



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

MERIFANE JANUÁRIO DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL

JOÃO PESSOA - PB

2015

MERIFANE JANUÁRIO DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba/UFPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira

JOÃO PESSOA – PB

2015

S725q Sousa, Merifane Januário de.
 Qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal / Merifane
 Januário de Sousa.- João Pessoa, 2014.
 79f. : il.
 Orientadora: Simone Helena dos Santos Oliveira
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Cuidados em enfermagem - políticas e
 práticas. 3. Pessoas com estomia intestinal - qualidade de vida -
 avaliação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

MERIFANE JANUÁRIO DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba/UEPB, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^ª . Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Orientadora

Prof^ª. Dra. Nailze Figueiredo de Souza
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Membro externo titular

Prof^ª. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Membro interno titular

Prof^º. Dr. Francisco Stélio de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro externo suplente

Prof^ª. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Membro interno suplente

*A meu pai (in memoriam), meu herói! Homem simples,
porém sábio, que sempre acreditou que eu chegaria longe e
faria a diferença através dos meus estudos.*

*A Gilberto, meu parceiro, minha dupla, meu amor, por me
amparar, acreditar na minha força - mesmo nos momentos
em que ela se esvaia - e por se manter ao meu lado durante
todo o período de tribulações.*

*As minhas amigas, Mônica, Smalyanna e Karen, anjos que
Deus colocou no meu caminho e que contribuíram para o
alcance desta vitória!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, 'meu Senhor e meu Pastor', que me carregou no colo nas horas mais difíceis, quando andar, por determinado período, foi sacrificante; que me manteve lúcida, mesmo diante da dor, do desespero e da incerteza e, depois, da certeza; que me dá a convicção que a fé que tenho é inabalável e que, independente das limitações, venceria. E venci!;

À minha mãe Dorinha, mulher forte e guerreira, pelo apoio, pelo cuidado, pela dedicação e por acreditar, incondicionalmente, em minha capacidade e garra pela vida;

Ao meu pai, Osvaldo (in memoriam), homem de determinação inigualável, que, mesmo com pouco estudo, me incentivou a buscar o conhecimento. A confiança que depositou em mim me fortaleceu. Por esse motivo, eu busquei e consegui;

Aos meus filhos, Fabrice Noami e José Cassiano, tesouros da minha vida, pela admiração, pelo respeito, pela paciência, pela torcida, pelo apoio e pelo amor incondicional;

Ao meu marido, Gilberto, meu príncipe, por seu apoio irrestrito, por amenizar meus medos e, principalmente, por não me deixar desistir;

Ao meu primo, Lucas (filho do coração), pela primorosa ajuda e pelo tempo dedicado a colaborar com esta pesquisa, mesmo com tantas responsabilidades discentes;

A Mônica, minha querida amiga, fiel escudeira e irmã de alma, pelo cuidado, pelo incentivo e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos;

As minhas amigas, Smalyanna e Karen, presentes de Deus em minha vida, minha eterna gratidão por se disporem a percorrer comigo esses momentos finais. Sem vocês, não teria chegado ao fim dessa trajetória;

A minha orientadora, Doutora Simone Helena dos Santos Oliveira, um ser humano admirável, uma profissional íntegra, ética e competente. Obrigada pelo apoio, pela paciência, por acreditar que eu conseguiria - mesmo quando eu não acreditava - pelo ensinamento que culminou em acréscimo pessoal e profissional, como também pela participação ativa na conclusão desta pesquisa;

A Rafaela, por sua simpatia, sua presteza, sua contribuição e por se mostrar sempre disposta a ajudar;

Aos membros da banca, Doutor as Nailze Figueiredo, Jordana de Almeida, Katia Neyla e Doutor Francisco Stélio, pela disponibilidade, pela valiosa contribuição e pelo aprendizado;

Ao Professor Doutor Hemílio Fernandes, que, com tanta prestimosidade, atendeu as nossas solicitações estatísticas;

À Enfermeira Neves, responsável pelo Setor de Ostomizados do Hospital Universitário Lauro Wanderely, pela atenção e disponibilidade. Sua ajuda foi primordial durante o levantamento dos dados e do contato com alguns participantes da pesquisa;

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba/UFPB, pela primorosa contribuição para o somatório de conhecimentos passados e adquiridos no decorrer do curso;

Aos estomizados que participaram da pesquisa, sem os quais este trabalho não existiria. Obrigada pela contribuição, pelo ensinamento e pela crescente visão de mundo. Por compartilhar histórias tão comoventes, que me tornaram mais fortalecida, mais humilde e mais humana.

“A realização de um sonho depende de dedicação. Há muita gente que espera que o sonho se realize por magia, mas toda magia é ilusão, e a ilusão não tira ninguém de onde está. Em verdade, a ilusão é combustível dos perdedores, pois... quem quer fazer alguma coisa encontra um MEIO. Quem não quer fazer nada encontra uma DESCULPA”.

Roberto Shinyashiki

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dados das variáveis pertencentes aos instrumentos sociodemográfico e clínico - João Pessoa, 2015.....	28
Figura 2 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar físico da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média =7,39; DP = 2,05).....	33
Figura 3 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar social da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média=7,06; DP= 1,56).....	34
Figura 4 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar psicológico da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média=7,05; DP= 1,25).	34
Figura 5 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar espiritual da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média=7,65; DP= 2,13)...	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de pessoas com estomias intestinais. João Pessoa, Paraíba, 2014 (N= 30).....	31
Tabela 2 - Caracterização clínica de pessoas com estomias intestinais - João Pessoa, Paraíba, 2014 (N=30).....	32
Tabela 3 - Média dos escores dos domínios que compõem a qualidade de vida. João Pessoa, Paraíba, 2014 (N= 30).....	35
Tabela 4 - Associação entre as características sociodemográficas e os escores dos domínios que compõem a qualidade de vida - João Pessoa, Paraíba, 2015 (N= 30).....	37
Tabela 5 - Associação entre as características clínicas e os escores dos domínios que compõem a qualidade de vida - João Pessoa, Paraíba, 2015 (N= 30).....	39

