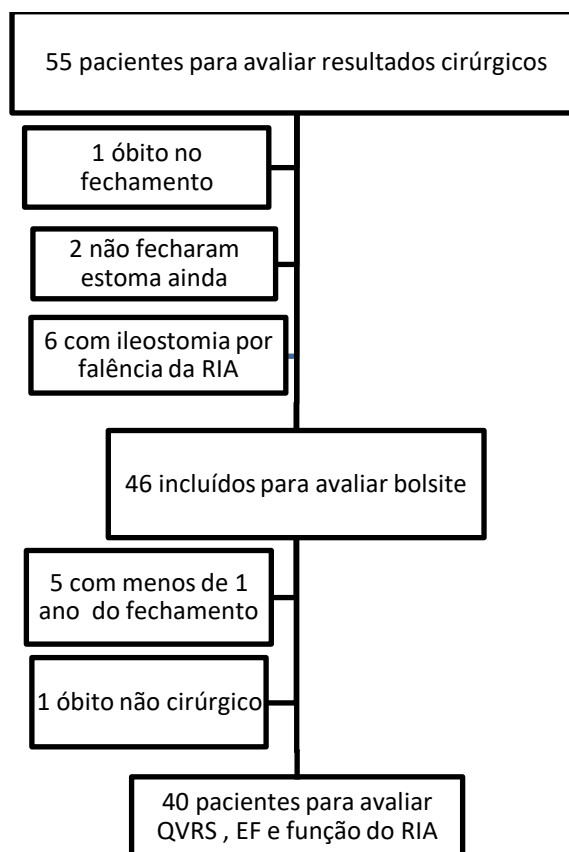


Figura 4: Fluxograma para avaliação de bolsite e de função do RIA, EF e QVRS

### 5.2.3 Coleta de dados

Após levantamento dos dados clínicos e cirúrgicos a partir dos prontuários médicos, os pacientes foram identificados por número, pelas suas iniciais, data de nascimento, sexo e nível de escolaridade.

Por contato telefônico, os pacientes que preencheram os critérios para avaliação de qualidade de vida foram convidados a comparecer ao ambulatório de coloproctologia do IAG-HC/UFMG para aplicação dos questionários de qualidade de vida previamente validados Short Form Health Survey (SF36) e Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), e perguntas específicas da função do RIA (Anexos 1 e 2 e Apêndice 3, respectivamente). Os questionários foram aplicados presencialmente por um único entrevistador.

### **5.3 Descrição da Cirurgia e do Acompanhamento Pós-operatório**

O procedimento cirúrgico consistiu na realização de proctocolectomia com confecção de reservatório íleo-anal em forma de “J”, como proposto por Utsunomya e cols[10].

O procedimento foi realizado por via laparotômica ou videoassistido (VA). No acesso laparotômico foi utilizada a incisão mediana transumbilical para execução dos tempos cirúrgicos, e na VL realizou-se a extração da peça cirúrgica e confecção do RIA por incisão transversa suprapúbica a Maylard [46].

O reservatório utilizado foi configurado em “J” com uso de grampeador linear cortante com duas cargas e a anastomose ao canal anal realizada de forma manual ou mecânica. Nos casos de anastomose manual era conservado pequeno coto retal no qual era realizada mucosectomia com anastomose ao nível da linha pectínea. Na anastomose mecânica foi utilizada a técnica de duplo grampeamento com fechamento do coto retoanal com grampeador linear cortante e anastomose íleoanal a cerca de 1,0 a 2,0 cm da linha pectínea com grampeador endoluminal circular número 29[4].

As cirurgias foram realizadas em um, dois ou três tempos. Nos pacientes com PAF que já tinham sido submetidos previamente a colectomia total com anastomose íleorretal e necessitaram de abordagem por progressão da doença no reto, foi realizada a proctectomia com ileostomia protetora e posteriormente, o fechamento do estoma, sendo esses casos considerados como cirurgia em dois tempos.

Após a confecção da anastomose do reservatório ileoanal, a mesma era avaliada no intraoperatório com o teste do borracheiro[47], da injeção de azul de metileno[48] ou ambos em todos os pacientes. Ao final do procedimento era posicionado um dreno pélvico, que

permanecia, em média, por 72 horas, assim como o cateter vesical de demora.

Antes da reconstrução do trânsito intestinal nos pacientes ileostomizados, era realizado enema baritado, preferencialmente pela boca distal da ileostomia, para avaliar a integridade do reservatório e da anastomose, geralmente a partir de dois meses de pós-operatório.

O intervalo entre os tempos cirúrgicos até a reconstrução do trânsito intestinal foi individualizado considerando-se a evolução clínica dos pacientes e, nos casos de RCU, tal avaliação foi realizada em conjunto com a Gastroenterologia.

Todos os pacientes mantiveram acompanhamento proctológico ambulatorial com avaliação da linha de grampeamento, controle oncológico nos casos indicados, rastreamento para tumores em outros sítios nos pacientes com PAF e na RCU, controle da evolução da doença.

#### **5.4 Descrição das variáveis**

Para o cálculo da idade atual utilizou-se o tempo entre a data de nascimento do paciente e o último dia da coleta de dados

Para avaliação da escolaridade e anos de estudo considerou-se a classificação de escolaridade do Ministério da Educação [49]. A variável “anos de estudo” foi obtida a partir da série e do grau que o paciente estava frequentando ou havia frequentado, considerando a última série concluída e aprovada. A correspondência foi feita de forma que cada série concluída com aprovação correspondeu a um ano de estudo. Levando-se em consideração o padrão de distribuição da escolaridade da presente amostra, foi considerado, para análise comparativa, o período de oito anos de estudo, como ponto de corte na divisão dos grupos .

O tempo de RIA foi calculado entre aquele decorrido da data de fechamento de ileostomia e a data da entrevista para avaliação da QVRS.

As complicações precoces foram consideradas como as que ocorreram em até 30 dias de qualquer dos tempos do procedimento cirúrgico e tardias após esse período. As complicações precoces foram classificadas segundo a escala de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo [50]. Esta classificação possui quatro níveis de gravidade, e é baseada na intervenção terapêutica das complicações. É validada no Brasil e amplamente utilizada em artigos científicos por permitir a análise e comparação das complicações operatórias[50] (anexo 3).

Considerou-se como fístula anastomótica qualquer defeito na integridade intestinal no sítio da anastomose levando a comunicação dos compartimentos intra e extra-intestinais. Segundo essa mesma classificação, os abscessos no mesmo sítio da anastomose também foram considerados fístulas [51], sendo analisados conjuntamente.

A fístula para outros órgãos pélvicos também ocorreram precocemente e tardiamente sendo considerado o critério dos 30 dias de pós-operatório também nessa avaliação.

Como complicações pélvicas consideraram-se as complicações diretamente relacionadas à proctomia e à confecção do RIA, agrupando-se, portanto, nessa variável os seguintes eventos: estenose de anastomose, fístula do RIA para a vagina, abscesso pélvico ou fístula anastomótica, hemorragia pélvica, hemorragia da linha de grampeamento, lesão de ureter e fístula do RIA para a bexiga.

A necessidade de estoma permanente com ou sem a excisão do RIA foi classificada como falência do RIA [52, 53].

Para as demais complicações descritas, considerou-se a suspeita clínica tratada e devidamente registrada em prontuário e os resultados de exames complementares quando solicitados.



O óbito cirúrgico foi aquele ocorrido em função de qualquer dos tempos do procedimento cirúrgico e em até 30 dias da sua realização.

## 5.5 Questionários

Na avaliação de EF, foram utilizados dois questionários funcionais gerais (EF) previamente validados para o Brasil, SF36 e IBDQ [54, 55].

O SF36, por se tratar de um questionário de função geral, foi aplicado em todos os pacientes. Foram utilizadas as pontuações das oito escalas (física, funcional, dor, geral, vitalidade, emocional, social e mental), calculadas de acordo com manual específico disponibilizado eletronicamente. A pontuação para os itens do questionário SF36 varia de 0 a 100, sendo que valores maiores significam melhor qualidade de vida[54].

O IBDQ, por ser formulado especificamente para pacientes com Doença Inflamatória Intestinal, foi aplicado apenas nos pacientes com RCU. A pontuação do IBDQ foi calculada para os quatro domínios (intestinal, sistêmico, social e emocional). No IBDQ cada domínio possui um valor máximo, com o intestinal variando de 10 a 70, o sistêmico de 5 a 35, o social de 5 a 35 e o emocional de 12 a 84 pontos[55].

Considerando que a definição de QVRS deve incluir não só o estado de saúde ou funcional (EF) dos pacientes (avaliados no IBDQ e SF36), mas também a impressão subjetiva de como essas limitações afetam individualmente o entrevistado[29], incluiu-se o questionamento de “como seus sintomas intestinais afetam sua qualidade de vida” e também o Cleveland Global Quality of Life (CGQL) [56].

O CGQL é amplamente utilizado na literatura [12, 36, 38, 52, 53, 56], e inclui três tópicos para o paciente pontuar de 0 a 10, que são qualidade de vida, de saúde e de energia. Essas notas são somadas e divididas por 30, resultando em um número de 0 a 1.

Os pacientes foram também questionados sobre a função específica do RIA, avaliando-se urgência, incontinência, escape fecal, número de evacuações em 24 horas e noturnas, restrição alimentar, evacuações incompletas e uso de medicamentos antidiarreicos. Essas perguntas, bem como a pergunta subjetiva (“como os sintomas intestinais afetam sua qualidade de vida”) foram adaptadas de questionários funcionais específicos [32-34]. Como esses questionários não foram validados para o Brasil, não foi realizado o cálculo dos escores, apenas a descrição dos resultados.

Portanto, realizou-se a avaliação de função específica do RIA, a avaliação funcional (EF) dos pacientes e a de QVRS.

## **5.6 Aspectos Éticos**

Este trabalho foi realizado de acordo com as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, órgão consultivo do Conselho Nacional de Saúde[57]. Após o convite para participarem da pesquisa e esclarecimentos sobre a mesma, os pacientes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2). O projeto para realização desta pesquisa foi aprovado pela Câmara do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Anexo 4), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) – Projeto CAAE 50917215000005149 (Anexo 5) e pela Gerência de Ensino, Pesquisa (GEP) do Hospital das Clínicas da UFMG (Anexo 6).

Os pacientes foram abordados por contato telefônico e convidados a participarem da entrevista, na qual foram aplicados os questionários, exclusivamente pelo autor. Foi assegurado a todos os pacientes o direito de se recusarem a participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo no seu atendimento.

Os questionários utilizados para avaliação de EF foram o Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) e Short Form Health

Survey (SF36) previamente validados para a língua portuguesa[54, 55] e autorizados para utilização nesse estudo (Anexos 7 e 8, respectivamente).

### 5.7 Análise estatística

Os resultados estatísticos descritivos para as variáveis quantitativas foram obtidos por meio de média  $\pm$ DP (variáveis com distribuição normal) e mediana (Q1;Q3) para variáveis sem distribuição normal. Nas variáveis qualitativas ou categóricas as variáveis foram descritas por meio de frequência absoluta e porcentagem.

Nas análises comparativas entre as variáveis categóricas foram realizados os testes Qui-quadrado de Pearson assintótico, quando 20% do valor esperado foi entre 1 e 5, e o teste Qui-quadrado de Pearson exato, quando mais que 20% do valor esperado foi entre 1 e 5. Quando essas variáveis categóricas foram significativas e as categorias maiores que duas, foram calculados os resíduos padronizados e considerados significativos se o valor do resíduo padronizado foi menor ou igual a -1,96 ou maior ou igual a +1,96.

Já nas comparações das variáveis quantitativas, se a variável não tinha distribuição normal, foram utilizados os testes de Mann Whitney na comparação de dois grupos, e Kruskal Wallis na comparação de mais do que dois grupos. No teste de comparação múltipla 2 a 2 após teste de Kruskal Wallis significativo, utilizou-se o teste de Mann Whitney com correção Bonferrone. O teste da distribuição Normal utilizado foi o Shapiro Wilk. Nas análises de correlações foram utilizados o teste de Spearman.

O nível de significância utilizado em todo estudo foi de 0,05 e o programa utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0, *SPSS Incorporation*, Chicago, Illinois, Estados Unidos da América, 2016.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Avaliação sócio-demográfica

A maioria dos pacientes submetidos a PCT + RIA foi do sexo masculino (63,6%), com média de idade de 42,1 anos, tendo a maior parte (55,1%) mais de oito anos de escolaridade ( tabela 1).

Tabela 1: Parâmetros sócio-demográficos dos pacientes submetidos a PCT com RIA no HC\UFMG entre janeiro de 2003 a abril de 2017(n=55).

Variáveis	N (%)
<b>Idade</b>	
Média±DP	42,1±14,1
<b>Sexo</b>	
Feminino	20 (36,4)
Masculino	35 (63,6)
<b>Escolaridade (n=49)</b>	
Primeiro ciclo fundamental incompleto	3 (6,1)
Primeiro ciclo fundamental completo	6 (12,2)
Segundo ciclo fundamental incompleto	8 (16,3)
Segundo ciclo fundamental completo	5 (10,2)
Médio incompleto	5 (10,2)
Médio completo	9 (18,4)
Superior incompleto	8 (16,3)
Superior completo	5 (10,2)
<b>Anos de estudo (n=49)</b>	
1 a 3	4 (8,2)
4 a 8	18 (36,7)
≥9	27 (55,1)

## 6.2 Avaliação pré-operatória

Quanto à distribuição por doença, a maioria dos pacientes era portadora de PAF (69,1%) e mais de 26% dos pacientes com PAF apresentavam adenocarcinoma de cólon concomitante. Em 22 pacientes (57,9%) foram evidenciados 36 tumores extracolônicos. Seis pacientes foram submetidos previamente a colectomia total com preservação de reto, todos mais de dez anos antes da proctectomia (tabela 2).

Tabela 2: Indicação cirúrgica, presença e tipo de tumores extracolônicos e realização de colectomia prévia nos pacientes com PAF submetidos a PCT com RIA (n=38).

Variáveis	N (%)
<b>Indicação cirúrgica (n=38)</b>	
Pólipos e adenocarcinoma	10 (26,4)
Pólipos	28 (73,6)
<b>Pacientes com tumores extracolônicos (n=38)</b>	22 (57,9)
<b>Outros tumores por tipos (n=36)</b>	
Adenoma de duodeno	15 (41,7)
Adenoma na bolsa ileal	8 (22,2)
Tumor desmóide de parede abdominal	4 (11,1)
Osteoma de mandíbula	2 (5,6)
Adenocarcinoma de duodeno	2 (5,6)
Tumor desmóide em pelve	2 (5,6)
Osteoma de dorso	1 (2,8)
Carcinoma papilífero de tireóide	1 (2,8)
Carcinoma urotelial de bexiga + Carcinoma de laringe	1 (2,8)
<b>Colectomia total com preservação do reto prévia (n=38)</b>	6 (15,8)

A principal indicação da PCT com RIA na retocolite ulcerativa foi a intratabilidade clínica, com 94,1% dos pacientes utilizando corticóide e 52,9% utilizando medicação anti-TNF alfa no momento da indicação cirúrgica (tabela 3).

Tabela 3: Indicação cirúrgica e tratamento clínico pré-operatório nos pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA (n=17).

Variáveis	N (%)
<b>Indicação da cirurgia (n=17)</b>	
Intratabilidade clínica	13 (76,5)
Colite aguda grave	3 (17,6)
RCU+ displasia	1 (5,9)
<b>Tratamento clínico pré-operatório</b>	
Prednisona < 40mg	4 (23,5)
Prednisona ≥ 40mg	12 (70,6)
Anti TNF alfa	9 (52,9)
Azatioprina	4 (23,5)
Mesalazina	3 (17,6)
Azatioprina+Mesalazina	6 (35,3)
Ciclosporina	2 (11,8)
Mercaptopurina	2 (11,8)

### 6.3 Descrição das variáveis cirúrgicas

A maioria das anastomoses foram realizadas pela técnica de duplo grampeamento e a ileostomia protetora foi realizada em 54 pacientes. Um paciente não foi ileostomizado (1,8%) por dificuldade técnica relacionada à grande espessura da parede abdominal e presença de mesentério curto.