RESUMO

SOUSA, M.J. **Qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal**. 2015. 79f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: Apesar de haver inúmeras definições para o termo qualidade de vida, não existe qualquer conceituação universal. No entanto, observa-se que, para as pessoas terem uma boa qualidade de vida, é importante que se sintam satisfeitas em vários aspectos, principalmente naqueles considerados essenciais em sua vida. Destarte, a QV emerge como um instrumento de impacto na avaliação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, o câncer colorretal, principal responsável pela confecção de estomia intestinal. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais atendidas em um serviço de referência. **Metodologia:** Estudo do tipo inquérito domiciliar, descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa teve como aporte inicial a Associação de Ostomizados do Estado da Paraíba (AOEPB), a partir da qual foi levantada a população do estudo. A amostra não probabilística, por conveniência, foi selecionada a partir de quatro etapas e resultou em um total de 30 ostomizados. Os dados foram analisados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* e foram obtidas distribuições absolutas e percentuais, além de técnicas de estatística inferencial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sob o parecer nº 370.838 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 17224613.8.0000.5183. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de 60,67 anos, igualmente distribuída entre os sexos. A maioria dos participantes era de aposentados, católicos, com baixa escolaridade, casados e com renda de um a três salários mínimos. Clinicamente, os entrevistados tinham as seguintes características: tinham estoma permanente (73,3%) e em decorrência de cânceres (80%), com a posição inadequada (90%), sem nenhuma complicação pós-cirúrgica (80%), IMC acima do peso (50%) e tempo de cirurgia acima dos 10 anos (44,8%). Quanto aos escores de qualidade de vida, observou-se que as médias obtidas para os domínios físico, social, psicológico e espiritual se situaram acima de 5. Somente a variável ansiedade, presente no domínio psicológico, apresentou média abaixo de 5 (4,69). Ao comparar as médias dos quatro domínios, o melhor escore foi o do 'bem-estar espiritual (7,65), e o menor, do bem-estar psicológico (7,05). A associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os escores de qualidade de vida revelou significância entre a religião e o domínio social ($p=0,042$); entre a ocupação e os domínios físico ($p=0,041$), psicológico ($p=0,006$) e qualidade de vida total ($p=0,010$); entre o índice de massa corporal e o domínio psicológico ($p=0,002$) e QV ($p=0,007$); entre a posição do estoma e os domínios físico ($p=0,003$), psicológico ($p=0,013$) e QV ($p=0,012$); e os tipos de complicações do estoma com o domínio psicológico ($p=0,018$) e QV ($p=0,045$). **Conclusão:** A qualidade de vida pode ser considerada satisfatória entre os sujeitos da pesquisa, entretanto se recomenda que a equipe multidisciplinar, sobretudo a da Enfermagem, esteja mais atenta ao domínio psicológico, com vistas a propor estratégias que contribuirão para melhorar a qualidade de

vida, bem como questões que influenciam a forma como essas pessoas vivem e que possam incentivar o progresso dos serviços de saúde.

Descritores: Qualidade de vida. Ostomia. Enfermagem.

ABSTRACT

SOUSA, M. J. **Quality of life of people with intestinal stomas**. 2015. 79p. Dissertation (Master). Health Sciences Center, Federal University of Paraiba, Joao Pessoa.

Introduction: Although there are numerous definitions for the term quality of life, there is no universal conceptualization. Nevertheless, it is observed that for people to have a good quality of life, it is important that they feel satisfied in various aspects, principally those considered essential in their lives. Hence, the QOL emerges as an instrument of impact in the evaluation of chronic noncommunicable diseases (CNCs), among them the colorectal cancer, the principal responsible for the confection of intestinal stomas. **Objective:** To evaluate the quality of life of people with intestinal stomas attended at a reference service. **Methodology:** This is a study of the type household survey, descriptive, cross-sectional and of quantitative approach. The research had as the initial input the Association of Ostomized individuals of the State of Paraiba (AOEPB), from which the study population arose. The non-probabilistic sample, for convenience, was selected through four steps and resulted in a total of 30 stomized people. The data were analyzed through the software Statistical Package for the Social Sciences and absolute and percentage distributions, as well as inferential statistical techniques, were obtained. The project was approved by the Committee of Research Ethics of the University Hospital Lauro Wanderley / UFPB, under the sentence number 370.838 and Presentation Certificate for Ethics Appreciation number 17224613.8.0000.5183. **Results:** The average age of participants was 60.67 years old, equally distributed between the sexes. The majority of participants were retired, Catholics, with low educational levels, married and with an income of one to three minimum wages. Clinically, the respondents had the following characteristics: they had a permanent stoma (73.3%) and because of cancers (80%), with inadequate position (90%), with no postoperative complication (80%), BMI above weight (50%) and surgery time of over 10 years (44.8%). Regarding the quality of life scores, it was observed that the measures obtained for the physical, social, psychological and spiritual domains were above 5. Only the variable anxiety present in the psychological domain, showed average below 5 (4.69). By comparing the average of the four domains, the best score was the spiritual well-being (7.65), and the lowest, the psychological well-being (7.05). The association between sociodemographic and clinical variables and the quality of life scores revealed significance between religion and the social domain ($p = 0.042$); between the occupation and the physical domain ($p = 0.041$), the psychological domain ($p = 0.006$) and quality of life total ($p = 0.010$); between body mass index and the psychological domain ($p = 0.002$) and QOL ($p = 0.007$); between the position of the stoma and the physical domain ($p = 0.003$), the psychological domain ($p = 0.013$) and QOL ($p = 0.012$); and the types of stoma complications with the psychological domain ($p = 0.018$) and QOL ($p = 0.045$). **Conclusion:** The quality of life can be considered satisfactory among the research subjects, however it is recommended that the multidisciplinary group, especially nursing, be more attentive to the psychological domain, in order to propose strategies that will

contribute to improve the quality of life, as well as questions that influence on how these people live and which can stimulate the progress of health services.

Keywords: Quality of life. Ostomy. Nursing.

RESUMEN

SOUSA, M. J. **La calidad de vida de las personas con estoma intestinal**. 2015. 79h. Disertación (Master). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Introducción: Aunque existen numerosas definiciones para el término calidad de vida, no existe cualquier concepto universal. No obstante, se observa que, para que las personas tengan una buena calidad de vida, es importante que se sientan satisfechas en varios aspectos, sobre todo los que se consideran esenciales en su vida. De este modo, la CDV se presenta como un instrumento de impacto en la evaluación de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas, el cáncer colorrectal, el principal responsable por la confección de estomas intestinales. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de las personas con estomas intestinales atendidas en un servicio de referencia. **Metodología:** Estudio del tipo encuesta de hogares; descriptivo; de corte transversal y abordaje cuantitativo. La investigación tuvo como aporte inicial la Asociación de Ostomizados del Estado de Paraíba (AOEPB), a partir del cual se levantó la población del estudio. La muestra no probabilística, por conveniencia, fue seleccionada a partir de cuatro etapas y resultó en un total de 30 ostomizados. Los datos fueron analizados utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences y se obtuvieron distribuciones absolutas y porcentuales, además de técnicas de estadística inferencial. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley / UFPB, bajo la sentencia número 370.838 y Certificado de Presentación para Apreciación Ética número 17224613.8.0000.5183. **Resultados:** La edad media de los participantes fue de 60,67 años, igualmente distribuidos entre los sexos. La mayoría de los participantes era de jubilados, católicos, con bajo nivel de estudios, casados y con una renta entre uno y tres salarios mínimos. Clínicamente, los encuestados tenían las siguientes características: tenían estoma permanente (73,3%) y debido a cánceres (80%), con la posición inadecuada (90%), sin ninguna complicación postquirúrgica (80%), índice de masa corporal arriba del peso (50%) y tiempo de operación de más de 10 años (44,8%). Cuanto a las puntuaciones de calidad de vida, se observó que los valores medios obtenidos para el dominio físico, social, psicológico y espiritual fueron superiores a 5. Solamente la variable ansiedad, presente en el dominio psicológico, mostró valor medio abajo de 5 (4,69). Al comparar las medias de los cuatro dominios, la mejor puntuación fue el bienestar espiritual (7,65), y el más bajo, del bienestar psicológico (7,05). La asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas y las puntuaciones de calidad de vida reveló diferencias significativas entre la religión y el dominio social ($p = 0,042$); entre la ocupación y los dominios físicos ($p = 0,041$), psicológico ($p = 0,006$) y calidad de vida total ($p = 0,010$); entre el índice de masa corporal y el dominio psicológico ($p = 0,002$) y CDV ($p = 0,007$); entre la posición del estoma y los dominios físico ($p = 0,003$), psicológico ($p = 0,013$) y CDV ($p = 0,012$); y los tipos de complicaciones del estoma con el dominio psicológico ($p = 0,018$) y CDV ($p = 0,045$). **Conclusión:** La calidad de vida puede ser considerada satisfactoria entre los sujetos de la investigación, sin embargo se recomienda que el equipo multidisciplinar,

especialmente el de enfermería, esté más atento a el dominio psicológico, con el fin de proponer estrategias que contribuirán para mejorar la calidad de vida, así como cuestiones que influyen en la forma cómo estas personas viven y que pueden estimular el progreso de los servicios de salud.

Palabras clave: Calidad de vida. Ostromía. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Aspectos históricos da colostomia.....	19
3.2 Qualidade de vida da pessoa estomizada.....	23
4 MÉTODO.....	26
4.1 Tipo do estudo.....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 População e amostra.....	27
4.4 Instrumento e operacionalização da coleta dos dados.....	27
4.5 Análise dos dados.....	29
4.6 Procedimentos éticos.....	30
5 RESULTADOS.....	31
5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica.....	31
5.2 Escores de qualidade de vida.....	33
5.3 Associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os escores de qualidade de vida.....	35
6 DISCUSSÃO.....	40
7 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE.....	
Apêndice A – Instrumento I – Dados sociodemográficos e clínicos.....	65
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
ANEXOS.....	
Anexo A – City of Hope – Questionário de qualidade de vida para estomizado.....	68
Anexo B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	72

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) emerge como um instrumento de impacto na avaliação de doenças crônicas, intervenções terapêuticas e indicadores de morbimortalidade. Já as doenças crônicas se destacam por sua importância na busca de estratégias para se reduzir a prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida ⁽¹⁾. O interesse das pesquisas que envolvem a QV tem focado diversos aspectos da condição, como sexualidade, gênero, estigmatização, entre outros. Proporcionar saúde implica evitar doenças, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida ⁽²⁾.

Nessa perspectiva, observa-se que, para ter uma boa QV, é importante que as pessoas se sintam satisfeitas em vários aspectos, principalmente, naqueles considerados essenciais em sua vida ⁽³⁾. Os termos saúde e qualidade de vida têm grande relação entre si, embora seus conceitos apresentem bastantes especificidades. Apesar de haver inúmeras definições para o termo qualidade de vida, não existe qualquer conceituação universal. As mais citadas são as que consideram a discussão de uma multiplicidade de dimensões nas abordagens gerais ou holísticas ⁽⁴⁾.

O conceito que mais se aceita no meio científico ainda corresponde ao modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas ⁽⁵⁾.

Com o avanço terapêutico e tecnológico, a sobrevivência das pessoas, principalmente com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumentou consideravelmente. Essa configuração, cada vez mais contemporânea, instiga a apropriação de definições e ações que promovam, quantifiquem e viabilizem a melhoria da qualidade de vida da população. As DCNT afetam negativamente a qualidade de vida e ocasionam impactos econômicos negativos para as famílias, os indivíduos e a sociedade em geral. Elas são responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil ⁽⁶⁾. Entre as doenças crônicas, destaca-se o câncer, com distinção para o colorretal que, no ano de 2014, atingiu quase 33 mil indivíduos. O câncer é um dos principais responsáveis pela confecção de estomias intestinais. No meio literário, é considerado como a causa do procedimento ⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A manutenção da integridade do ser humano é muito importante, de forma que qualquer evento que promova a quebra dessa integridade, como uma cirurgia de estomia intestinal, por exemplo, pode causar sérios problemas de ordem física, psicológica e social ⁽³⁾. Nesse contexto, a QV é uma prioridade, que deve ser mantida ou recuperada com a intenção de proporcionar ao estomizado um viver harmonioso e feliz ⁽¹¹⁾. Embora seja destacada a inexistência de dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a situação dos estomizados no Brasil ⁽¹²⁾, de acordo com dados apontados pela Associação Brasileira de Estomizados, a estimativa é de que cerca de 33.864 pessoas viva com estomia - 4.176 na Região Nordeste, dos quais 496 são da Paraíba ⁽¹³⁾.

Dependendo da etiologia, a realização da estomia pode ser indicada temporariamente, para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento em um curto espaço de tempo, ou de forma definitiva, quando não existe a possibilidade de reestabelecer o trânsito intestinal ⁽¹⁴⁾. Portanto, independentemente do tempo de permanência, a estomia é um procedimento extremamente invasivo e de exposição, que pode causar nos clientes constrangimentos psicossociais, físicos e, até, espirituais. Portanto, pode interferir diretamente em sua relação com os familiares, os amigos e a sociedade. E diante da excessiva valorização da beleza física que se busca na sociedade contemporânea, modificar a imagem corporal é um atributo determinante em muitos aspectos da qualidade de vida do estomizado, principalmente quanto ao sentido de mutilação, atribuído pela presença de um estoma e pela necessidade do uso de dispositivos e adjuvantes para controlar as eliminações intestinais como bolsas, cinto, barreiras protetoras (creme, pó ou placa), irrigador e oclisor.