A comparação das variáveis cirúrgicas na RCU e PAF mostra diferença referente aos tempos cirúrgicos, sendo a cirurgia em três tempos significativamente mais realizada na RCU, e a em dois tempos na PAF (tabela 4)

Tabela 4: Comparação das variáveis idade na cirurgia, tipo de anastomose, via de acesso, tempos cirúrgicos e presença de ileostomia protetora nos pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	RCU N=17 (%)	PAF N=38 (%)	Valor-p
<b>Idade na cirurgia</b> (Média±DP)	35,7±15,0	36,0±14,4	0,951 <sup>1</sup>
<b>Tipo de anastomose</b>			
Grampeada	17 (100,0)	35 (94,6)	0,560 <sup>2</sup>
Manual	0 (0,0)	2 (5,4)	
<b>Via de acesso</b>			
Laparotômico	14 (82,4)	31 (81,6)	1,000 <sup>2</sup>
Laparoscópico	3 (17,6)	7 (18,4)	
<b>Tempos cirúrgicos</b>			
1 tempo	0 (0,0)	1 (2,6)	0,0001 <sup>2</sup>
2 tempos	7 (41,2)*	37 (97,4)**	
3 tempos	10 (58,8)**	0 (0,0)*	
<b>Ileostomia</b>			
Sim	17 (100,0)	37 (97,4)	1,000 <sup>2</sup>
Não	0 (0,0)	1 (2,6)	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico <sup>2</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; \*resíduo ajustado padronizado <-1,96; \*\*resíduo ajustado padronizado >+1,96

#### 6.4 Análise dos resultados cirúrgicos

Dois pacientes foram a óbito, sendo um paciente com PAF, que faleceu posteriormente por carcinoma urotelial de bexiga (óbito não cirúrgico), e o outro com RCU que teve fístula e peritonite fecal após o fechamento da ileostomia protetora.

A mortalidade cirúrgica foi de 1,8% e a morbidade de 76,4% (tabela 5), ressaltando que 47,3% dos pacientes apresentaram complicações pélvicas.

Tabela 5: Morbimortalidade dos pacientes submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	N (%)
Morbidade geral	42 (76,4)
Pacientes com complicações precoces	36 (65,5)
Pacientes com complicações tardias	23 (41,8)
Óbito cirúrgico	1 (1,8)

A complicação precoce mais frequente foi a fístula anastomótica ou abscesso pélvico, ocorrendo em 19 pacientes (34,5%). Não houve diferença estatística entre as complicações precoces na RCU e PAF (tabela 6)

Tabela 6: Resultados da comparação das complicações cirúrgicas precoces entre os pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	RCU N=17	PAF N=38	Valor-p
Hemorragia pélvica	0 (0,0)	7 (18,4)	0,086 <sup>2</sup>
Hemorragia linha de grampo	0 (0,0)	1 (2,6)	1,000 <sup>2</sup>
Fístula anastomótica ou abscesso pélvico	3 (17,6)	16 (42,1)	0,078 <sup>1</sup>
ITU	1 (5,9)	3 (7,9)	1,000 <sup>2</sup>
Lesão ureter	2 (11,8)	0 (0,0)	0,092 <sup>2</sup>
TVP/TEP	1 (5,9)	1 (2,6)	1,000 <sup>2</sup>
Fístula precoce do RIA para a vagina	1 (5,9)	1 (2,6)	1,000 <sup>2</sup>
Íleo paralítico	1 (5,9)	3 (7,9)	1,000 <sup>2</sup>
Infecção da ferida	3 (17,6)	5 (13,2)	0,692 <sup>2</sup>
Instabilidade hemodinâmica	1 (5,9)	2 (5,3)	1,000 <sup>2</sup>
Retenção urinária	2 (11,8)	2 (5,3)	0,580 <sup>2</sup>
Outros <sup>¥</sup>	1 (5,9)	1 (2,6)	1,000 <sup>2</sup>
Total de pacientes com complicações precoces	9 (52,9)	27 (71,1)	0,192 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; <sup>2</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato;

<sup>¥</sup>Outros: Laparostomia, isquemia loboccipital e pancreatite.

ITU: infecção do trato urinário. TVP: Trombose Venosa Profunda. TEP: Tromboembolia Pulmonar.



O total de complicações precoces por paciente variou de zero a quatro, com 15 pacientes apresentando mais de uma complicação.

A maioria das complicações ( 64,4%) foi conduzida de maneira conservadora (Clavien-Dindo I e II).

Ao se agruparem as complicações mais graves (Clavien-Dindo IIIb, IV e V), identificou-se maior ocorrência em pacientes com RCU do que com PAF (tabela 7).

Tabela 7: Resultado da comparação do total de complicações precoces (n=59) por paciente e classificação de Clavien-Dindo entre os pacientes com PAF e com RCU submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	RCU	PAF	Total	Valor-p <sup>1</sup>
<b>Total de complicações precoces por paciente</b>				
0	8 (47,1)	11 (28,9)	19	0,190
1	4 (23,5)	17 (44,7)	21	0,135
2	3 (17,6)	5 (13,2)	8	0,669
3	1 (5,9)	5 (13,2)	6	0,423
4	1 (5,9)	0 (0,0)	1	0,131
Total de pacientes	17	38	55	
<b>Classificação de Clavien-Dindo</b>				
Graul	4 (23,5)	12 (28,6)	16	0,694
GraulI	5 (29,4)	17 (40,5)	22	0,431
GraulIIa	1 (5,9)	8 (19,0)	9	0,208
GraulIIb	3 (17,6)	5 (11,9)	8	0,570
GraulIVa	3 (17,6)	0 (0,0)	3	0,008
GraulV	1 (5,9)	0 (0,0)	1	0,131
Total de complicações precoces	17	42	59	
GraulIIb+IVa+V	7 (41,2)	5 (11,9)	12	0,014

<sup>1</sup> Teste de proporção Z

As complicações tardias mais frequentes foram os episódios de bolsite e de obstrução intestinal, sendo a bolsite significativamente mais frequente na RCU (tabela 8). Dois pacientes precisaram de

intervenção cirúrgica na obstrução intestinal, sendo os demais conduzidos clinicamente.

Tabela 8: Resultados da comparação das complicações cirúrgicas tardias entre os pacientes com RCU e com PAF submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	RCU	PAF	Valor-p <sup>1</sup>
Fístula tardia do RIA para a vagina	0 (0,0)	3 (7,9)	0,544
Fístula do RIA para a bexiga	0 (0,0)	1 (2,6)	1,000
Estenose anastomose	0 (0,0)	2 (5,3)	0,565
Hérnia incisional	2 (11,8)	3 (7,9)	1,000
Obstrução intestinal	2 (11,8)	5 (13,2)	1,000
Bolsite <sup>‡</sup> (N=46)	6 (40,0)	1 (3,2)	0,003

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>‡</sup> excluídos pacientes ileostomizados

Todos os casos de hérnia incisional ocorreram na via de acesso laparotômica, embora sem significado estatístico. Não houve diferença significativa em complicações precoces, tardias e pélvicas em termos de via de acesso (tabelas 9 e 10)

Tabela 9: Resultados da comparação do total de pacientes (n=55) com complicações pós-cirúrgicas precoces (n=59) por via de acesso e da classificação de Clavien-Dindo por via de acesso.

Variáveis	Laparotômico N=45	VL N=10	Valor-p
Pacientes com complicações precoces	31 (68,9)	5 (50,0)	0,288 <sup>1</sup>
<b>Classificação de Clavien-Dindo</b>			
	12 (24,4)	4 (44,4)	0,216
Grau I	19 (38,0)	3 (33,3)	0,788
Grau II	8 (16,0)	1 (11,1)	0,707
Grau IIIa	7 (14,0)	1 (11,1)	0,815
Grau IIIb	3 (6,0)	0 (0,0)	0,451
Grau IVa	1 (2,0)	0 (0,0)	0,669
Grau V	50	9	
Total	11 (22,0)	1 (11,1)	0,455
Grau IIIb+IVa+V			

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste de proporção Z.

Tabela 10: Resultados da comparação das complicações hérnia incisional e obstrução intestinal e do total de complicações pós-cirúrgicas tardias e pélvicas por via de acesso nos pacientes submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	Laparotômico N=45	VL N=10	Valor-p <sup>1</sup>
Hérnia incisional	5 (11,1)	0 (0,0)	0,572
Obstrução intestinal	5 (11,1)	2 (20,0)	0,599
Pacientes com complicações tardias	19 (42,2)	4 (40,0)	1,000
Pacientes com complicações pélvicas	22 (48,9)	4 (40,0)	0,733

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato

As complicações pélvicas aconteceram em 26 pacientes (47,3%) e corresponderam a 44,0% do total das complicações. Não houve diferença significativa da presença ou não de complicações pélvicas e o tipo de doença (tabela 11 e figura 5).

Tabela 11: Resultados da comparação das complicações pélvicas entre os pacientes com PAF e RCU submetidos a PCT com RIA (n=55).

Variáveis	RCU N=17	PAF N=38	Valor-p
Fístula precoce do RIA para a vagina	1 (5,9)	1 (2,6)	1,000 <sup>1</sup>
Fístula tardia do RIA para a vagina	0 (0,0)	3 (7,9)	0,544 <sup>1</sup>
Fístula do RIA para a bexiga	0 (0,0)	1 (2,6)	1,000 <sup>1</sup>
Hemorragia pélvica	0 (0,0)	7 (18,4)	0,086 <sup>1</sup>
Hemorragia da linha de grampo	0 (0,0)	1 (2,6)	1,000 <sup>1</sup>
Abscesso pélvico ou fístula anastomótica	3 (17,6)	16 (42,1)	0,078 <sup>2</sup>
Lesão de ureter	2 (11,8)	0 (0,0)	0,092 <sup>1</sup>
Estenose da anastomose	0 (0,0)	2 (5,3)	0,565 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; \*resíduo ajustado padronizado <-1,96; \*\*resíduo ajustado padronizado >+1,96.

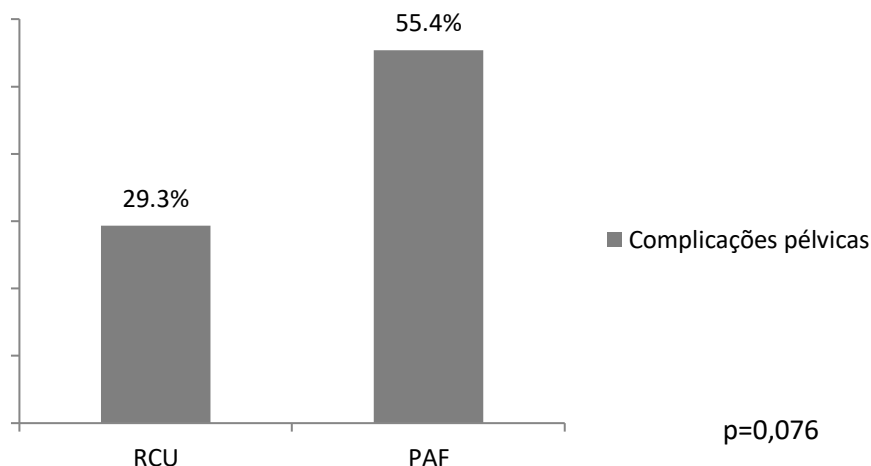


Figura 5: Resultados da comparação entre os pacientes com complicações pélvicas na RCU e PAF submetidos a PCT com RIA.

Falência de RIA ocorreu em 10,9% dos pacientes, sendo todos os casos em portadores de PAF. As causas de falência foram dois casos por fístulas do RIA para vagina, dois por fístulas anastomóticas do RIA, um por fístula do RIA para bexiga e um por ressecção de tumor desmóide de mesentério.

### 6.5 Análise da função do RIA e de QVRS

Na avaliação da função do RIA e de QVRS foram incluídos 40 pacientes, sendo 15 com RCU e 25 com PAF. A idade média foi de  $39,2 \pm 13,1$  anos, a maioria (62,5%) era do sexo masculino e o tempo de RIA variou de um ano até 11 anos e meio, com mediana de 3,75 anos. Na história obstétrica evidenciou-se que 53,3% das mulheres eram nulíparas, 26,7% tinham realizado partos vaginais prévios e o máximo de partos vaginais foi de dois em três pacientes.

Na avaliação da função específica do RIA, a mediana de evacuações em 24 horas foi de seis, sendo uma noturna. A absoluta maioria dos pacientes (87,5%) não apresentava incontinência para fezes sólidas, enquanto 50% referiram escape fecal. Urgência evacuatória foi relatada por 32,5% dos pacientes, sendo que, era possível manter contenção fecal por mais de meia hora em todos os casos. Quanto à sensação de evacuação incompleta, 20% relatavam

mais do que quatro episódios por dia. Medicação antidiarreica era utilizada por 60 %, enquanto 76,3% referiam restrição alimentar. Não houve diferença estatística da função do RIA por doença e nem por presença ou ausência de complicações pélvicas (tabelas 12 e 13).

Tabela 12: Resultados da comparação da função do RIA em pacientes com RCU e PAF submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	RCU N=15	PAF N=25	Total N=40	Valor-p
<b>Evacuações 24 horas</b>				
Mediana (Q1;Q3)	6,0 (4,0 ; 8,0)	6,0 (4,0 ; 7,5)	6,0 (4,0 ; 7,8)	0,966 <sup>2</sup>
<b>Evacuações noturnas</b>				
Mediana (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 2,0)	1,0 (0,5 ; 2,0)	1,0 (1,0 ; 2,0)	0,591 <sup>2</sup>
<b>Escape fecal</b>				
Nunca	7 (46,7)	13 (52,0)	20 (50,0)	0,953 <sup>1</sup>
À noite	5 (33,3)	6 (24,0)	11 (27,5)	
De dia	2 (13,3)	4 (16,0)	6 (15,0)	
Ambos	1 (6,7)	2 (8,0)	3 (7,5)	
<b>Incontinência para fezes sólidas</b>				
Nunca	14 (93,3)	21 (84,0)	35 (87,5)	0,633 <sup>1</sup>
Raramente	1 (6,7)	4 (16,0)	5 (12,5)	
Às vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Maioria das vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sempre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Urgência</b>				
Não	11 (73,3)	16 (64,0)	27 (67,5)	0,730 <sup>1</sup>
Sim, mas retém mais de meia hora	4 (26,7)	9 (36,0)	13 (32,5)	
Sim, entre meia hora e cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim, menos de cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Uso de antidiarreico</b>				
Sim	9 (60,0)	15 (60,0)	24 (60,0)	1,000 <sup>1</sup>
Não	4 (40,0)	10 (40,0)	16 (40,0)	
<b>Evacuações incompletas em 24 horas</b>				
≤1	9 (60,0)	8 (32,0)	17 (42,5)	0,158 <sup>3</sup>
>1 e ≤4	3 (20,0)	12 (48,0)	15 (37,5)	
>4	3 (20,0)	5 (20,0)	8 (20,0)	
<b>Restrição alimentar</b>				
Sim	11 (73,3)	18 (78,3)	29 (76,3)	1,000 <sup>1</sup>
Não	4 (26,7)	5 (21,7)	9 (23,7)	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Mann Whitney; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico.

Tabela 13: Resultados da comparação da função do RIA relacionado à presença de complicações pélvicas em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Complicações pélvicas		Valor-p
	Sim N=16	Não N=24	
<b>Evacuações 24 horas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	6,0 (5,0 ; 8,0)	5,5 (4,0 ; 7,0)	0,358 <sup>3</sup>
<b>Evacuações noturnas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 2,0)	1,0 (0,0 ; 2,0)	0,301 <sup>3</sup>
<b>Escape fecal</b>			
Nunca	7 (43,8)	13 (54,2)	0,328 <sup>1</sup>
À noite	3 (18,8)	8 (33,3)	
De dia	4 (25,0)	2 (8,3)	
Ambos	2 (12,5)	1 (4,2)	
<b>Incontinência</b>			
Nunca	15 (93,8)	20 (83,3)	0,631 <sup>1</sup>
Raramente	1 (6,2)	4 (16,7)	
Às vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Maioria das vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sempre	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Urgência</b>			
Não	10 (62,5)	17 (70,8)	0,581 <sup>2</sup>
Sim, mas retém mais de meia hora	6 (37,5)	7 (29,2)	
Sim, entre meia hora e cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim, menos de cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Uso de antidiarreico</b>			
Sim	7 (43,8)	9 (37,5)	0,693 <sup>2</sup>
Não	9 (56,2)	15 (62,5)	
<b>Evacuações incompletas em 24 horas</b>			
≤1	7 (43,8)	10 (41,7)	1,000 <sup>1</sup>
>1 e ≤4	6 (37,5)	9 (37,5)	
>4	3 (18,8)	5 (20,8)	
<b>Restrição alimentar</b>			
Sim	13 (86,7)	16 (69,6)	0,273 <sup>1</sup>
Não	2 (13,3)	7 (30,4)	

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; <sup>3</sup> Teste Mann Whitney.

Na avaliação de QVRS, 65% afirmaram que os sintomas intestinais pioram em nada ou pouco sua qualidade de vida, o CGQL foi 0,82 e todos os domínios do SF36 tiveram mediana acima de 70 pontos (figura 6). Nem o tipo de doença e nem a presença de complicações pélvicas tiveram relação estatística com esses resultados (tabelas 14 e 15). Apenas nos pacientes com RCU incluiu-se também a avaliação pelo questionário IBDQ, que apresentou mediana de 180, com seus valores por domínios representados na tabela 16.

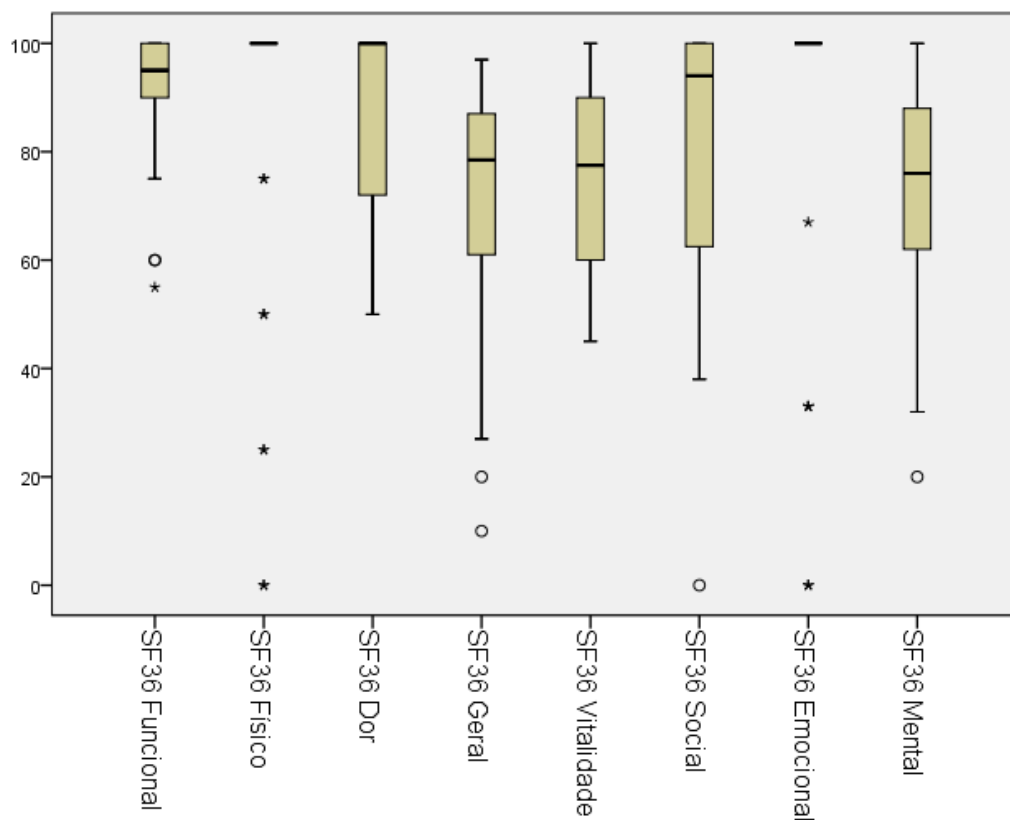


Figura 6: Avaliação dos resultados do questionário SF36 por domínios em pacientes submetidos a PCT com RIA.

Tabela 14: Comparação de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde na RCU e PAF em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	RCU N=15	PAF N=25	Valor-p
<b>Piora da qualidade de vida:</b>			0,493 <sup>1</sup>
Nada ou pouco	8 (53,3)	18 (72,0)	
Algumas vezes	5 (33,3)	4 (16,0)	
Muito	2 (13,3)	3 (12,0)	
<b>CGQL</b>			
Mediana (Q1;Q3)	0,80 (0,73 ; 0,90)	0,87 (0,77 ; 0,97)	0,116 <sup>2</sup>
<b>SF36 funcional</b>			
Mediana (Q1;Q3)	95,0 (80,0 ; 100,0)	95,0 (90,0 ; 100)	0,529 <sup>2</sup>
<b>SF36 físico</b>			
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (100,0 ; 100,0)	100,0 (75,0 ; 100,0)	0,119 <sup>2</sup>
<b>SF36 dor</b>			
Mediana (Q1;Q3)	84,0 (72,0 ; 100,0)	100,0 (66,5 ; 100,0)	0,761 <sup>2</sup>
<b>SF36 geral</b>			
Mediana (Q1;Q3)	82,0 (62,0 ; 92,0)	77,0 (58,5 ; 87,0)	0,400 <sup>2</sup>
<b>SF36 vitalidade</b>			
Mediana (Q1;Q3)	80,0 (60,0 ; 90,0)	70,0 (57,5 ; 92,5)	0,705 <sup>2</sup>
<b>SF36 social</b>			
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (75,0 ; 100,0)	88,0 (50,0 ; 100,0)	0,461 <sup>2</sup>
<b>SF36 emocional</b>			
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (100,0 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,875 <sup>2</sup>
<b>SF36 mental</b>			
Mediana (Q1;Q3)	76,0 (48,0 ; 100,0)	76,0 (64,0 ; 100,0)	0,547 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Mann Whitney



Tabela 15: Comparação entre a Qualidade de vida Relacionada a Saúde e presença de complicações pélvicas em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Complicações pélvicas		Valor-p
	Sim N=16	Não N=24	
<b>Piora da qualidade de vida:</b>			
Nada ou pouco	10 (62,5)	16 (66,7)	0,713 <sup>1</sup>
Algumas vezes	3 (18,8)	6 (25,0)	
Muito	3 (18,8)	2 (8,3)	
<b>CGQL</b> Mediana (Q1;Q3)	0,80 (0,63 ; 0,95)	0,87 (0,77 ; 0,97)	0,291 <sup>2</sup>
<b>SF36 funcional</b> Mediana (Q1;Q3)	95,0 (80,0 ; 100,0)	95,0 (90,0 ; 100,0)	0,543 <sup>2</sup>
<b>SF36 físico</b> Mediana (Q1;Q3)	100,0 (43,8 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,343 <sup>2</sup>
<b>SF36 dor</b> Mediana (Q1;Q3)	100,0 (63,8 ; 100,0)	92,0 (72,0 ; 100,0)	0,928 <sup>2</sup>
<b>SF36 geral</b> Mediana (Q1;Q3)	69,5 (57,8 ; 85,3)	82,0 (62,0 ; 90,8)	0,188 <sup>2</sup>
<b>SF36 vitalidade</b> Mediana (Q1;Q3)	80,0 (57,5 ; 90,0)	72,5 (60,0 ; 93,8)	0,868 <sup>2</sup>
<b>SF36 social</b> Mediana (Q1;Q3)	81,5 (50,0 ; 100,0)	100,0 (75,0 ; 100,0)	0,072 <sup>2</sup>
<b>SF36 emocional</b> Mediana (Q1;Q3)	100,0 (100,0 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,773 <sup>2</sup>
<b>SF36 mental</b> Mediana (Q1;Q3)	78,0 (64,0 ; 84,0)	76,0 (57,0 ; 88,0)	0,868 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Mann Whitney;

Tabela 16: Resultado da mediana de IBDQ por domínios nos pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA (n=15)

Variáveis	Mediana (Q1;Q3)	Mínimo	Máximo
IBDQ intestinal	57,0 (54,0 ; 60,0)	10,0	70,0
IBDQ sistêmico	28,0 (24,0 ; 30,0)	5,0	35,0
IBDQ social	30,0 (27,0 ; 32,0)	5,0	35,0
IBDQ emocional	65,0 (50,0 ; 73,0)	12,0	84,0

Três pacientes apresentaram idade maior ou igual a 60 anos, e a avaliação de função específica do RIA e de QVRS nos mesmos não foi possível estatisticamente pelo tamanho da amostra.

As pacientes do sexo feminino apresentaram mediana de quatro evacuações em 24 horas com uma evacuação noturna, dados

estatisticamente inferiores ao sexo masculino. As mesmas também referiram menor interferência dos sintomas intestinais na sua qualidade de vida e CGQL estatisticamente melhores aos dos pacientes do sexo masculino. (Tabelas 17 e 18)

Tabela 17: Comparação da função específica do RIA entre pacientes do sexo masculino e feminino submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Sexo		Valor-p
	Masculino N=25	Feminino N=15	
<b>Evacuações 24 horas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	7,0 (5,0 ; 9,5)	4,0 (3,0 ; 6,0)	0,003 <sup>1</sup>
<b>Evacuações noturnas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	2,0 (1,0 ; 3,0)	1,0 (0,0 ; 1,0)	0,006 <sup>1</sup>
<b>Escape fecal</b>			
Nunca	9 (36,0)	11 (73,3)	0,155 <sup>2</sup>
À noite	9 (36,0)	2 (13,3)	
De dia	5 (20,0)	1 (6,7)	
Ambos	2 (8,0)	1 (6,7)	
<b>Incontinência</b>			
Nunca	21 (84,0)	14 (93,3)	0,633 <sup>2</sup>
Raramente	4 (16,0)	1 (6,7)	
Às vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Maioria das vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sempre	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Urgência</b>			
Não	15 (60,0)	12 (80,0)	0,298 <sup>2</sup>
Sim, mas retém mais de meia hora	10 (40,0)	3 (20,0)	
Sim, entre meia hora e cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim, menos de cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Uso de antidiarreico</b>			
Sim	10 (40,0)	6 (40,0)	1,000 <sup>3</sup>
Não	15 (60,0)	9 (60,0)	
<b>Evacuações incompletas em 24 horas</b>			
≤1	9 (36,0)	8 (53,3)	0,493 <sup>3</sup>
>1 e ≤4	11 (44,0)	4 (26,7)	
>4	5 (20,0)	3 (20,0)	
<b>Restrição alimentar</b>			
Sim	21 (87,5)	8 (57,1)	0,052 <sup>2</sup>
Não	3 (12,5)	6 (42,9)	

<sup>1</sup> Teste Mann Whitney; <sup>2</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico.

Tabela 18: Comparação de QVRS entre pacientes do sexo masculino e feminino submetidos à PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Sexo		Valor-p
	Masculino N=25	Feminino N=15	
Piora da qualidade de vida	12 (48,0)*	14 (93,3)**	0,012 <sup>1</sup>
Nada ou pouco	8 (32,0)	1 (6,7)	
Algumas vezes	5 (20,0)	0 (0,0)	
Muito			
CGQL Mediana (Q1;Q3)	0,77 (0,65 ; 0,90)	0,93 (0,83 ; 0,97)	0,004 <sup>2</sup>
SF36 funcional Mediana (Q1;Q3)	95,0 (80,0 ; 100,0)	100,0 (95,0 ; 100,0)	0,135 <sup>2</sup>
SF36 físico Mediana (Q1;Q3)	100,0 (87,5 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,337 <sup>2</sup>
SF36 dor Mediana (Q1;Q3)	100,0 (66,5 ; 100,0)	84,0 (72,0 ; 100,0)	0,988 <sup>2</sup>
SF36 geral Mediana (Q1;Q3)	77,0 (57,0 ; 87,0)	82,0 (62,0 ; 87,0)	0,492 <sup>2</sup>
SF36 vitalidade Mediana (Q1;Q3)	70,0 (55,0 ; 95,0)	85,0 (70,0 ; 90,0)	0,653 <sup>2</sup>
SF36 social Mediana (Q1;Q3)	88,0 (50,0 ; 100,0)	100,0 (75,0 ; 100,0)	0,191 <sup>2</sup>
SF36 emocional Mediana (Q1;Q3)	100,0 (100,0 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,719 <sup>2</sup>
SF36 mental Mediana (Q1;Q3)	68,0 (48,0 ; 88,0)	80,0 (76,0 ; 88,0)	0,268 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Mann Whitney; \*resíduo ajustado  $\leq -1,96$  e \*\*resíduo ajustado  $\geq +1,96$

Os pacientes com escolaridade maior que oito anos de estudo apresentaram SF36 nos domínios físico, dor e geral estatisticamente mais elevados quando comparados aos de escolaridade inferior (tabela 19) embora a avaliação de função específica do RIA não seja estatisticamente diferente (tabela 20).

Tabela 19: Comparação de escolaridade e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=39).

Variáveis	Escolaridade		Valor-p
	≤8 anos de estudo N=17	>8 anos de estudo N=22	
<b>Piora da qualidade de vida</b>			
Nada ou pouco	10 (58,8)	16 (72,7)	0,262 <sup>1</sup>
Algumas vezes	3 (17,6)	5 (22,7)	
Muito	4 (23,5)	1 (4,5)	
<b>CGQL</b>			
Mediana (Q1;Q3)	0,800 (0,700 ; 0,967)	0,848 (0,758 ; 0,933)	0,648 <sup>2</sup>
<b>SF36 funcional</b>			
Mediana (Q1;Q3)	95,0 (77,5 ; 100,0)	97,5 (93,8 ; 100,0)	0,069 <sup>2</sup>
<b>SF36 físico*</b>			
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (50,0 ; 100,0)	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,041 <sup>2</sup>
<b>SF36 dor</b>			
Mediana (Q1;Q3)	72,0 (61,0 ; 100,0)	100,0 (84,0 ; 100,0)	0,008 <sup>2</sup>
<b>SF36 geral</b>			
Mediana (Q1;Q3)	62,0 (52,0 ; 87,0)	82,0 (70,8 ; 92,0)	0,030 <sup>2</sup>
<b>SF36 vitalidade</b>			
Mediana (Q1;Q3)	70,0 (52,5 ; 92,5)	80,0 (65,0 ; 91,3)	0,494 <sup>2</sup>
<b>SF36 social</b>			
Mediana (Q1;Q3)	75,0 (50,0 ; 100,0)	100,0 (75,0 ; 100,0)	0,057 <sup>2</sup>
<b>SF36 emocional</b>			
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (100,0 ; 100,0)	100,0 (91,8 ; 100,0)	0,183 <sup>2</sup>
<b>SF36 mental</b>			
Mediana (Q1;Q3)	68,0 (54,0 ; 86,0)	80,0 (70,0;88,0)	0,172 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup> Teste Mann Whitney; \*Não foi possível fazer o teste da mediana, os resultados medianos foram iguais mas a variabilidade entre os quartis 1 e 3 foram maiores.

Tabela 20: Resultados da comparação da função específica do RIA e escolaridade em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=39).

Variáveis	Escolaridade		Valor-p
	≤8 anos N=17	>8 anos N=22	
<b>Evacuações em 24 horas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	6,0 (4,5 ; 8,5)	5,5 (4,0 ; 7,3)	0,529 <sup>1</sup>
<b>Evacuações noturnas</b>			
Mediana (Q1 ; Q3)	1,0 (0,5 ; 2,5)	1,0 (0,8 ; 2,0)	0,616 <sup>1</sup>
<b>Escape fecal</b>			
Nunca	6 (35,3)	14 (63,6)	0,112 <sup>2</sup>
À noite	4 (23,5)	6 (27,3)	
De dia	5 (29,4)	1 (4,5)	
Ambos	2 (11,8)	1 (4,5)	
<b>Incontinência</b>			
Nunca	15 (88,2)	19 (86,4)	1,000 <sup>2</sup>
Raramente	2 (11,8)	3 (13,6)	
Às vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Maioria das vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sempre	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Urgência</b>			
Não	10 (58,8)	16 (72,7)	0,361 <sup>3</sup>
Sim, mas retém mais de meia hora	7 (41,2)	6 (27,3)	
Sim, entre meia hora e cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim, menos de cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Uso de antidiarreico</b>			
Sim	6 (35,3)	9 (40,9)	0,721 <sup>3</sup>
Não	11 (64,7)	13 (59,1)	
<b>Evacuações incompletas em 24 horas</b>			
≤1	6 (35,3)	11 (50,0)	0,361 <sup>2</sup>
>1 e ≤4	6 (35,3)	9 (40,9)	
>4	5 (29,4)	2 (9,1)	
<b>Restrição alimentar</b>			
Sim	14 (82,4)	14 (70,0)	0,462 <sup>2</sup>
Não	3 (17,6)	6 (30,0)	

<sup>1</sup>Teste Mann Whitney; <sup>2</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico

Quanto ao tempo de RIA, não houve diferença significativa na função do reservatório, enquanto na avaliação da QVRS, evidenciou-se piora significativa no aspecto geral do SF36 com o aumento do tempo de RIA. Por outro lado, foi observada melhora do

aspecto funcional do SF36 com o aumento do tempo de RIA, a qual, entretanto, não chegou a atingir significância estatística ( $p=0,068$ ) (tabelas 21 e 22).