Assim, fica claro que, dentre todas as alterações causadas pelo estoma, as mudanças físicas se destacam não apenas por afetar o processo fisiológico intestinal, mas também por seu impacto na autoimagem e na autoestima, que podem acarretar em desequilíbrio psíquico e emocional e prejudicar a vida dessas pessoas.

Geralmente, depois do procedimento cirúrgico, os estomizados imaginam ter sanado a doença. No entanto, deparam-se com a descoberta das disfunções orgânicas e com a convivência com o preconceito, que é fortalecido pela falta de conhecimento da sociedade quanto ao estoma. Com efeito, a reinserção social se constitui um dos maiores desafios a ser enfrentado pelos estomizados ⁽¹⁵⁾. Conviver com um estoma induz o indivíduo à sensação de estigma, justamente pela diferença que ele apresenta e que não é condizente com as características de normalidade estabelecidos pela sociedade ⁽¹⁶⁾.

Fundamentados por essas características intrínsecas às estomias, diversos estudos têm abordado a qualidade de vida nessa população como temática relevante e atual para o contexto da saúde ⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Apesar de ser considerada uma percepção complexa, a QV pode ser mensurada. Para isso, foram desenvolvidos instrumentos com os quais se podem investigar o efeito de uma doença sobre a vida do ser humano, que abrangem os aspectos físico, psicológico, ambiental e emocional e contribuem para o planejamento e a avaliação de possíveis tratamentos ⁽²¹⁾. No Brasil, a avaliação da qualidade de vida de pessoas com estoma tem sido realizada com o emprego de instrumentos genéricos ou com estudos que utilizam abordagem qualitativa.

Os instrumentos genéricos abarcam determinados aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida de indivíduos ou grupos, no entanto, não têm especificidade para detectar a melhora ou a piora do aspecto específico em estudo ⁽⁴⁵⁾. Neste estudo, optou-se por trabalhar com um instrumento específico, com o intuito de mensurar a QV do estomizado - o *City of Hope* - Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado – e elegeu-se uma definição bem disseminada e proposta pelo instrumento, em que "qualidade de vida é um conceito multidimensional, definido por meio do bem-estar e da satisfação com a vida e o quanto a vida é afetada pela doença, acidentes ou tratamento" ⁽²²⁾.

Os estudos têm sido realizados por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. No que se refere à Enfermagem, observou-se, em uma investigação, que os sentimentos negativos originados no processo de adoecimento e realização do estoma dificultam o aprendizado do autocuidado e da adaptação à nova condição dos clientes, contudo aqueles que são orientados no período pré-operatório adaptam-se melhor à situação. Nesse sentido, “a sistematização da assistência de enfermagem para a pessoa com estomia intestinal e para sua família é imprescindível na sua reabilitação, na autonomia e no exercício de seu papel na sociedade, de forma digna e humana” ⁽²³⁾.

Em vista disso, a aproximação com a temática surgiu do interesse em conhecer, de forma mais específica, como essa população expressa essa alteração corporal e sua influência na qualidade de vida, tendo em vista que o papel da equipe de Enfermagem é de cuidar desse cliente no período pré, intra e pós-operatório e durante a reabilitação, a partir do acompanhamento das etapas vivenciadas por ele e seus familiares.

Em endosso ao discorrido, como enfermeira assistencial, entende-se que a atenção individualizada e humanizada é uma característica almejada durante o processo de cuidar.

Para isso, é necessário um embasamento teórico e técnico-científico por meio da investigação científica. Assim, a relevância do estudo está na utilização de um instrumento específico para mensurar a qualidade de vida da pessoa estomizada, que poderá trazer subsídios para os enfermeiros e os demais profissionais de saúde, visando desenvolver estratégias que possibilitem o regaste, a adaptação, a reabilitação e a reinserção social dessas pessoas.

Um amplo conhecimento da QV dos clientes por parte dos profissionais de Enfermagem pode ajudar a se compreender o impacto das condições sobre o bem-estar geral desses indivíduos por meio de ações preventivas. Esse somatório de conhecimentos pode impedir que se estabeleçam complicações - acometidas por falta de orientação e educação em saúde - através de ações preventivas.

No campo da Enfermagem, desenvolver um estudo dessa natureza poderá fortalecer seu caráter como ciência, no sentido de colaborar com o avanço da categoria e de dar informações importantes que poderão subsidiar o planejamento da assistência. Portanto, os resultados deste estudo serão disponibilizados à comunidade científica e assistencial para favorecer a tomada de decisão relacionada às intervenções dos profissionais da área.

Diante do que foi apresentado, foi constituído o seguinte questionamento: Como o cliente estomizado avalia a qualidade de sua vida? As respostas ao questionamento poderão contribuir para uma assistência de enfermagem integral e individualizada ao estomizado e melhorar as condições de sua saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade da vida de pessoas com estomias intestinais atendidas em um serviço de referência.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as pessoas com estomias intestinais quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Determinar os escores de qualidade de vida para os domínios físico, psicológico, social e espiritual em pessoas com estomias intestinais;
- Analisar a associação dos aspectos sociodemográficos e clínicos com os domínios de qualidade de vida das pessoas com estomias intestinais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos da colostomia

A colostomia é um procedimento cirúrgico que pode ser realizado de forma eletiva ou de urgência e consiste na abertura de um orifício externo denominado de estoma⁽²⁴⁾. Ela se classifica em lateral ou em alça e terminal. A primeira pode ser realizada em um seguimento móvel do cólon (transverso ou sigmoide), e sua característica é a não interrupção total da continuidade do intestino. A segunda tem caráter definitivo e pode ser realizada em qualquer seguimento do cólon⁽²⁵⁾.

Estoma ou ostoma é uma palavra de origem grega, que significa “boca” ou “abertura” utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo⁽²⁶⁾. Os termos estomia e ostomia são normalmente utilizados, porém, em consideração às normas gráficas brasileiras, os estomaterapeutas regularizaram a terminologia estomia/estoma e estomizados e só empregam o termo ostomizado quando se refere ao nome oficial do programa de saúde⁽²⁷⁾.

O estoma é uma abertura que comunica o meio externo ao interior de um órgão, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado, em diversos sistemas orgânicos, de forma que a localização do estoma determina sua nomenclatura e funcionalidade⁽²⁸⁾. Pode ser comparado com um ânus artificial, por meio do qual as fezes e os gases são eliminados através de um dispositivo em forma de bolsa acoplada a ele⁽⁴⁾. Conforme o segmento exteriorizado, as estomias recebem nomes diferentes: no intestino grosso/cólon, chama-se colostomia; no intestino delgado/íleo, ileostomia. Sua realização decorre de diversas patologias. As patologias que podem levar à construção do estoma são: câncer de cólon e reto, diverticulite, perfuração intestinal, fístulas, doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa e doença de Crohn), entre outras⁽²⁹⁾. As causas que conduzem à necessidade de uma estomia são muitas e compreendem um grupo heterogêneo de distúrbios, o que evidencia que a população que precisa de uma estomia é bem diversificada, incluindo indivíduos de todas as faixas etárias e de diferentes perfis sociodemográficos⁽⁹⁾.

Dentre as situações clínicas que podem desencadear a necessidade da realização cirúrgica de uma estomia, o câncer de cólon e de reto parece ser a mais prevalente. É o segundo tipo de câncer de maior prevalência no mundo, que ocupa o terceiro lugar em termos de incidência, a mais elevada nos países desenvolvidos. No Brasil, o câncer do

cólon e o de reto estão entre os cinco primeiros tipos mais frequentes e ocupam o quarto lugar, em termos de incidência para homens, e o terceiro, para mulheres ⁽³⁰⁾.

Depois de confeccionado o estoma, são comuns complicações como: dermatite periestomal, prolapso, necrose isquêmica, estenose, hérnia periestomal, fístula periestomal e abscesso ⁽³¹⁾. Também pode ocorrer posicionamento inadequado do estoma, que ocasiona complicações para o estomizado, como o mau posicionamento do dispositivo, o que compromete a qualidade de vida dessas pessoas ⁽³²⁾.

Pessoas com estomias intestinais representam uma parcela social dotada de uma peculiaridade, entre elas, a diferenciação morfofisiológica no processo digestório, direcionada à presença do estoma, o qual requer cuidados permanentes a serem realizados tanto pela equipe multiprofissional, sobretudo a da Enfermagem, quanto pelo próprio indivíduo ⁽³³⁾.

Segundo Ramos *et al* ⁽¹²⁾,

[...] é imperativo o planejamento de ações programáticas de reabilitação de pessoas com estomas intestinais, havendo necessidade de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar sistematizado para atender às demandas dessa clientela, incluindo o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para seu processo de reabilitação, tomando como base as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), representadas pela universalidade, integralidade e equidade (p. 281).

No início do Século XIX, as cirurgias de colostomias foram metodicamente experimentadas no controle das obstruções intestinais e do câncer retal. Em meados de 1900, os cirurgiões Mayo e Miles incluíram a ressecção radical dos tecidos perirretal e linfáticos, bem como do reto e do canal anal, o que passou a garantir maior sobrevida dos clientes ⁽³⁴⁾.

No campo da estomaterapia, como especialidade, ela surgiu em 1958, na cidade de Cleveland, em Ohio, mais especificamente, na Cleveland Clinic Foundation. Na ocasião, o Dr. Rupert Turnbull, considerado o pai da estomaterapia, estava determinado a minimizar os problemas e melhorar os cuidados prestados aos estomizados. Para isso, convidou e treinou uma cliente ileostomizada, chamada Norma Gill, e transformou-a na primeira estomaterapeuta do mundo. Assim, iniciou-se a Estomaterapia - *Enterostomal Therapy*, em que entero significa intestino, e *stomal*, estoma ⁽³⁵⁾.

No Brasil, a Prof^ª. Dra. Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos é considerada uma das pioneiras em estomaterapia, graduada pela *Universidad Complutense*, em Madri, na Espanha. Como coordenadora do Curso de Estomaterapia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ela capacita os acadêmicos de Enfermagem de forma específica para cuidarem do cliente com estomia ⁽³⁶⁾.

Em âmbito nacional, a especialidade estomaterapia vem crescendo juntamente com o interesse de enfermeiros de se capacitarem na área. No entanto, a maioria das instituições, particularmente no estado da Paraíba, não compõem em seu quadro de funcionários o estomaterapeuta. Não obstante, em algum momento da assistência, o enfermeiro pode se deparar com clientes estomizados e suas necessidades de cuidados específicos ⁽³⁷⁾. Em vista disso, a busca pelo aprendizado específico nessa área não deve ser prioritária ao especialista, mas a todos os enfermeiros que lidam de forma direta ou indireta com essa clientela.

Historicamente, até meados dos anos 1970, as questões relacionadas às pessoas com estoma eram abordadas apenas por alguns profissionais com habilidades nessa área, geralmente médicos. Somente na década de 1980, com o trabalho de lideranças das associações de estomizados e de outros profissionais envolvidos nessa causa foi que foram criados, na Constituição Brasileira de 1988, capítulos e artigos específicos que tratam dos direitos do cidadão e dos deveres do Estado, em relação à pessoa com deficiência, inclusive pessoas com estomia ⁽¹⁹⁾.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, estabeleceu diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade dessa portaria é de atender a todos os clientes com estomas urinários e intestinais que apresentem indicação para a concessão de dispositivos coletores. Para tanto, o cliente beneficiário deve estar cadastrado em um dos centros de referência de algum programa e ser submetido a uma avaliação clínica por profissionais médicos e enfermeiros ⁽²⁸⁾.

A estomia traz significativas mudanças no estilo de vida das pessoas, devido às diversas adequações que precisam ser consideradas a fim de atender às novas necessidades. Entre as mudanças, algumas dificuldades são encontradas e estão relacionadas com: alteração da imagem corporal, necessidades de adaptação no trabalho, lazer, alimentação, convívio social e familiar, relacionamento e sexualidade. Além disso, sentimentos como vergonha e insegurança também se mostram presentes ⁽³⁸⁾.

Visando ao atendimento integral ao indivíduo estomizado, a Associação Internacional dos Ostomizados (International Ostomy Association – IOA) elencou quatro fases principais pelas quais o cliente passa: choque ou pânico, defesa ou negação, aceitação e adaptação ⁽³⁹⁾. A primeira ocorre, geralmente, logo depois da cirurgia, quando o indivíduo ainda não está preparado para processar as informações e estará passando por um momento de angústia e esquecimento. Essa fase pode durar dias ou semanas. A segunda é caracterizada por negação da nova situação. Na terceira fase, em que o estoma é reconhecido, poderá haver momentos de depressão, apatia, agitação, amargura e ansiedade. A quarta fase é a de adaptação e resolução, em que a dor aguda começa a diminuir, e o estomizado começa a encarar a situação e as dificuldades de forma construtiva e se adaptar à nova situação ⁽³⁹⁾.