Tabela 21: Resultados da comparação da função específica por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Tempo de RIA			Valor-p
	1 a 2 anos	2,1 a 5 anos	>5 anos	
<b>Evacuações em 24 horas</b>				
Mediana (Q1 ; Q3)	5,0 (4,0 ; 7,0)	6,0 (4,0 ; 7,0)	6,0 (4,0 ; 9,0)	0,846 <sup>1</sup>
<b>Evacuações noturnas</b>				0,405 <sup>1</sup>
Mediana (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 2,0)	1,5 (1,0 ; 2,3)	1,0 (0,0 ; 2,0)	
<b>Escape fecal</b>				0,667 <sup>2</sup>
Nunca	6 (54,5)	4 (40,0)	10 (52,6)	
À noite	2 (18,2)	2 (20,0)	7 (36,8)	
De dia	2 (18,2)	3 (30,0)	1 (5,3)	
Ambos	1 (9,1)	1 (10,0)	1 (5,3)	
<b>Incontinência</b>				1,000 <sup>2</sup>
Nunca	10 (90,9)	9 (90,0)	16 (84,2)	
Raramente	1 (9,1)	1 (10,0)	3 (15,8)	
Às vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Maioria das vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sempre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Urgência</b>				0,214 <sup>2</sup>
Não	5 (45,5)	8 (80,0)	14 (73,7)	
Sim, mas retém mais de meia hora	6 (54,5)	2 (20,0)	5 (26,3)	
Sim, entre meia hora e cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim, menos de cinco minutos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Uso de antidiarreico</b>				0,292 <sup>2</sup>
Sim	6 (54,5)	2 (20,0)	8 (42,1)	
Não	5 (45,5)	8 (80,0)	11 (57,9)	
<b>Evacuações incompletas em 24 horas</b>				0,907 <sup>2</sup>
≤1	5 (45,5)	3 (30,0)	9 (47,4)	
>1 e ≤4	4 (36,4)	5 (50,0)	6 (31,6)	
>4	2 (18,2)	2 (20,0)	4 (21,1)	
<b>Restrição alimentar</b>				1,000 <sup>2</sup>
Sim	8 (72,7)	6 (75,0)	15 (78,9)	
Não	3 (27,3)	2 (25,0)	4 (21,1)	

<sup>1</sup> Teste Kruskal Wallis <sup>2</sup> Teste qui-quadrado de Pearson exato

Tabela 22: Resultados da comparação da QVRS por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA (n=40).

Variáveis	Tempo de RIA			Valor-p
	1 a 2 anos	2,1 a 5 anos	>5 anos	
<b>Piora da qualidade de vida</b>				
Nada ou pouco	7 (63,6)	7 (70,0)	12 (63,2)	0,366 <sup>1</sup>
Algumas vezes	1 (9,1)	3 (30,0)	5 (26,3)	
Muito	3 (27,3)	0 (0,0)	2 (10,5)	
<b>CGQL</b>				
Mediana (Q1;Q3)	0,839±0,15	0,820±0,13	0,818±0,15	0,921 <sup>2</sup>
<b>SF36 funcional</b>				
Mediana (Q1;Q3)	90,0 (75,0; 95,0)	100,0 (87,5; 100,0)	100,0 (90,0; 100,0)	0,068 <sup>3</sup>
<b>SF36 físico</b>				
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (25,0; 100,0)	-	100,0 (75,0; 100,0)	0,187 <sup>3</sup>
<b>SF36 dor</b>				
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (61,0; 100,0)	100,0 (81,0; 100,0)	84,0 (72,0; 100,0)	0,696 <sup>3</sup>
<b>SF36 geral</b>				
Mediana (Q1;Q3)	87,0 (82,0; 92,0)	72,0 (61,5; 88,3)	67,0 (47,0 ; 87,0)	0,040 <sup>3*</sup>
<b>SF36 vitalidade</b>				
Mediana (Q1;Q3)	85,0 (70,0; 95,0)	85,0 (58,8; 91,3)	70,0 (55,0 ; 90,0)	0,462 <sup>3</sup>
<b>SF36 social</b>				
Mediana (Q1;Q3)	75,0 (50,0; 100,0)	100,0 (88,0; 100,0)	88,0 (50,0; 100,0)	0,229 <sup>3</sup>
<b>SF36 emocional</b>				
Mediana (Q1;Q3)	100,0 (33,0; 100,0)	-	100,0 (100,0 ; 100,0)	0,191 <sup>3</sup>
<b>SF36 mental</b>				
Mediana (Q1;Q3)	60,0 (48,0; 88,0)	80,0 (67,0; 88,0)	76,0 (64,0; 88,0)	0,678 <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson exato; <sup>2</sup>ANOVA; <sup>3</sup>Teste Kruskal Wallis.

\*Resultado da comparação do SF36 geral 2 a 2 com correção de Bonferroni:

Entre 1 a 2anos e 2,1 a 5anos: p=0,110; entre 1 a 2 anos e >5 anos: p=0,016 e entre 2,1 a 5 anos e >5 anos p=0,300. Ao nível de 0,016 somente teve diferença entre 1 a 2anos e >5 anos.

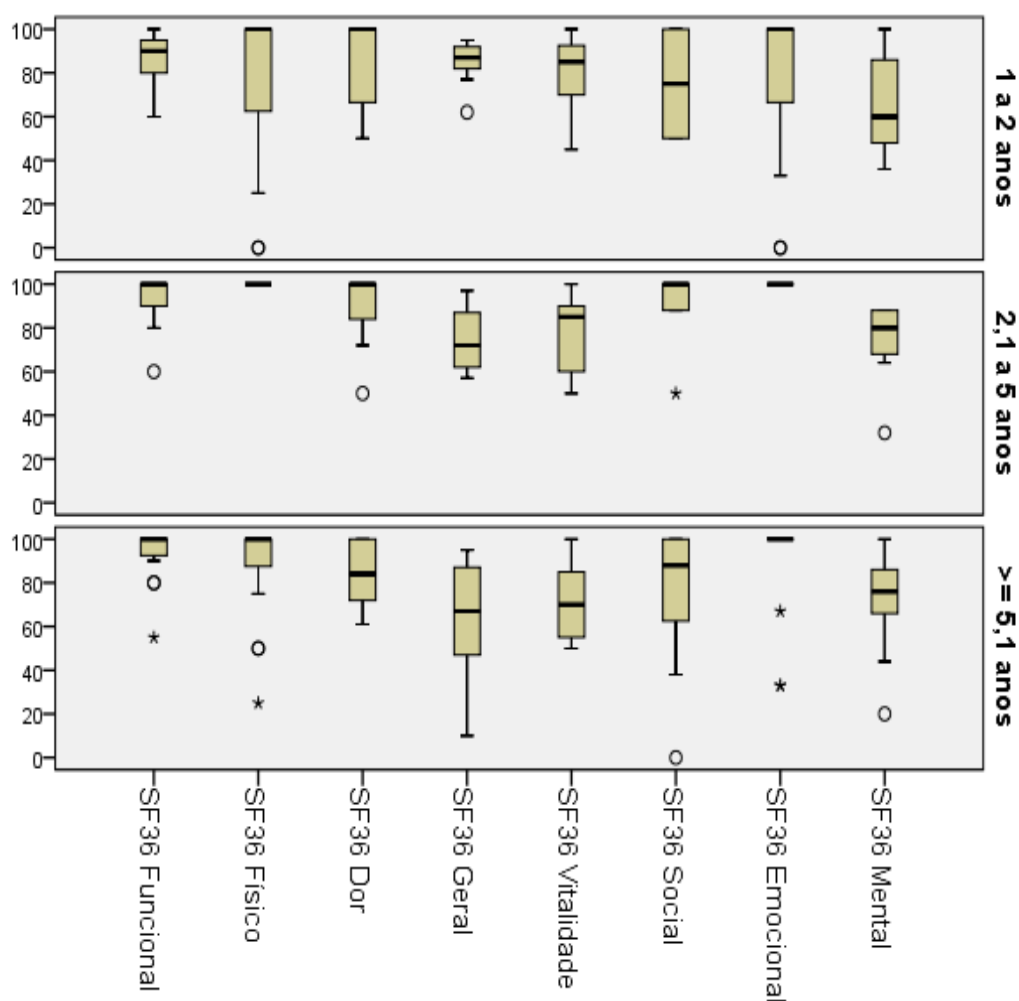
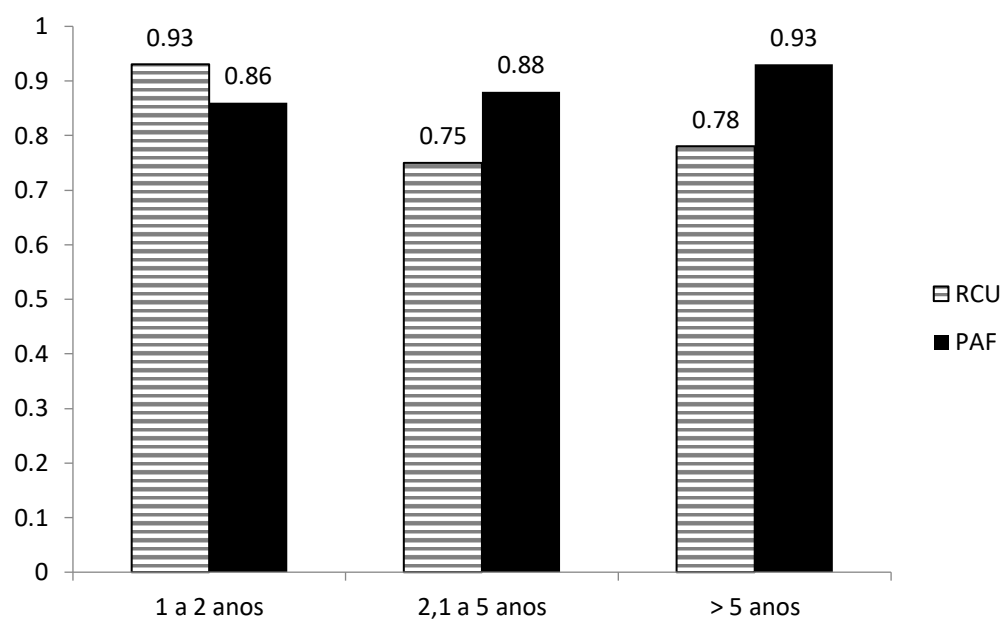


Figura 7: Resultado da comparação dos domínios do SF36 por tempo de RIA.

Na avaliação do tempo de RIA por tipo de doença, observou-se que nos primeiros dois anos após a cirurgia os pacientes com RCU apresentaram melhores escores do CGQL do que os com PAF, e após esse período houve uma inversão desses valores, com os portadores de PAF apresentando melhores escores do CGQL, sem entretanto alcançar significado estatístico.





Teste de Mann Whitney ( $p > 0,05$ )

Figura 8: Resultado do CGQL na RCU e na PAF por tempo de RIA em pacientes submetidos a PCT com RIA.

## 7 DISCUSSÃO

O desenvolvimento do RIA revolucionou o tratamento cirúrgico de pacientes com indicação de PCT, por permitir a preservação esfinteriana. Trata-se de uma cirurgia de grande porte, que apesar de possuir mortalidade baixa, apresenta grande morbidade mesmo em centros de referência.

No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentava diagnóstico de PAF com indicação profilática da cirurgia. Isto está em desacordo com a maioria dos centros de referência internacionais, nos quais 80 a 95% da amostra é composta por pacientes com RCU[12, 38, 58-61]. Pode-se especular que tal divergência resulta de possível resistência na indicação cirúrgica em portadores de RCU no nosso meio, com insistência em múltiplos tratamentos clínicos, mesmo em pacientes refratários[62]. Outra possível razão seria o temor, tanto de pacientes, quanto de clínicos, em indicar a cirurgia devido ao porte do procedimento e de sua considerável morbidade[42, 62], incluindo a ocorrência de bolsites. Soma-se a isso, a dificuldade de acesso de muitos pacientes a centros cirúrgicos terciários, e o desconhecimento acerca dos bons resultados obtidos na maioria dos casos operados[42, 62].

Por outro lado, por tratar-se de centro de referência para cirurgias de maior complexidade, o HC-UFMG recebe, constantemente, o encaminhamento de muitos casos de PAF, condição sabidamente, de indicação cirúrgica. Além disso, por consequência da investigação dos familiares, a instituição mantém um movimento constante em relação ao procedimento por esta indicação.

Em se tratando de RCU, a principal indicação da cirurgia foi a intratabilidade clínica, o que está de acordo com a literatura[13, 63, 64], porém o uso de esteróides (94,1%) é mais elevado do que na maioria dos levantamentos em que varia de 20% [63] a 70%[64]. Isto

justificou a utilização da tática dos três tempos na absoluta maioria dos pacientes com RCU, o que não se observou em pacientes com PAF.

O desvio do trânsito intestinal por meio de ileostomia protetora após confecção do RIA não diminui nem previne a formação de fístulas do RIA[65]. Por outro lado, é capaz de diminuir as consequências clínicas da fístula, frequentemente desastrosas, como a sepse pélvica [21]. A ileostomia, entretanto, não é um procedimento livre de morbidade, sendo a desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, fístula entérica na reconstrução de trânsito e obstrução intestinal algumas das complicações descritas[21].

Uma grande metanálise incluindo 1486 pacientes compilados de 17 estudos avaliou a realização ou não de ileostomia protetora na confecção de RIA e concluiu que a sepse pélvica foi maior em grupos sem estoma, porém estenose e falência do RIA foram maiores em pacientes com estoma[66]. Outro estudo de referência[67] com 1725 pacientes submetidos a PCT com RIA e ileostomia, e 277 sem ileostomia, evidenciou importante viés de seleção. No grupo com ileostomia, os pacientes eram mais idosos, do sexo masculino, usavam doses maiores de esteroides e possuíam índices de massa corporal (IMC) mais elevados. A conduta adotada por alguns centros de referência é a omissão de derivação intestinal, com cirurgia em um tempo ou em dois tempos modificada, para pacientes selecionados [4, 20].

No presente estudo, o único caso onde não se realizou ileostomia protetora, por dificuldades técnicas, apresentou abscesso pélvico, com formação de fístula do RIA para a vagina. Tais complicações foram tratadas com drenagem guiada por tomografia computadorizada e antibioticoterapia. Em contrapartida, o único óbito cirúrgico ocorreu por complicação do fechamento de uma ileostomia, devido a fístula na anastomose.

A mortalidade cirúrgica é de cerca de 1%[12, 52] na maioria dos estudos, estando nossos resultados (1,8%) compatíveis com a

literatura. A baixa mortalidade justifica-se pela presença de pacientes majoritariamente jovens, cirurgias realizadas em centro terciário por equipe especializada e seleção pré-operatória dos pacientes[52]. Em nosso meio, Leal e cols [23] descreveram também mortalidade cirúrgica baixa (2,9%) na realização de RIA.

As taxas de morbidade descritas na literatura são bastante discrepantes, variando de 19 a 62,5%, dependendo dos critérios utilizados nos diversos estudos[52]. No Brasil a morbidade foi avaliada em estudo da UNICAMP[23] com 69 pacientes com diagnóstico de PAF. A morbidade global foi de 63,8%. As complicações mais frequentes foram a obstrução intestinal (17,4%), estenose de anastomose (15,9%), sepse pélvica (10,1%), isquemia do RIA ( 4,3%) , bolsite (2,9%) e fistula do RIA para outros órgãos (2,9%).