A estomia e o equipamento coletor causam uma mudança radical na vida dos estomizados, e essa transformação requer tempo para a aceitação e a aprendizagem. Produz alterações na imagem corporal do cliente que irão influenciar em vários aspectos. A aceitação dessa mudança pode ser exercida por fatores internos, por pessoas que têm algum vínculo afetivo com o estomizado e por sua condição social, econômica e cultural ⁽⁴⁰⁾. Nesse contexto, a orientação da equipe de Enfermagem oferece um sentido, pois guia o cliente para aceitar as alterações ocorridas por meio da compreensão. A atuação da equipe multidisciplinar é primordial para o desenvolvimento do autocuidado e promove a independência e a adaptação do cliente estomizado ⁽³⁸⁾.

Idealmente, a assistência de enfermagem deve começar no pré-operatório e continuar durante o período em que o cliente permanece estomizado, o que pode acontecer permanentemente. Então, é importante entender o que envolve o sujeito estomizado na perspectiva do cuidar na área da Enfermagem ⁽⁴¹⁾.

Para Maruyama *et al* ⁽¹⁶⁾,

a busca por formas eficazes de gerenciar o cuidado a sua saúde tem relação com as políticas de atenção a essas pessoas, as instituições e os profissionais de saúde e os contextos socioculturais nos quais cada pessoa está inserida. [...] Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem direcionado as pessoas com estomias deve ter por objetivo a melhoria na qualidade de vida, ampliando as ações de maneira a promover a sua reinserção social e o desenvolvimento das suas potencialidades (p.666).

Pesquisas com indivíduos estomizados observaram que eles sofreram bruscas alterações em seu estilo de vida, principalmente em relação ao autocuidado, às atividades do cotidiano, ao lazer, ao bem e à autoestima. Identificaram, também, prejuízos na relação (conjugal, social e com o parceiro), causados pelas modificações fisiológicas e corporais oriundas da estomia, fatores preditivos da qualidade de vida ⁽⁴²⁾.

3.2 Qualidade de vida da pessoa estomizada

A qualidade de vida tem sido abordada com os mais diferentes olhares, tanto da ciência quanto do senso comum, e investigada sob um ponto objetivo e subjetivo. Apesar da existência de um consenso acerca da importância da avaliação da qualidade de vida, o mesmo não ocorre com o seu conceito, campo repleto de frequentes e significativos debates. Caracteriza-se como um dos conceitos mais discutidos da atualidade, embora não se consiga precisar exatamente o que significa ⁽⁴³⁾. O termo qualidade de vida surgiu no final dos anos 50, empregado por sociólogos, no âmbito da discussão sobre questões ambientais, urbanização e assuntos similares, inserido em publicações não acadêmicas. Foi apresentado, pela primeira vez, no *Index Medicus* e no *Psychological Abstract* em 1985 ⁽⁴⁴⁾.

Em 1994, nos Estados Unidos da América, Lyndon Jonhson referiu que o propósito de uma nação não pode ser avaliado pelo poder aquisitivo das pessoas, mas pela qualidade de vida que elas têm ⁽⁴⁵⁾. Na área de saúde, a temática qualidade de vida não é recente, e sua primeira fundamentação incidiu em 1978, na Conferência de Alma - Ata da Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, só na década de 1990 foi que adquiriu relevância nas políticas públicas de saúde, e o cidadão passou a ser o centro dessas avaliações ⁽⁴⁶⁾.

Etimologicamente, na expressão qualidade de vida, qualidade significa o nível, o grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; já o termo vida representa o estado completo da atividade funcional da pessoa, tendo em conta seu comportamento, seu desenvolvimento, suas fontes de prazer ou de sofrimento e o seu estilo geral de vida ⁽⁴⁷⁾.

A busca por definir esse conceito demonstra as diversidades do ser humano e da sociedade como um todo, descrita em marcos teóricos, em disciplinas e em teorias ⁽⁴⁸⁾. No entanto, o conceito de qualidade de vida vai desde uma ênfase holística, até o impacto dos

processos de saúde/doença que interferem na capacidade que as pessoas têm de levar uma vida com satisfação. É um construto extremamente subjetivo, já que se baseia na autoavaliação do indivíduo e sua condição de vida ⁽⁴⁹⁾.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida é mais do que um simples estado de saúde, consiste na possibilidade de viver em equilíbrio. Contudo, para alcançar o estado de equilíbrio, é preciso estar satisfeito com a vida. Além disso, a investigação da qualidade de vida relacionada à saúde simboliza uma tentativa de quantificar, de forma cientificamente analisável, as consequências das doenças e os tratamentos, segundo a percepção subjetiva dos clientes ⁽⁵⁰⁾. Nessa linha, alguns autores testificam a dificuldade e a impossibilidade de conceituar, adequadamente, o termo qualidade de vida, tratando-a como uma variável emergente, da mesma forma que construtos como “traços de personalidade” ou “emoções”, para os quais são atribuídos, preferencialmente, características ou indicadores não indicativos do *status* de definição ⁽⁵¹⁾.

A avaliação da qualidade de vida do ser estomizado com a utilização de um instrumento específico para essa população é de extrema relevância, porque, ter um estoma é uma condição que gera variadas consequências, que atingem, de forma direta, a estrutura psicoemocional do cliente e provoca mudanças consideráveis na forma de viver. Desse modo, os instrumentos que avaliam a QV permitem demonstrar alterações comprovadas estatisticamente e o significado clínico delas ⁽⁵²⁾. Os instrumentos genéricos são multidimensionais e podem ser aplicados em variados contextos, sem que seja preciso especificar a patologia, pois avaliam questões de saúde de forma geral ^(21,53). A generalização fornece subsídios para a compreensão dos recursos disponíveis para a satisfação e o bem-estar do indivíduo, no que diz respeito aos diversos domínios de sua vida ⁽⁴⁹⁾.

Esse padrão de avaliação geral é direcionado a pessoas saudáveis da população, sem restrição a agravos específicos. Já os específicos são restritos aos aspectos de determinada enfermidade e população própria ^(21,53). Isso posto, a qualidade de vida é vista como uma concepção exclusivamente humana, podendo ser mensurada através do grau de satisfação ligado às condições familiar, amorosa, social e ambiental das pessoas ⁽⁴⁵⁾.