Na presente casuística, a morbidade observada pode ser considerada elevada, tendo atingido 76,4%, sendo 65,5% de complicações precoces e 41,8% de complicações tardias. A fístula anastomótica foi a complicação precoce mais comum sendo considerada a taxa de 34,5%, significativamente mais elevada do que aquelas descritas na literatura, que variam entre 5 e 25%[21, 23, 38, 49, 52, 60, 65]. Tal heterogeneidade se justifica em parte pelos diferentes conceitos de fístula entre os artigos, bem como pela experiência da equipe cirúrgica e o perfil dos pacientes operados[21]. No presente estudo, considerou-se o conceito mais amplo de fístula, independentemente de confirmação radiológica, e acrescentando conjuntamente na análise os abscessos pélvicos, de forma a aumentar a sensibilidade do diagnóstico. Isto porque no pós-operatório da PCT, a grande maioria dos pacientes estava com desvio de trânsito, o que, certamente, justifica a alta taxa de fístula encontrada.

Alguns estudos evidenciaram mais complicações sépticas em pacientes com RCU[68, 69], o que está em desacordo com o encontrado neste trabalho. Não houve diferença estatística em complicações precoces por via de acesso, e nem por tipo de doença.

Entretanto, os pacientes com RCU apresentaram significativamente complicações precoces mais graves pela classificação de Clavien-Dindo, o que se justifica pelo perfil dos portadores de RCU, que utilizavam, em sua maioria, medicação imunossupressora.

A segunda complicação precoce mais frequente foi a hemorragia pélvica com 12,8%, com resultados também acima da literatura que variam de 2,4%[\[70\]](#) a 8 %[\[59\]](#).

O sangramento nas linhas de grampeamento do RIA ocorreu em apenas um paciente (1,8%), resultado discretamente inferior ao previsto na literatura de 2,4% a 3,8%[\[12\]](#), e foi conduzido conservadoramente com resolução completa em 72 horas.

Apesar da grande morbidade cirúrgica precoce, mais de 64,4% dessas complicações foram conduzidas de maneira conservadora (Clavien-Dindo I e II), chegando a 79,7% considerando-se também as abordagens sob anestesia local, como punção guiada por imagem (Clavien Dindo I, II e IIIa).

A ocorrência de bolsite e de obstrução intestinal foram as complicações tardias mais comuns (10,8% e 9,1%, respectivamente), sendo que a bolsite foi mais frequente nos portadores de RCU (40% na RCU e 3,2% na PAF). As taxas de obstrução intestinal variam de 12,9%[\[70\]](#) até 25,3%[\[12\]](#) , sendo possível a condução não-operatória na maioria dos casos[\[12\]](#).

Bolsite consiste na inflamação inespecífica do RIA na ausência de derivação intestinal ou complicações do mesmo [\[21\]](#). Embora a causa ainda seja desconhecida, há evidências recentes de que a disbiose do RIA e uma resposta imune anormal da mucosa estão implicadas na patogênese[\[71\]](#). Cursa com sintomas de tenesmo, aumento do número de evacuações, escapes fecais, incontinência, urgência, além de cólicas e ocasionalmente febre e sangramento anal [\[71, 72\]](#). Os relatos de bolsite na PAF na literatura variam entre 0 a 10%[\[23, 73\]](#), e na RCU esses índices chegam a 40%, aos 10 anos de

confeção do RIA[21], com prevalência acumulada de até 50%[71], tendo impacto importante na qualidade de vida a longo prazo em portadores de RCU[74].

Com relação à estenose da anastomose, observou-se taxa de apenas 3,6%, menor do que aquelas descritas na literatura, que variam de 6,8%[22] até 20%[75].

Fístula do RIA para outros órgãos ocorreu em seis pacientes (10,9%), sendo em cinco para a vagina e em um para a bexiga. Na literatura as taxas variam de 6 a 12% [52, 60], sendo a vagina o local mais comum[52], e apresentando diminuição progressiva ao longo do tempo de experiência do serviço[60],

Não houve diferença estatística entre as complicações tardias por via de acesso. Porém todos os casos de hérnias incisionais ocorreram na via aberta, assim como a maior parte das obstruções intestinais. Apesar da laparoscopia poder resultar em menor formação de aderências e conseqüentemente menor incidência de obstrução intestinal, assim como de hérnias incisionais, tal relação não é totalmente comprovada por evidências científicas. Publicação recente com 238 pacientes submetidos a PCT com RIA por laparotomia e 110 por videolaparoscopia não evidenciou diferença significativa entre obstrução intestinal (26,1% e 29,4%, respectivamente) ou hérnias incisionais (8,4% e 11,8% respectivamente)[76]. Outro estudo com 290 pacientes na via laparotômica e 100 pacientes na laparoscópica também não evidenciou diferença significativa para obstrução intestinal entre os grupos (14% e 16%), resultados compatíveis com o presente estudo [77]. No Brasil, estudo recente com 25 pacientes submetidos a PCT com RIA por via laparotômica e 38 pacientes por via laparoscópica [45] não evidenciou diferença estatística entre as complicações precoces, porém identificou-se um maior número de complicações tardias maiores ( $p < 0,01$ ), e mais necessidade de reoperação tardia na via laparotômica ( $p < 0,05$ ). O tempo cirúrgico foi maior na laparoscópica ( $p = 0,03$ ) e o tempo de internação hospitalar

não foi significativamente diferente. Apesar de alguns estudos falharem em demonstrar claro benefício da via laparoscópica, em geral identificam melhor cosmese e tendência para melhor satisfação com a imagem corporal em pacientes do sexo feminino[61], além de possíveis benefícios à fertilidade pós-operatória, quando comparados com a via laparotômica[78]

A morbidade diminui com a experiência do serviço, tanto na cirurgia aberta, quanto na laparoscópica [60, 63]. Uma avaliação recente com quatro mil pacientes operados na Cleveland Clinic [60] evidenciou diminuição significativa de morbidade precoce e tardia com o acúmulo de experiência do serviço, após três décadas de avaliação.

A falência do RIA varia na literatura de 2,4%[70], 6%[52] até 9%[79, 80], compatível com os resultados do corrente estudo de 9,1%. Os motivos mais frequentes da falência do RIA são as fístulas para a vagina e para outros órgãos pélvicos e as complicações sépticas do reservatório [53], o que também está em concordância com o encontrado no presente estudo.

As complicações pélvicas representam parte importante da morbidade cirúrgica, não só pela prevalência e gravidade, mas também pela potencial piora a longo prazo da função do RIA. A incidência de complicações pélvicas varia de 12%[25] até 40,8%[81]. A grande diferença deve-se principalmente a conceitos diferentes, sendo que alguns estudos avaliam apenas complicações pélvicas sépticas e outros englobam uma definição mais abrangente, como a do presente estudo.

Admite-se que as complicações pélvicas, assim como as múltiplas abordagens das mesmas, poderiam resultar em maior fibrose e aderências pélvicas, com prejuízo à complacência do RIA e à sua função e possível comprometimento da QVRS[59]. O presente estudo, apesar de evidenciar uma taxa alta de complicações pélvicas (47,3%), não encontrou correlação estatística com a função do RIA e nem com a QVRS.

A literatura é controversa ao abordar o impacto das complicações pélvicas na função do RIA e QVRS. Trabalho recente evidencia impacto no EF, utilizando o questionário IBDQ, em pacientes que apresentaram complicações pélvicas precoces grau III e IV de Clavien-Dindo [59]. Outro estudo com 130 pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA concluiu que complicações pélvicas e múltiplas intervenções cirúrgicas pelas complicações não afetaram a QVRS e nem a função do RIA[27]. Da mesma maneira outro estudo com 100 pacientes com RCU também não demonstrou relação entre complicações pélvicas sépticas e função do RIA [25].

Na avaliação de EF pelo IBDQ, todos os domínios apresentaram resultados considerados compatíveis com a literatura. De Tílio e cols [42] estudaram em nosso meio pacientes com RCU submetidos a PCT com RIA, relatando resultados para o domínio intestinal de 55,1; sistêmico 23,4; social 25,7 e emocional 60. Valores pouco inferiores aos do presente estudo. Laurberg e cols [41] avaliaram o resultado do IBDQ em pacientes com RCU submetidos a PCT com resultado de 188, e estudo japonês[37] apresentou IBDQ de 180 com domínios intestinal 60, sistêmico 25, social 26 e emocional 69, resultados muito próximos aos aqui obtidos.

Os valores de SF36 por domínio do presente estudo são compatíveis com os resultados da literatura[41, 56], com todos os domínios acima de 80 pontos, exceto a vitalidade e estado geral cuja mediana é um pouco inferior, com resultados de 78,5 e de 75,5 no atual estudo e de 77 e 75 em estudo dinamarquês [41].

Em publicação recente, o grupo da Cleveland Clinic avaliou a função de RIA e QVRS utilizando parâmetros clínicos e o CGQL em 3707 pacientes[38]. Nesse levantamento, a QVRS foi excelente, com CGQL de 0,87 e sem diferença significativa entre pacientes com RCU e PAF ou com o tempo de RIA, dados compatíveis com os resultados do presente estudo (CGQL=0,82).



Quanto à avaliação do impacto na QVRS dos sintomas intestinais, a maioria dos trabalhos na literatura está em acordo com os presentes resultados, e apresentam grau elevado de satisfação com a cirurgia e pouco impacto na qualidade de vida referido pela maioria dos pacientes [12, 33, 38, 40, 56].

A avaliação subjetiva do impacto da função do RIA na QVRS dos pacientes é de difícil compreensão, até mesmo pelos profissionais de saúde que o acompanham. Nem sempre as expectativas e a influência de determinados sintomas apresentam significado semelhante para o paciente e para o médico.

Médicos dinamarqueses especialistas em doença inflamatória intestinal (DII), incluindo 31 cirurgiões e 12 gastroenterologistas, foram convidados a selecionar em um formulário específico com 12 queixas relacionadas ao RIA, quais as cinco que teriam impacto na QVRS dos pacientes, e a classificá-las do maior para o menor impacto. As respostas foram comparadas ao resultado de 1039 pacientes com RIA. O item que apresentou maior impacto na avaliação dos pacientes foi a urgência fecal, porém apenas 67% dos médicos selecionaram urgência e apenas 9% acharam que urgência seria o item com maior impacto na QV. O item pela avaliação dos médicos (51%) que teria maior impacto seria a incontinência fecal, que na avaliação dos pacientes ocupou apenas o terceiro lugar. A segunda queixa mais importante pelos pacientes foi esvaziamento incompleto e este foi selecionado apenas por 23% dos médicos e com apenas 2% considerando corretamente como a segunda queixa mais importante. Os últimos dois itens selecionados pelos pacientes foram número de evacuações diárias e uso de medicação antidiarreica, estes sendo selecionados pelos médicos em apenas 33% e 7% respectivamente. A frequência de evacuações noturnas foi item selecionado por 86% dos médicos e não está nos cinco primeiros selecionados pela maioria dos pacientes. O estudo conclui que a concordância de respostas dos

médicos em relação às dos pacientes não foi maior que o acerto aleatório[82].

Ao avaliar-se a função específica do RIA, a maioria dos resultados aqui obtidos encontram-se dentro dos descritos pela literatura. A quantidade de evacuações em 24 horas varia de seis a sete na literatura [38, 41], sendo seis no presente estudo, com 1 a 2 noturnas[60, 83], sendo uma aqui observada. Urgência varia de 42%[41] a 67%[38], valores um pouco superiores aos 32% relatados na presente pesquisa, porém com a maior parte dos pacientes conseguindo reter as evacuações por mais de 30 minutos[41]. A presença de escape fecal ocorre em 40% a 50% [38, 41, 60] dos pacientes, sendo que em cerca de 25%[60] esse escape é noturno (50% e 25% respectivamente no presente estudo). A grande maioria dos pacientes na literatura, entre 75 e 85% [38, 40] negam incontinência para fezes sólidas o que está de acordo com o aqui obtido (87,5%). Cerca de 60% dos pacientes apresentam mais que um episódio de evacuação incompleta por dia[41], o uso de medicações antidiarreicas varia na literatura de 40 a 57%[32, 41], e a restrição alimentar de 25 a 95%[40, 56, 74], valores semelhantes aos obtidos na presente casuística (57,5%, 60% e 76,3% respectivamente).

A avaliação da QVRS e da função do RIA por tipo de doença não apresentou diferença estatística, em conformidade com outros autores [12, 84].

Na literatura, ao avaliar-se a função do RIA por sexo, as mulheres apresentaram mais urgência e evacuações em 24 horas do que os homens[41], aumento da frequência noturna e da incontinência diurna[85] e pior qualidade de vida naquelas que tiveram gravidez e partos após a confecção do RIA[74]. Acredita-se que há influência de outros fatores que justifiquem esses resultados, como a paridade, via de parto ou lesões obstétricas, apesar dos mesmos ainda não terem sido adequadamente avaliados em trabalhos de alto impacto[41, 86].

Entretanto, o presente estudo encontrou o oposto, com mulheres apresentando melhor CGQL, relato de menor interferência dos sintomas intestinais na QVRS, menor número de evacuações em 24 horas e à noite e com tendência a referirem menor restrição alimentar. Acredita-se que a seleção dos pacientes para confecção de RIA possa ter influenciado fortemente nesses resultados, pois na amostra do presente estudo a maior parte das mulheres eram jovens, nulíparas ou com até dois partos vaginais. Outros fatores em nosso meio que contribuem para esses melhores resultados no sexo feminino são o maior cuidado com a saúde [87-89] e com os hábitos dietéticos [90, 91].

A seleção dos pacientes submetidos a PCT com RIA não favoreceu a análise nos idosos, com apenas três pacientes apresentando idade maior que 60 anos, não tendo sido possível análise estatística adequada. Em uma revisão sistemática, concluiu-se que pacientes idosos apresentam um maior número de evacuações em 24 horas e mais episódios de incontinência diurnos e noturnos após PCT com RIA [39]. Entretanto Kim e cols. sugerem taxas estáveis de escapes fecais independente da idade[92]. Estudo de coorte com 2000 pacientes evidenciou que, embora os pacientes idosos tenham maior taxa de incontinência após 1 a 3 anos da cirurgia, essas taxas não são mais significativas após 5 a 10 anos da cirurgia, além de não interferirem nos bons resultados de QVRS nos idosos[93]. Portanto, a idade, isoladamente, não deve ser fator para a contraindicação do RIA.

Apesar da escolaridade não influenciar na função do RIA, os pacientes com maior nível educacional apresentaram estatisticamente melhores resultados na avaliação do EF pelo SF36 nos domínios geral, físico e dor, além de tendência para melhores resultados também nos domínios funcional e social. A maior escolaridade implica não apenas em melhor conhecimento da própria doença e do procedimento cirúrgico ao qual o paciente foi submetido, como também resulta em maior retorno financeiro em atividades laborais, aumento do senso de

controle pessoal e liberdade de decisões [84, 94, 95]. Esses fatores contribuem para uma maior capacidade de adaptação [84, 95] após a PCT com RIA, o que resultaria em menos limitações funcionais.

A avaliação da função do RIA ao longo do tempo é controversa na literatura, principalmente pelos diferentes limites temporais avaliados. No presente estudo, apesar de fazerem parte da amostra pacientes com mais de 10 anos de RIA, devido ao pequeno número, analisou-se agrupando “mais de 5 anos de RIA” como limite superior. Assim sendo, não se evidenciou modificação da função do RIA ao longo do tempo.

Estudos da Cleveland Clinic [12, 38] demonstram função do RIA estável mesmo após dez anos de acompanhamento, o que não foi observado em estudo dinamarquês [41] que sugere uma deterioração da função após 21 anos de cirurgia, com mais incontinência para fezes sólidas e uso de protetores higiênicos. Resultados similares após 20 anos de RIA foram descritos em outro estudo recente com aumento da frequência noturna, escapes fecais, necessidade de drogas antidiarreicas e uso de protetor higiênico [83]. Em todos esses estudos [38, 41, 83] a QVRS medida pelo CGQL e SF36 se manteve inalterada e em patamares altos ao longo do tempo de RIA.

O presente estudo também apresentou QVRS estável e elevada, entretanto indicou piora apenas no SF36 geral, com a diferença estatística entre os grupos com 1 a 2 anos de RIA, quando comparado àqueles com mais de 5 anos. Esse dado não foi compatível com a literatura, e pode ter sofrido influência do tamanho da amostra ou idade e comorbidades desse grupo.

Apesar de não apresentar significância estatística, foi observado que o CGQL nos pacientes com PAF foram melhores do que na RCU, em todas as faixas de tempo avaliadas, com exceção dos dois primeiros anos, após a cirurgia. Esse resultado pode ser entendido ao se considerar que na RCU os pacientes estavam criticamente doentes antes da cirurgia, e na PAF os mesmos estavam

assintomáticos. Portanto, nos primeiros dois anos após o procedimento, a avaliação subjetiva dos pacientes é melhor na RCU. Com o passar do tempo, entretanto, 40% dos pacientes com RCU apresentaram episódios de bolsite, o que pode ter contribuído para a piora do CGQL ao longo do tempo[74].

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo o tamanho da amostra a principal delas, pois não permitiu mais estratificações dos pacientes, além de, possivelmente, ter interferido na análise estatística de alguns resultados.

Além disso a avaliação dos resultados cirúrgicos foi realizada retrospectivamente por meio de prontuários médicos, o que pode pela própria natureza da avaliação gerar algum viés de coleta de dados e interpretação.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração na interpretação dos resultados é a seleção prévia dos pacientes candidatos à confecção do RIA. Em consulta coloproctológica ambulatorial pré-operatória, há a possibilidade de exclusão do procedimento em pacientes com múltiplas comorbidades, idosos ou com lesões esfinterianas prévias, sendo estes selecionados para realização de ileostomia terminal.

E finalmente, outro fator limitante na avaliação dos dados e na comparação com a literatura foi a ausência de validação transcultural dos principais questionários de avaliação da função do RIA no nosso meio. Os três questionários de função do RIA mais utilizados na literatura são o “Function Oresland Score”[34], o “Pouch Function Score”[32] e o “Pouch Dysfunction Score”[33]. Todos os questionários pontuam as diferentes queixas relacionadas ao RIA e geram um resultado final em escala numérica. Quanto maior o resultado, pior a função do RIA em todas as escalas. Na ausência de estudos de validação transcultural dos mesmos, realizou-se a avaliação de todos os itens separadamente, sem gerar um resultado numérico, o

que certamente facilitaria a avaliação e comparação dos dados obtidos com aqueles publicados na literatura.

Apesar dessas limitações, o estudo atingiu seus objetivos e apresentou um detalhado levantamento de resultados cirúrgicos, funcionais e de QVRS em pacientes com RIA em nosso meio. Desta forma, pode contribuir para o incremento da indicação deste tipo de procedimento, assim como para um melhor entendimento de suas complicações e de sua correlação com os resultados funcionais e relacionados à QVRS dos pacientes. Espera-se, por conseguinte, que mais pacientes possam se beneficiar, não somente com a indicação do RIA e com o tratamento de sua doença, mas também com a obtenção de bons resultados a longo prazo, com impacto positivo em suas QVRS.

Como perspectiva, espera-se que outros estudos nacionais, preferencialmente multi-institucionais possam validar os questionários específicos de função do RIA, facilitando assim, o acompanhamento pós-operatório dos pacientes, e a comparação com dados da literatura internacional.

## 8 CONCLUSÕES

-A PCT com RIA apresenta baixa mortalidade e alta morbidade, sendo a fístula anastomótica a complicação mais comum.

-As complicações precoces mais graves são mais frequentes na RCU;

-A função do RIA e a QVRS podem ser consideradas muito boas, independente do tipo de doença e da ocorrência de complicações pélvicas;

-As pacientes do sexo feminino apresentam melhor função do RIA e melhor QVRS;

-Pacientes com maior escolaridade, apesar de apresentarem a mesma função específica do RIA, apresentam melhores escores nos domínios físico, dor e geral do SF36.

-Pacientes com maior tempo de confecção do RIA apresentam piora no aspecto geral do SF36.

## 9 BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, C.N., *Colonic Adenomatous Polyposis Syndromes: Clinical Management*. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2008. **21**(4): p. 256-262.
2. McGrath, D.R. and A.D. Spigelman, *In the beginning there was colectomy: current surgical options in familial adenomatous polyposis*. Hered Cancer Clin Pract., 2004. **2**(4): p. 153-60. doi: 10.1186/1897-4287-2-4-153.
3. Oresland, T., et al., *European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis*. J Crohns Colitis., 2015. **9**(1): p. 4-25. doi: 10.1016/j.crohns.2014.08.012.
4. Kirat, H.T. and F.H. Remzi, *Technical aspects of ileoanal pouch surgery in patients with ulcerative colitis*. Clin Colon Rectal Surg., 2010. **23**(4): p. 239-47. doi: 10.1055/s-0030-1268250.
5. Dias, C.C., et al., *Clinical predictors of colectomy in patients with ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis of cohort studies*. J Crohns Colitis., 2015. **9**(2): p. 156-63. doi: 10.1093/ecco-jcc/jju016.
6. Scoglio, D., U. Ahmed Ali, and A. Fichera, *Surgical treatment of ulcerative colitis: Ileorectal vs ileal pouch-anal anastomosis*. World Journal of Gastroenterology : WJG, 2014. **20**(37): p. 13211-13218.
7. Onaitis, M.W. and C. Mantyh, *Ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: historical development and current status*. Ann Surg., 2003. **238**(6 Suppl): p. S42-8.
8. Ravitch, M.M., *Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions*. Surgery., 1948. **24**(2): p. 170-87.
9. Parks, A.G., R.J. Nicholls, and P. Belliveau, *Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis*. Br J Surg., 1980. **67**(8): p. 533-8.
10. Utsunomiya, J., et al., *Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis*. Dis Colon Rectum., 1980. **23**(7): p. 459-66.
11. Heald, R.J. and D.R. Allen, *Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation*. Br J Surg., 1986. **73**(7): p. 571-2.
12. Fazio, V.W., et al., *Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients*. Ann Surg., 1995. **222**(2): p. 120-7.
13. Germain, A., et al., *Outcome of restorative proctocolectomy with ileo-anal pouch for ulcerative colitis: effect of changes in clinical practice*. Colorectal Dis, 2017. **1**(10): p. 13948.
14. de Buck van Overstraeten, A., et al., *Transanal Versus Transabdominal Minimally Invasive (Completion) Proctectomy With Ileal Pouch-anal Anastomosis in Ulcerative Colitis: A Comparative Study*. Ann Surg., 2017. **266**(5): p. 878-883. doi: 10.1097/SLA.0000000000002395.
15. de Buck van Overstraeten, A., A.M. Wolthuis, and A. D'Hoore, *Transanal completion proctectomy after total colectomy and ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: a modified single stapled technique*. Colorectal Dis., 2016. **18**(4): p. O141-4. doi: 10.1111/codi.13292.
16. Miller, A.T., et al., *Robotic-assisted proctectomy for inflammatory bowel disease: a case-matched comparison of laparoscopic and robotic*



- technique*. J Gastrointest Surg., 2012. **16**(3): p. 587-94. doi: 10.1007/s11605-011-1692-6. Epub 2011 Oct 1.
17. Morelli, L., et al., *Hand-assisted hybrid laparoscopic-robotic total proctocolectomy with ileal pouch--anal anastomosis*. Langenbecks Arch Surg., 2015. **400**(6): p. 741-8. doi: 10.1007/s00423-015-1331-x. Epub 2015 Aug 6.
  18. Ambe, P.C., H. Zirngibl, and G. Moslein, *Initial experience with taTME in patients undergoing laparoscopic restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis*. Tech Coloproctol., 2017. **21**(12): p. 971-974. doi: 10.1007/s10151-017-1730-9. Epub 2017 Nov 22.
  19. Mege, D., et al., *Three-stage Laparoscopic Ileal Pouch-anal Anastomosis Is the Best Approach for High-risk Patients with Inflammatory Bowel Disease: An Analysis of 185 Consecutive Patients*. J Crohns Colitis., 2016. **10**(8): p. 898-904. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjw040. Epub 2016 Feb 13.
  20. Zittan, E., et al., *Modified Two-stage Ileal Pouch-Anal Anastomosis Results in Lower Rate of Anastomotic Leak Compared with Traditional Two-stage Surgery for Ulcerative Colitis*. J Crohns Colitis., 2016. **10**(7): p. 766-72. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjw069. Epub 2016 Mar 7.
  21. Sagar, P.M. and J.H. Pemberton, *Intraoperative, postoperative and reoperative problems with ileoanal pouches*. Br J Surg., 2012. **99**(4): p. 454-68. doi: 10.1002/bjs.8697. Epub 2012 Feb 3.
  22. de Zeeuw, S., et al., *Update of complications and functional outcome of the ileo-pouch anal anastomosis: overview of evidence and meta-analysis of 96 observational studies*. Int J Colorectal Dis., 2012. **27**(7): p. 843-53. doi: 10.1007/s00384-011-1402-6. Epub 2012 Jan 10.
  23. Leal, R.F., et al., *Complicações imediatas e tardias após cirurgia de reservatório ileal na polipose adenomatosa familiar*. Arquivos de Gastroenterologia, 2008. **45**: p. 106-110.
  24. Ouro, S., et al., *Management of pouch dysfunction in a tertiary centre*. Colorectal Dis., 2016. **18**(12): p. 1167-1171. doi: 10.1111/codi.13352.
  25. Hallberg, H., D. Stahlberg, and J.E. Akerlund, *Ileal pouch-anal anastomosis (IPAA): functional outcome after postoperative pelvic sepsis. A prospective study of 100 patients*. Int J Colorectal Dis., 2005. **20**(6): p. 529-33. doi: 10.1007/s00384-004-0717-y. Epub 2005 Apr 30.
  26. Chessin, D.B., et al., *Septic complications after restorative proctocolectomy do not impair functional outcome: long-term follow-up from a specialty center*. Dis Colon Rectum., 2008. **51**(9): p. 1312-7. doi: 10.1007/s10350-008-9413-2. Epub 2008 Jun 27.
  27. Mennigen, R., et al., *Pouch function and quality of life after successful management of pouch-related septic complications in patients with ulcerative colitis*. Langenbecks Arch Surg., 2012. **397**(1): p. 37-44. doi: 10.1007/s00423-011-0802-y. Epub 2011 May 19.
  28. Selvaggi, F., et al., *The effect of pelvic septic complications on function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis: a single center experience*. Am Surg., 2010. **76**(4): p. 428-35.
  29. Heikens, J.T., J. de Vries, and C.J. van Laarhoven, *Quality of life, health-related quality of life and health status in patients having restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: a*

- systematic review*. *Colorectal Dis.*, 2012. **14**(5): p. 536-44. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02538.x.
30. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. (0277-9536 (Print)).
  31. Hamming, J.F. and J. De Vries, *Measuring quality of life*. *Br J Surg.*, 2007. **94**(8): p. 923-4. doi: 10.1002/bjs.5948.
  32. Lovegrove, R.E., et al., *Development of a pouch functional score following restorative proctocolectomy*. *Br J Surg.*, 2010. **97**(6): p. 945-51. doi: 10.1002/bjs.7021.
  33. Brandsborg, S., et al., *Restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: development and validation of a new scoring system for pouch dysfunction and quality of life*. *Colorectal Dis.*, 2013. **15**(12): p. e719-25. doi: 10.1111/codi.12425.
  34. Oresland, T., et al., *The clinical and functional outcome after restorative proctocolectomy. A prospective study in 100 patients*. *Int J Colorectal Dis*, 1989. **4**(1): p. 50-6.
  35. Pemberton, J.H., et al., *Quality of life after Brooke ileostomy and ileal pouch-anal anastomosis. Comparison of performance status*. *Ann Surg.*, 1989. **209**(5): p. 620-6; discussion 626-8.
  36. Raviram, S., et al., *Quality of life, social impact and functional outcome following ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis*. *Indian J Gastroenterol.*, 2015. **34**(3): p. 252-5. doi: 10.1007/s12664-015-0560-9. Epub 2015 May 8.
  37. Watanabe, K., et al., *The functional outcome and factors influencing the quality of life after ileal pouch anal anastomosis in patients with ulcerative colitis*. *Surg Today*, 2017. **12**(10): p. 017-1613.
  38. Fazio, V.W., et al., *Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients*. *Ann Surg.*, 2013. **257**(4): p. 679-85. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827d99a2.
  39. Ramage, L., et al., *Functional outcomes following ileal pouch-anal anastomosis (IPAA) in older patients: a systematic review*. *Int J Colorectal Dis.*, 2016. **31**(3): p. 481-92. doi: 10.1007/s00384-015-2475-4. Epub 2016 Jan 12.
  40. de Buck van Overstraeten, A., et al., *Long-term functional outcome after ileal pouch anal anastomosis in 191 patients with ulcerative colitis*. *J Crohns Colitis.*, 2014. **8**(10): p. 1261-6. doi: 10.1016/j.crohns.2014.03.001. Epub 2014 Mar 21.
  41. Brandsborg, S., et al., *Restorative proctocolectomy in patients with ulcerative colitis: a cross-sectional Danish population study on function and quality of life*. *Colorectal Dis.*, 2013. **15**(8): p. e453-61. doi: 10.1111/codi.12270.
  42. Tilio, M.S.G.d., et al., *Quality of life in patients with ileal pouch for ulcerative colitis*. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 2013. **33**: p. 113-117.
  43. Teixeira, M.G., et al., *Short- and long-term outcomes of ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis*. *Revista do Hospital das Clínicas*, 2003. **58**: p. 193-198.
  44. Meyer, A.L., et al., *Quality of life in the late follow-up of ulcerative colitis patients submitted to restorative proctocolectomy with sphincter*

- preservation over ten years ago. *Clinics (Sao Paulo)*, 2009. **64**(9): p. 877-83. doi: 10.1590/S1807-59322009000900008.
45. Campos, F.G., et al., *Laparoscopic Versus Open Restorative Proctocolectomy for Familial Adenomatous Polyposis*. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.*, 2018. **28**(1): p. 47-52. doi: 10.1089/lap.2017.0397. Epub 2017 Nov 10.
  46. Beaton, J.H., R.P. Nanzig, and C.W. Aldridge, Jr., *The Maylard incision in obstetric and gynecologic practice*. *J Int Coll Surg.*, 1960. **34**: p. 68-76.
  47. Ivanov, D., R. Cvijanovic, and L. Gvozdenovic, *Intraoperative air testing of colorectal anastomoses*. *Srp Arh Celok Lek.*, 2011. **139**(5-6): p. 333-8.
  48. Smith, S., et al., *The efficacy of intraoperative methylene blue enemas to assess the integrity of a colonic anastomosis*. *BMC Surgery*, 2007. **7**(1): p. 15.
  49. *Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Resolução CNE/CEB 7/2010. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos.*, in *Diário Oficial da União, Brasília*. p. 34.
  50. Moreira, L.F., et al., *Adaptação cultural e teste da escala de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo traduzida para o Português do Brasil*. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 2016. **43**(3).
  51. Rahbari, N.N., et al., *Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer*. *Surgery*, 2010. **147**(3): p. 339-51.
  52. Gorgun, E. and F.H. Remzi, *Complications of ileoanal pouches*. *Clin Colon Rectal Surg.*, 2004. **17**(1): p. 43-55. doi: 10.1055/s-2004-823070.
  53. Fazio, V.W., et al., *Quantification of risk for pouch failure after ileal pouch anal anastomosis surgery*. *Ann Surg.*, 2003. **238**(4): p. 605-14; discussion 614-7. doi: 10.1097/01.sla.0000090940.39838.6a.
  54. Ciconelli, R.M., et al., *Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) / Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure*. *Rev. bras. reumatol*, 1999. **3**(39): p. 143-150.
  55. Pontes, R.M.A., et al., *Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ)*. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2004. **41**: p. 137-143.
  56. Fazio, V.W., et al., *Long-Term Functional Outcome and Quality of Life After Stapled Restorative Proctocolectomy*. *Annals of Surgery*, 1999. **230**(4): p. 575-575.
  57. PETROIANU, A., *Ética, Moral e Deontologia Médicas*. 1ª ed ed. 2000: Guanabara Koogan.
  58. Baek, S.J., et al., *Safety, feasibility, and short-term outcomes in 588 patients undergoing minimally invasive ileal pouch-anal anastomosis: a single-institution experience*. *Tech Coloproctol.*, 2016. **20**(6): p. 369-74. doi: 10.1007/s10151-016-1465-z. Epub 2016 Apr 27.
  59. McCombie, A., et al., *Early postoperative complications have long-term impact on quality of life after restorative proctocolectomy*. *Medicine (Baltimore)*. 2016. **95**(27): p. e3966. doi: 10.1097/MD.0000000000003966.

60. Remzi, F.H., et al., *Restorative proctocolectomy: an example of how surgery evolves in response to paradigm shifts in care*. *Colorectal Dis.*, 2017. **19**(11): p. 1003-1012. doi: 10.1111/codi.13699.
61. Kjaer, M.D., et al., *Sexual function and body image are similar after laparoscopy-assisted and open ileal pouch-anal anastomosis*. *World J Surg.*, 2014. **38**(9): p. 2460-5. doi: 10.1007/s00268-014-2557-4.
62. Neumann, P.A., et al., *Timing of restorative proctocolectomy in patients with medically refractory ulcerative colitis: the patient's point of view*. (1530-0358 (Electronic)).
63. Rencuzogullari, A., et al., *Characteristics of learning curve in minimally invasive ileal pouch-anal anastomosis in a single institution*. *Surg Endosc.*, 2017. **31**(3): p. 1083-1092. doi: 10.1007/s00464-016-5068-6. Epub 2016 Jul 12.
64. Uchino, M., et al., *Pouch functional outcomes after restorative proctocolectomy with ileal-pouch reconstruction in patients with ulcerative colitis: Japanese multi-center nationwide cohort study*. *J Gastroenterol*, 2017. **7**(10): p. 017-1389.
65. Sahami, S., et al., *Defunctioning Ileostomy is not Associated with Reduced Leakage in Proctocolectomy and Ileal Pouch Anastomosis Surgeries for IBD*. *J Crohns Colitis.*, 2016. **10**(7): p. 779-85. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv201. Epub 2015 Oct 28.
66. Weston-Petrides, G.K., et al., *Comparison of outcomes after restorative proctocolectomy with or without defunctioning ileostomy*. *Arch Surg.*, 2008. **143**(4): p. 406-12. doi: 10.1001/archsurg.143.4.406.
67. Remzi, F.H., et al., *The outcome after restorative proctocolectomy with or without defunctioning ileostomy*. *Dis Colon Rectum.*, 2006. **49**(4): p. 470-7. doi: 10.1007/s10350-006-0509-2.
68. Heuschen, U.A., et al., *Risk Factors for Ileoanal J Pouch-Related Septic Complications in Ulcerative Colitis and Familial Adenomatous Polyposis*. *Annals of Surgery*, 2002. **235**(2): p. 207-216.
69. Cotte, E., et al., *Laparoscopic total colectomy: Does the indication influence the outcome?* *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2011. **3**(11): p. 177-182.
70. Dafnis, G., *Early and late surgical outcomes of ileal pouch-anal anastomosis within a defined population in Sweden*. *Eur J Gastroenterol Hepatol.*, 2016. **28**(7): p. 842-9. doi: 10.1097/MEG.0000000000000618.
71. Angriman, I., M. Scarpa, and I. Castagliuolo, *Relationship between pouch microbiota and pouchitis following restorative proctocolectomy for ulcerative colitis*. *World J Gastroenterol.*, 2014. **20**(29): p. 9665-74. doi: 10.3748/wjg.v20.i29.9665.
72. Hata, K., et al., *Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis: Diagnosis, management, risk factors, and incidence*. *Dig Endosc.*, 2017. **29**(1): p. 26-34. doi: 10.1111/den.12744. Epub 2016 Nov 7.
73. Lovegrove, R.E., et al., *A comparison of adverse events and functional outcomes after restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis and ulcerative colitis*. *Dis Colon Rectum.*, 2006. **49**(9): p. 1293-306. doi: 10.1007/s10350-006-0608-0.

74. Coffey, J.C., et al., *Quality of life after ileal pouch-anal anastomosis: an evaluation of diet and other factors using the Cleveland Global Quality of Life instrument*. *Dis Colon Rectum.*, 2002. **45**(1): p. 30-8.
75. Ganschow, P., et al., *Early postoperative complications after stapled vs handsewn restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis in 148 patients with familial adenomatous polyposis coli: a matched-pair analysis*. *Colorectal Dis.*, 2014. **16**(2): p. 116-22. doi: 10.1111/codi.12385.
76. Benlice, C., et al., *Laparoscopic IPAA is not associated with decreased rates of incisional hernia and small-bowel obstruction when compared with open technique: long-term follow-up of a case-matched study*. *Dis Colon Rectum.*, 2015. **58**(3): p. 314-20. doi: 10.1097/DCR.0000000000000287.
77. Dolejs, S., G. Kennedy, and C.P. Heise, *Small bowel obstruction following restorative proctocolectomy: affected by a laparoscopic approach?* *J Surg Res.*, 2011. **170**(2): p. 202-8. doi: 10.1016/j.jss.2011.03.004. Epub 2011 Mar 29.
78. Bartels, S.A., et al., *Significantly increased pregnancy rates after laparoscopic restorative proctocolectomy: a cross-sectional study*. *Ann Surg.*, 2012. **256**(6): p. 1045-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e318250caa9.
79. Meagher, A.P., et al., *J ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: complications and long-term outcome in 1310 patients*. *Br J Surg.*, 1998. **85**(6): p. 800-3. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00689.x.
80. Mark-Christensen, A., S. Brandsborg, and S. Laurberg, *Primary fecal diversion and bowel dysfunction in restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: a nationwide cross-sectional study*. *Int J Colorectal Dis.*, 2018. **33**(2): p. 223-229. doi: 10.1007/s00384-017-2955-9. Epub 2018 Jan 4.
81. Noh, G.T., et al., *Factors affecting pouch-related outcomes after restorative proctocolectomy*. *PLoS ONE*, 2017. **12**(10): p. e0186596.
82. Brandsborg, S., et al., *Difference between patients' and clinicians' perception of pouch dysfunction and its impact on quality of life following restorative proctocolectomy*. *Colorectal Dis.*, 2015. **17**(6): p. O136-40. doi: 10.1111/codi.12948.
83. Lorenzo, G., et al., *Ileal pouch-anal anastomosis 20 years later: is it still a good surgical option for patients with ulcerative colitis?* *Int J Colorectal Dis.*, 2016. **31**(12): p. 1835-1843. doi: 10.1007/s00384-016-2657-8. Epub 2016 Sep 28.
84. Ross, C.E. and M. Van Willigen, *Education and the Subjective Quality of Life*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997. **38**(3): p. 275-297.
85. Lightner, A.L., et al., *Results at Up to 30 Years After Ileal Pouch–Anal Anastomosis for Chronic Ulcerative Colitis*. *Inflammatory Bowel Diseases*, 2017. **23**(5): p. 781-790.
86. Chang, S., B. Shen, and F. Remzi, *When Not to Pouch: Important Considerations for Patient Selection for Ileal Pouch-Anal Anastomosis*. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2017. **13**(8): p. 466-475.
87. Costa-Júnior, F.M.d. and A.C.B. Maia, *Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2009. **25**: p. 55-63.

88. Gomes, R., et al., *Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária*. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. **16**: p. 983-992.
89. Thompson, A.E., et al., *The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study*. BMC Family Practice, 2016. **17**: p. 38.
90. Malta, D.C., et al., *Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2015. **24**: p. 217-226.
91. Assumpção, D.d., et al., *Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo*. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. **22**: p. 347-358.
92. Kim, H., et al., *Does Stool Leakage Increase in Aging Pouches?* Diseases of the Colon & Rectum, 2015. **58**(12): p. 1158-1163.
93. Chapman, J.R., et al., *Ileal pouch-anal anastomosis: does age at the time of surgery affect outcome?* Arch Surg., 2005. **140**(6): p. 534-9; discussion 539-40. doi: 10.1001/archsurg.140.6.534.
94. Barbara, A.I., et al., *Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control*. Health Education Quarterly, 1994. **21**(2): p. 149-170.
95. Zajacova, A. and E.M. Lawrence, *The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach*. Annu Rev Public Health., 2018. **39**:273-289.(doi): p. 10.1146/annurev-publhealth-031816-044628. Epub 2018 Jan 12.

## 10 APÊNDICES

### 10.1 Apêndice 1: Protocolo de coleta de dados

Iniciais: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ na Pesquisa: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Data da entrevista (se houver): \_\_\_\_\_

Inclusão na avaliação de resultados cirúrgicos? ( ) Sim ( ) Não, motivo \_\_\_\_\_

#### **Dados do paciente:**

Sexo: ( ) M ( ) F

IMC atual: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) primário 1 ciclo incompleto; ( ) primário 1 ciclo completo; ( ) primário 2 ciclo incompleto; ( ) primário 2 ciclo completo; ( ) médio incompleto; ( ) médio completo; ( ) superior incompleto ( ) superior completo; ( ) outros

Profissão antes da cirurgia: \_\_\_\_\_

Profissão atual: \_\_\_\_\_

Cor : ( ) Leucodermo ( ) Melanodermo

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Medicações em uso atualmente \_\_\_\_\_

RCU ( ) PAF ( )

Sobre o pré-operatório:

IMC na época da cirurgia: \_\_\_\_\_

Perda de peso maior que 10 kg ( ) Sim ( ) Não

Uso de medicamentos pré-operatórios ( ) Sim ( ) Não

Quais \_\_\_\_\_

Cirurgias Prévias : ( ) Sim ( ) Não Quais: \_\_\_\_\_

#### **Per-operatório**

Data da cirurgia : \_\_\_\_\_ Tempo cirúrgico : \_\_\_\_\_min.

Via de acesso: ( ) Laparoscópico ( ) Laparotômico

Cirurgia em: ( ) 1 tempo ( ) 2 tempos ( ) 3 tempos ( ) 2 tempos modificada

Ileostomia protetora: ( ) sim ( ) não

Conformação da bolsa : ( ) S ( ) J ( ) W

Anastomose: ( ) grampeada ( ) manual com mucosectomia

Complicações per-operatórias:

( ) hemorragia pélvica ( ) escape de azul ao teste

( ) dificuldade de descer bolsa, com necessidade de manobras de incisão e relaxamento

( ) Instabilidade hemodinâmica ( ) Aderências ( ) Pelve estreita

( ) outras Quais: \_\_\_\_\_

#### **Pós-operatório imediato:**

Cti : ( ) Sim. Tempo de permanência \_\_\_\_\_ ( ) não

Extubação orotraqueal : ( ) na sala operatória; ( ) \_\_ horas após cirurgia

Necessidade de aminas vasoativas : ( ) sim ( ) não

Tolerou dieta livre \_\_\_\_\_DPO

Complicações: ( ) ITU; ( ) fistula comprovação radiológica; ( ) fístula suspeita clínica;  
( ) abscesso pélvico; ( ) sangramento; ( ) TEP; ( ) TVP ( ) íleo paralítico ( ) isquemia da bolsa ( ) fístula retovaginal precoce; ( ) Fístula retovaginal tardia

Necessidade de reoperação ( ) sim ( ) não

Classificação de Cavien-Dindo: \_\_\_\_\_

Alta em \_\_\_\_\_DPO.

#### **Pós-operatório tardio Acompanhamento ambulatorial**

Episódios de bolsite ( ) Sim. Quantos \_\_\_\_\_ ( ) Não

Medicações que usou para bolsite e por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Complicações tardias: ( ) estenose do RIA; ( ) fistulas êntero-cutâneas ( ) falência do RIA; ( ) Obstrução intestinal; ( ) isquemia da bolsa;

( ) sepse pélvica ( ) coleções ( ) Fístula para outros órgãos, quais \_\_\_\_\_

( ) Outras, quais \_\_\_\_\_

Uso de imosec ou outro similar: ( ) sim. Dose \_\_\_\_\_ ( ) não



Uso de antibiótico ( ) sim. Qual \_\_\_\_\_ ( ) Não

**Peça de anatomia patológica:**

Neoplasia ( ) sim ( ) Não

Descrição: \_\_\_\_\_

**Cirurgia do fechamento de estoma protetor**

Quanto tempo após confecção da bolsa : \_\_\_\_\_ meses

Tempo cirúrgico: \_\_\_\_\_ min.

Enema: ( ) sim. Normal. ( ) Sim, com escape ( ) não.

Complicações: ( ) sangramento; ( ) aderências; ( ) não foi possível fechar por incisão específica, sendo necessário nova laparotomia; ( ) fístula anastomótica; ( ) abscesso pélvico; ( ) íleo paralítico ( ) ITU: ( ) Fístula para outros órgãos, quais \_\_\_\_\_ ( ) Outras, quais \_\_\_\_\_

CTI ( ) sim. Por \_\_\_\_\_ dias ( ) Não

Tolerou dieta livre \_\_\_\_\_ DPO

Alta \_\_\_\_\_ DPO

Candidato a avaliação de QVRS? ( ) Sim ( ) Não

Motivo da Exclusão \_\_\_\_\_

## 10.2 Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### 1– PESQUISADORES PRINCIPAIS:

Dra Adriana Cherem Alves

Prof Antonio Lacerda Filho

#### 2 – NOME DO PROJETO DE PESQUISA:

RESULTADOS FUNCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E CONFECÇÃO DE RESERVATÓRIO ÍLEOANAL

#### 3 – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes após realizar a cirurgia de proctocolectomia com bolsa (reservatório) ileoanal em pacientes com retocolite ulcerativa e polipose familiar. A melhor compreensão dos resultados dessa cirurgia poderá contribuir para o aprimoramento deste tipo de tratamento cirúrgico e para um melhor esclarecimento dos pacientes no pré-operatório.

#### 4 – PROCEDIMENTOS:

Você que foi submetidos a tratamento cirúrgico com confecção de bolsa ileal está sendo convidado a participar deste estudo desenvolvido pelo Grupo de Coloproctologia do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Ao aceitar participar da pesquisa, você será entrevistado a fim de se preencherem questionários sobre sua qualidade de vida e sobre os resultados funcionais após a cirurgia. Somente participarão desta pesquisa os pacientes que concordarem e assinarem este termo após sua leitura.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá ser esclarecido com relação às suas dúvidas e obter informações quanto à metodologia do trabalho com os pesquisadores e com o COEP quanto às questões éticas do mesmo.

#### 5 – DIREITOS E BENEFÍCIOS:

Você não receberá qualquer ressarcimento financeiro ou indenização pela sua participação na pesquisa. Os resultados e conclusões da pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das indicações e do tratamento cirúrgico da polipose

familiar e da retocolite, assim como melhoria da informação para os pacientes que serão submetidos a essa cirurgia, no futuro. Você terá livre acesso aos resultados da pesquisa.

#### 6 – RISCOS:

Essa pesquisa implica em riscos mínimos aos participantes, como constrangimento ou dificuldades nas respostas dos questionários. Caso você se sinta constrangido ou apresente alguma nova dúvida durante a aplicação dos questionários, poderá a qualquer momento solicitar explicações dos pesquisadores responsáveis.

#### 7 – CONFIDENCIALIDADE:

Os dados obtidos pela pesquisa serão mantidos confidencialmente em um banco de dados pelos pesquisadores e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Em nenhum momento da pesquisa ou da apresentação dos resultados será divulgada a identidade dos participantes.

#### 8 – DIREITO DE RECUSA:

Sua participação neste estudo é voluntária e sua recusa antes ou durante a pesquisa não acarretará penalidades ou mudança no tratamento que receberá ou acompanhamento na instituição. A qualquer momento você poderá cessar sua participação no estudo, sem necessidade de se justificar.

#### 9 – CONTATO COM OS PESQUISADORES:

Caso tenha alguma dúvida quanto à pesquisa ou deseje algum tipo de esclarecimento, você poderá entrar em contato com a Dra Adriana Cherem ou o Prof. Antônio Lacerda Filho ou com os outros pesquisadores no Hospital das Clínicas da UFMG - Instituto Alfa de Gastroenterologia. Av Alfredo Balena, 110, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. Tels: 3409-9403, 992470305 e 991978432 . Caso você necessite de algum esclarecimento em questões éticas da pesquisa, o COEP poderá ser consultado.

#### 10 – CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG:

Campus da UFMG - Unidade Administrativa II, sala 2005. Av. Antônio Carlos no 6627, Pampulha, Belo Horizonte. Tel: 3409-4592.

11 – Afirmando ter lido e entendido as informações contidas neste termo, tendo tido oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas. Este formulário está sendo voluntariamente assinado por mim, indicando meu consentimento para participação nesta pesquisa.

Nome do paciente:

---

Assinatura do paciente:

---

Assinatura Testemunha 1:

---

Assinatura Testemunha 2:

---

Assinatura Pesquisador:

---

### 10.3 Apêndice 3: Avaliação de função específica do RIA

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

---

Quantas vezes em 24 horas nas últimas duas semanas você teve sensação de evacuação incompleta?

( ) Nunca ou menos que uma em 24 horas; ( ) 1-4 em 24 horas; ( ) Mais do que 4 em 24 horas, quantas? \_\_\_\_\_

Número de evacuações em 24 h nas últimas duas semanas \_\_\_\_\_

Número de evacuações noturnas em 24 horas nas últimas duas semanas \_\_\_\_\_

Quantas vezes você teve perda involuntária de fezes sólidas nas últimas duas semanas? ( ) Nunca; ( ) Raramente; ( ) Às vezes; ( ) Na maioria das vezes; ( ) Sempre

Você sujou a roupa íntima por leve escape fecal nas últimas duas semanas? ( ) Nunca; ( ) De noite; ( ) De dia; ( ) Ambos

Você fez uso de medicamentos antidiarreicos nas últimas duas semanas ? ( ) Não ( ) Sim, quais \_\_\_\_\_

Você teve vontade súbita e urgente de evacuar nas duas últimas semanas? ( ) Não()Sim

Em caso afirmativo, por quanto tempo você consegue segurar essa vontade súbita de defecar? Mais de ½ hora ( ); ( ) Mais de 5 minutos até ½ hora; ( ) 5 minutos ou menos

Como os seus sintomas intestinais pioram sua qualidade de vida ?

- Nada
- Pouco
- Algumas vezes
- Muito

Cleveland Global Quality of Life (CGQL):

Qualidade de vida atual ( 0-10 ):

Qualidade de saúde atual (0-10):

Nível atual de disposição/Energia ( 0-10 ):

## 11 ANEXOS

### 11.1 Anexo 1: Versão Brasileira do SF 36

#### “Short Form Health Survey” (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

- Excelente
- Muito Boa
- Boa
- Ruim
- Muito Ruim

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito Melhor
- Um Pouco Melhor
- Quase a Mesma
- Um Pouco Pior
- Muito Pior

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

- I Sim, dificulta muito
- II Sim, dificulta um pouco
- III Não, não dificulta de modo algum

- a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.
- b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.
- c) Levantar ou carregar mantimentos
- d) Subir vários lances de escada
- e) Subir um lance de escada
- f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se
- g) Andar mais de 1 quilômetro
- h) Andar vários quarteirões
- i) Andar um quarteirão
- j) Tomar banho ou vestir-se

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

- Sim
- Não

- a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?
- b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?
- c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.
- d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Sim

Não

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

( ) De forma nenhuma

( ) Ligeiramente

( ) Moderadamente

( ) Bastante

( ) Extremamente

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

( ) Nenhuma

( ) Muito leve

( ) Leve

( ) Moderada

( ) Grave

( ) Muito grave

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

( ) De maneira alguma

( ) Um pouco

( ) Moderadamente

( ) Bastante

( ) Extremamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

I - Todo Tempo

II- A maior parte do tempo

III- Uma boa parte do tempo

IV Alguma parte do tempo

V Uma pequena parte do tempo

VI Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- ( ) Todo Tempo
- ( ) A maior parte do tempo
- ( ) Alguma parte do tempo
- ( ) Uma pequena parte do tempo
- ( ) Nenhuma parte do tempo

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

I Definitivamente verdadeiro

II A maioria das vezes verdadeiro

III Não sei

IV A maioria das vezes falso

V Definitivamente falso

- a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas
- b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço
- c) Eu acho que a minha saúde vai piorar
- d) Minha saúde é excelente



## 11.2 Anexo 2: Versão Brasileira do IBDQ

### “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ)

1. Com que frequência você tem evacuado nas últimas duas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:

- 1 Evacuação mais frequente do que nunca
- 2 Extremamente frequente
- 3 Muito frequente
- 4 Moderado aumento na frequência de evacuação
- 5 Algum aumento na frequência de evacuação
- 6 Leve aumento na frequência de evacuação
- 7 Normal, sem aumento na frequência das evacuações

2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto, nas últimas 2 semanas? Por favor, indique com que frequência a fadiga e o cansaço tornaram-se um problema para você nas últimas 2 semanas, escolhendo uma das opções.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

3. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

4. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você não foi capaz de ir à escola ou fazer seu trabalho, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

5. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve intestino solto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo

- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

6. Como estiveram suas energias nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Absolutamente sem energia
- 2 Muito pouca energia
- 3 Pouca energia
- 4 Alguma energia
- 5 Uma moderada quantidade de energia
- 6 Muita energia
- 7 Cheio de energia

7. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

8. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

9. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por cólicas na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

10. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu mal estar em geral? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente

7 Nunca

11. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

12. Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou atividades de lazer como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Grande dificuldade, sendo impossível fazer estas atividades
- 2 Muita dificuldade
- 3 Moderada dificuldade
- 4 Alguma dificuldade
- 5 Pouca dificuldade
- 6 Quase nenhuma dificuldade
- 7 Nenhuma dificuldade; os problemas intestinais não limitaram atividades esportivas ou lazer

13. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por dores na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

14. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou foi incomodado por acordar durante a noite? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

15. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu deprimido ou desencorajado? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente

7 Nunca

16. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que evitar ir a lugares que não tivessem banheiros bem próximos? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

17. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, o quão problemática foi para você a eliminação de grandes quantidades de gases? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Um dos maiores problemas
- 2 Um grande problema
- 3 Um problema significativo
- 4 Algum problema
- 5 Pouco problema
- 6 Quase nenhum problema
- 7 Nenhum problema

18. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, o quão problemático foi manter o seu peso ou atingir o peso que você deseja? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Um dos maiores problemas
- 2 Um grande problema
- 3 Um problema significativo
- 4 Algum problema
- 5 Pouco problema
- 6 Quase nenhum problema
- 7 Nenhum problema

19. Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente e preocupações em ter uma reincidência. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

20. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por sentir inchaço na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo

- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

21. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu relaxado e sem tensão? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Nunca
- 2 Pouco tempo
- 3 Algum tempo
- 4 Grande parte do tempo
- 5 A maior parte do tempo
- 6 Quase sempre
- 7 Sempre

22. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

23. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

24. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado pela falsa sensação de ter que ir ao banheiro, apesar de seus intestinos estarem vazios? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

25. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vontade de chorar ou sentiu-se aborrecido? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente

7 Nunca

26. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas roupas de baixo? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

27. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

28. Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas últimas 2 semanas, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Absolutamente sem sexo como resultado da doença intestinal
- 2 Grande limitação como resultado da doença intestinal
- 3 Moderada limitação como resultado da doença intestinal
- 4 Alguma limitação como resultado da doença intestinal
- 5 Pouca limitação como resultado da doença intestinal
- 6 Quase nenhuma limitação como resultado da doença intestinal
- 7 Sem limitação alguma como resultado da doença intestinal

29. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu incomodado por náusea ou enjoo? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

30. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu irritável? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

31. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

32. O quão satisfeito, feliz ou contente você se sentiu com sua vida pessoal, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
- 2 Geralmente insatisfeito, infeliz
- 3 Um pouco insatisfeito, infeliz
- 4 Geralmente satisfeito, contente
- 5 Satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- 6 Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- 7 Extremamente satisfeito, não poderia estar mais feliz ou contente

### 11.3 Anexo 3: Classificação das Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo

Grau		
Grau I	<p>- Qualquer desvio do curso pós-operatório ideal sem necessidade de tratamento farmacológico ou de intervenções cirúrgicas, endoscópicas, e radiológicas</p> <p>- Regimes terapêuticos permitidos são: drogas antieméticas, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, eletrólitos, e fisioterapia. Esta categoria também inclui feridas operatórias drenadas à beira do leito</p>	
Grau II	<p>- Requer tratamento farmacológico com drogas diferentes daquelas permitidas para complicações grau I</p> <p>- Transfusão sanguínea e nutrição parenteral total também estão incluídas</p>	
Grau III	Exige intervenção cirúrgica, endoscópica ou intervenção radiológica	III a. Intervenção sem anestesia geral
		III b. Intervenção sob anestesia geral
Grau IV	Complicação com Risco de vida (incluindo SNC) Necessidade de UTI	IV a. Disfunção de um só órgão (incluindo diálise)
		IV b. Disfunção de múltiplos órgãos
Grau V	Morte do Paciente	
Sufixo “d”	Se o paciente persiste com uma complicação no momento da alta, o sufixo “d” (para “Deficiência”) é adicionado para o respectivo grau de complicação. Esta marca indica a necessidade de seguimento futuro para avaliar completamente a complicação	



## 11.4 Anexo 4: Aprovação pela Câmara Departamental de Cirurgia

PROCOLO DE PESQUISA

I.1. TÍTULO DO PROJETO:

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS FUNCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A PROCTOCLECTOMIA TOTAL E CONFECÇÃO DE RESERVATÓRIO ÍLEOANAL.

I.2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS\*

Nome: Antônio Lacerda Filho Identidade: M1655358 Endereço: Av. Alfredo Balena 190 – 2º andar. Belo Horizonte/MG CEP Correspondência: Nome: Antônio Lacerda Filho	CPF: 54687047653 Fax: Correio eletrônico: alacerdafilho@gmail.com
Nome: Adriana Cherem Alves Identidade: MG11874518 Endereço: Ten Anastacio de Moura 354 apto 602 Santa Efigenia Correspondência: Telefones: 31-92470305	CPF: 04676842600 Fax: Correio eletrônico: dri_cherem@yahoo.com.br

- Orientador(a) e Aluno(a) em caso de programas de mestrado ou doutorado. O princípio da co-responsabilidade é válido. Para alunos(as) de graduação, somente o(a) orientador(a).

I.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:

INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG.

I.4. PROJETO APROVADO EM:

\_\_\_\_\_  
Diretor da Unidade

\_\_\_\_\_  
Chefe do Departamento


Recebido na Comissão de Ética da UFMG em \_\_\_\_\_

Para o relator em \_\_\_\_\_

Parecer avaliado em reunião de \_\_\_\_\_

Aprovado:  
Diligência/pendências:  
Não aprovado

APROVADO PELA CÂMARA DEPARTAMENTAL DE CIRURGIA  
Em 02/09/15

  
 Prof. Renato Santiago Gomes  
 Professor Titular  
 Inscrição UFMG 24581X Si  
 Departamento de Cirurgia

**11.5 Anexo 5: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 50917215.0.0000.5149

Interessado(a): Prof. Antonio Lacerda Filho  
Departamento de Cirurgia  
Faculdade de Medicina - UFMG

**DECISÃO**


O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de fevereiro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos resultados funcionais e qualidade de vida de pacientes submetidos a proctocolectomia total e confecção de reservatório íleo anal" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.


O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG

## 11.6 Anexo 6: Aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa

HC

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Hospital das Clínicas**  
**Gerência de Ensino e Pesquisa**



**MEMORANDO**

Belo Horizonte, 17 de agosto de 2016.

**DE:** GEP-HC/UFMG


**PARA:** Coordenação Administrativa/Arquivo SAME

**PESQUISA GEP**  
**Processo 128/2016:** "Avaliação dos Resultados Funcionais e Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Proctotomia Total e Confeção de reservatórios ileo anal."

De ordem do Gerente de Ensino e Pesquisa do HC/UFMG, a pesquisa citada de autoria do Prof. Antônio Lacerda Filho está aprovada nesta Gerência, ficando autorizadas as colaboradoras abaixo a consultar prontuários para coleta de dados no SAME, com agendamento prévio.

Adriana Cherem Alves;  
Priscila Fernandes Alves.

Atenciosamente,

  
Márcia Pacheco da Mota  
Secretária – GEP do HC/UFMG

CGC: 17.217.985/0034-72-Av. Prof. Alfredo Balena, 110 – 1º andar  
Bairro Santa Efigênia – CEP 30130-100 – Belo Horizonte - MG  
Telefone: (31) 3409-9379 – 3409-9612 – 3409-9613 – FAX: (31) 3409-9380 – [depe@hc.ufmg.br](mailto:depe@hc.ufmg.br)

## 11.7 Anexo 7: Autorização de uso do IBDQ

Hello Adriana CHEREM ALVES,

Your purchase authorization request for IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) has been approved.

Receipt for Order #24503

Order Details

Order Order #24503

Order Date Jun 1, 2016 10:12 AM

Offering Price \$ 75.00

Offering Handling Fee \$ 0.00

Project IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)

Offered By McMaster University

Contact Information None

Cart

Quantity	Price	Sub Total
1	75.00	75.00
Total		75.00 USD

IBDQ - Academic Study by A Student

Agreed Licenses:

IBDQ Academic Research Student Licence Agreement (Revision: 1)

Jun 1, 2016 10:12 AM

1 75.00 75.00

Total 75.00 USD

To collect your materials and complete your transaction, please visit the link below.

<https://flintbox.com/public/project/641/> Thanks for your email and for providing payment confirmation. I have attached the IBDQ Portuguese (Brazil) version. You should also have been able to download the English package from the Flintbox website as well, which includes instructions and scoring details.

Sincerely, Flintbox Support

Email: [flintbox@wellspringworldwide.com](mailto:flintbox@wellspringworldwide.com) (or [support@flintbox.com](mailto:support@flintbox.com))

Phone: 1-412-481-2511 (Pittsburgh, USA)

Website: [www.flintbox.com](http://www.flintbox.com)

## 11.8 Anexo 8 : Autorização de uso do SF 36

Dear Adriana Cherem Alves,

Thank you for purchasing QualityMetric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0.

Please use the Activation Key provided below to unlock the application for the licensed survey(s) and scoring features.

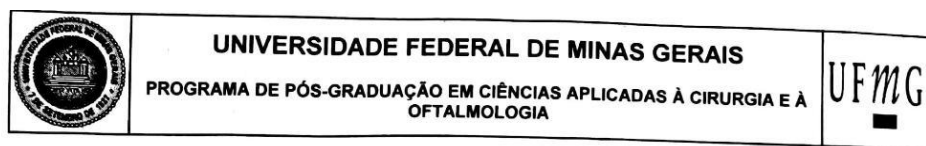
This key will install a pre-determined quantity of scoring credits (as per the license agreement) which will be decremented each time a record is entered/scored. Once the credits are exhausted, you will need to contact Optum at <https://www.optum.com/optum-outcomes/contact-us.html> to obtain more credits and resume scoring.

To access the online tutorial, please visit <https://www.youtube.com/watch?v= AFgnDjJ5-l>

ACTIVATION KEY:  
B5200-7A9D9-0AFC2-E52A7

LICENSED PRODUCTS AND SCORING FEATURES:  
PRODUCT NAME: QualityMetric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0  
PURCHASE DATE: 05/17/16

## 11.9 Anexo 9: Folha de Aprovação



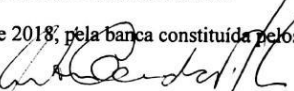
## FOLHA DE APROVAÇÃO

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS, FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E RESERVATÓRIO ILEOANAL**

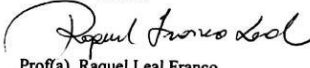
**ADRIANA CHEREM ALVES**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS APLICADAS À CIRURGIA E À OFTALMOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS APLICADAS À CIRURGIA E À OFTALMOLOGIA, área de concentração CICATRIZAÇÃO, linha de pesquisa Estudo Clínico e Experim. dos Defeitos da Parede Abdominal.

Aprovada em 23 de maio de 2018, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Antonio Lacerda Filho - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Rodrigo Gomes da Silva  
UFMG

  
Prof(a). Raquel Leal Franco  
UNICAMP

Belo Horizonte, 23 de maio de 2018.