Os primeiros instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida de estomizados surgiram nos anos 80, como o *Quality of Life Index* de Padilla e Grant que, embora tenha sido pouco utilizado, pode ser considerado o primeiro instrumento específico de que se tem notícia ⁽⁵⁴⁾. Em 1983, Olbrisch publicou o *Ostomy Adjustment Scale* (OAS),

também pouco utilizado, embora alguns autores o considerem um instrumento para avaliar a adaptação à doença e ao estilo de vida, e não, o construto qualidade de vida ⁽⁴⁵⁾.

O instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de pessoas estomizadas que apresentou o maior número de publicações foi *The City of Hope Quality of Life: Ostomy Questionnaire* (COH-QOL), publicado por Grant *et al* ⁽⁵⁵⁾. Estudo confirmou suas principais propriedades de medida - validade de construto, validade discriminante e confiabilidade ⁽⁵⁶⁾. Por suas características, nesta pesquisa, optou-se pela utilização do COH-QOL para avaliar a qualidade de vida do estomizado. Esse instrumento foi validado no Brasil em 2010 e passou a ser denominado de *City of Hope – Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado* ⁽⁴⁵⁾.

O conceito de QV está associado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abarca uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive ⁽⁴⁵⁾. Assim, as pessoas estomizadas estão susceptíveis ao comprometimento da qualidade de sua vida, em decorrência de todas as alterações por que passam - físicas, psicológicas e/ou emocionais. Frente a isso, os indivíduos com estomias intestinais devem receber um apoio direcionado às suas necessidades, com foco no que julgam ter perdido, ou seja, a qualidade de vida ⁽³³⁾.

Diante de tantos conceitos, não há consenso para definir o construto qualidade de vida, pois ela aborda desde os aspectos filosóficos até os econômicos. Entretanto, a qualidade de vida é inerente ao entendimento próprio do ser humano, razão por que as pessoas precisam estar dispostas a tornar a convivência com sua condição aceitável, para que consigam alcançar uma qualidade de vida satisfatória.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um inquérito domiciliar, descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. O inquérito domiciliar compreende a coleta de informações das pessoas através de visitas aos lares dos entrevistados. O estudo descritivo consiste em coletar descrições detalhadas de variáveis, utilizando-se os dados para justificar e avaliar as condições e as práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde ⁽⁵⁷⁾. Nas pesquisas de corte transversal, as medições são feitas em um único momento. Esses dados podem ser utilizados para descrever e justificar associações entre variáveis. Por fim, a abordagem quantitativa caracteriza-se pela quantificação das modalidades de coleta de dados e pelo tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas ⁽⁵⁸⁾.

4.2 Local do estudo

A pesquisa teve como aporte inicial a Associação de Ostomizados do Estado da Paraíba (AOEPB). Esse serviço é considerado uma referência para pessoas estomizadas e está localizado no setor ambulatorial de um hospital público, no município de João Pessoa-PB.

A AOEPB é configurada como uma instituição pública, sem fins lucrativos, fundada há 24 anos, cujo objetivo é de dar suporte às pessoas com estomias, em suas variadas formas, sejam elas provisórias ou definitivas, e dar-lhes apoio biopsicossocial e reabilitação, como também prestação de assistência especializada na figura dos profissionais que compõem a instituição. Essa associação articula um importante trabalho direcionado à revisão terapêutica com realização de orientação individualizada, rodas de conversa, palestras e reuniões com o grupo de estomizados cadastrados na instituição. Antes, distribuía bolsas coletoras. Agora, passou esse encargo para o setor de órteses e próteses do Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS, disponibilizadas pelas Secretarias de Saúde do Estado e Município. A AOEPB também efetua orientações referentes à aquisição e ao uso do irrigador e do obturador.

4.3 População e amostra

O público-alvo do estudo foi composto por indivíduos colostomizados atendidos na AOEPB. Para selecioná-lo, foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: ter maioridade etária; colostomia permanente ou temporária e ter residência fixa no município de João Pessoa.

Inicialmente, procedeu-se ao levantamento dos dados cadastrais para selecionar, dentre os estomizados, apenas as pessoas colostomizadas que frequentavam a associação, por meio de uma lista com nome completo e telefone. Durante essa fase, foram encontrados 223 colostomizados cadastrados até dezembro de 2012.

A amostra não probabilística, por conveniência, foi selecionada de acordo com as seguintes etapas:

Primeira etapa – Busca dos potenciais participantes da pesquisa: Nessa fase, por meio de contato telefônico, verificou-se que, em 28 casos, o número do telefone não existia, 10 encaminhavam a ligação para a caixa postal, em 13, o telefone não era dos colostomizados, cinco não emitiram qualquer sinal, 18 não atenderam às ligações (foram realizadas, no mínimo, cinco tentativas para cada número), 31 faleceram, e 18 não tinham espaço telefônico preenchido no cadastro. Assim, 123 indivíduos não foram contatados por telefone. Durante essa etapa, também foi observado que 100 participantes não atendiam aos critérios de inclusão (ter maioridade etária; colostomia permanente ou temporária e ter residência fixa no município de João Pessoa e comprometimento cognitivo (duas crianças, cinco residentes em outro estado, 28 reverteram a colostomia e 11 impossibilitados cognitivamente, devido a senilidade ou a adoecimento mental).

Segunda etapa – Captação dos participantes: O contato foi efetivado com 54 colostomizados. Contudo, 24 desistiram de participar da pesquisa, com a justificativa de que não se sentiam confortáveis para falar sobre o assunto com pessoas desconhecidas. Portanto, a amostra foi composta por 30 estomizados.

4.4 Instrumento e procedimento de coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos distintos. O primeiro (Apêndice A), referente à caracterização dos sujeitos, foi dividido em duas partes - sociodemográfica e clínica - contendo as seguintes questões:

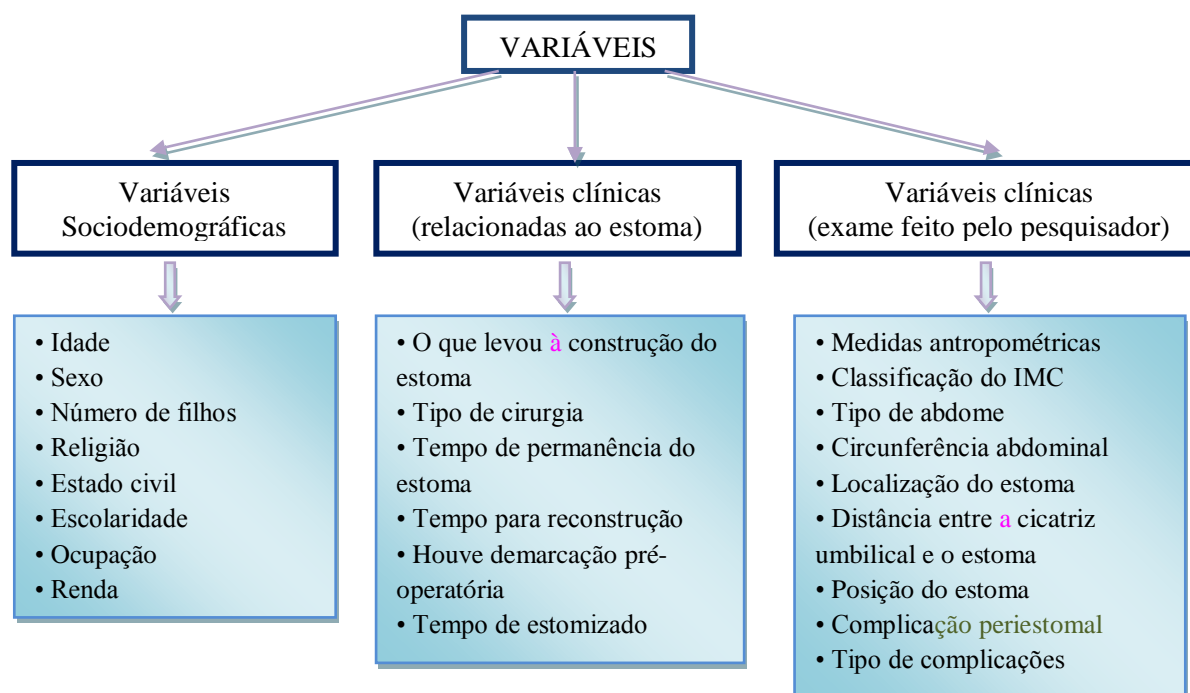


Figura 1: Dados das variáveis pertencentes aos instrumentos sociodemográfico e clínico. João Pessoa, 2015.

Quanto ao segundo instrumento, referente à avaliação da QV da pessoa estomizada, a mensuração foi feita por meio do instrumento *City of Hope* – Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado (Anexo A), constituído, em sua primeira parte, por 47 itens referentes à caracterização sociodemográfica, que aborda questões sobre saúde, atividade sexual, apoio psicológico, roupas, alimentação e cuidado diário com o estoma. No entanto, nesta pesquisa, optou-se pela utilização do segundo componente do instrumento, que é composto por 43 questões distribuídas em quatro domínios, a saber:

- Domínio Bem-estar físico (BEF): itens 1 a 11;
- Domínio Bem-estar psicológico (BEP): itens 12 a 24;
- Domínio Bem-estar social (BES): itens 25 a 36;
- Domínio Bem-estar espiritual (BEE): itens 37 a 43.

As questões desse instrumento foram elaboradas para uma escala de resposta atitudinal do tipo *Likert* de 10 pontos, contendo os níveis: intensidade (nem um pouco - bastante), frequência (nenhuma - muita), avaliação (nem um pouco - completamente; nem um pouco - extremamente; nem um pouco - muito).

As respostas foram avaliadas por meio da atribuição de escores (0-10), em que 0 equivale a uma QV ruim, e 10 é considerado uma excelente QV^(56,59-60). A última indagação do questionário é discursiva e solicita ao respondente que compartilhe sua história pós-estomia e o maior desafio enfrentado decorrente da cirurgia. Devido ao enfoque quantitativo da pesquisa e ao fato de os domínios abrangerem o indivíduo estomizado em seus aspectos físico, psicológico, social e espiritual, contemplando-o em sua totalidade, decidiu-se por não incluir essa questão na avaliação da qualidade de vida dos participantes da pesquisa.

Importa mencionar que, entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, foram realizadas a primeira, a segunda e a terceira etapas da delimitação amostral. A fase das entrevistas compreendeu o período entre fevereiro e dezembro de 2014. Depois de dadas as devidas explicações, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. No que se refere à caracterização dos sujeitos, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão). Quanto aos domínios bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, foram adicionadas pontuações, atribuídas pelos respondentes, para cada item do domínio e divididas pelo número de itens do próprio domínio. O escore total foi obtido através da média aritmética das 43 questões contidas no instrumento (ou seja, adicionando-se a pontuação de todos os itens do instrumento e dividindo-se por 43). As médias aritméticas dos domínios consideraram o número de variáveis contidas em cada um – bem-estar físico, 11; bem-estar psicológico, 13; bem-estar social, 12; bem-estar espiritual.

Neste estudo, foi definido como ponto de corte o escore 5. Logo, médias acima de 5 indicam boa QV, e abaixo de 5, QV ruim. O escore 5 representa o ponto médio da escala de avaliação das variáveis que compõem o instrumento⁶⁰. Para a correta interpretação dos resultados, a pontuação de alguns itens foi invertida: 1 a 12, 15, 18 e 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37.

O valor do Alfa de Cronbach foi 0,841, o que demonstrou um alto nível de consistência interna da escala utilizada na amostra analisada. Além disso, o intervalo de confiança adotado para todos os testes foi de 95%, e a margem de erro, de 5%.

Para averiguar a variável sexo, foram aplicados o *Teste t* e o *Teste Mann-Whitney*, que é do tipo discriminante. As variáveis de distribuição normal e homogeneidade das variâncias com dois termos foram analisadas pelo *teste Mann-Whitney*: posicionamento e permanência do estoma. Para comparar as distribuições das variáveis com três ou mais fatores, como: faixa etária, religião, estado civil, escolaridade, ocupação e renda, IMC, complicação do estoma, tipo de complicações, motivo da cirurgia e tempo de cirurgia, foram utilizados os *Testes ANOVA* e *Kruskal-Wallis* ⁽⁶¹⁾.

Em todas as análises, o nível de significância foi estabelecido em $\alpha=0,05$. Portanto, foram avaliados estatisticamente significantes os testes cujos resultados apresentaram *p* valor menor ou igual a 0,05. A apresentação dos resultados foi feita através de tabelas e de gráficos.

4.6 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sob o parecer nº 370.838 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 17224613.8.0000.5183 (Anexo B). Durante a coleta dos dados, os participantes foram orientados sobre a finalidade da pesquisa, a garantia de sigilo, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos ⁽⁶²⁾ e da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do Código de Ética da profissão de Enfermagem ⁽⁶³⁾.

5 RESULTADOS

Os resultados foram estruturados em três partes: caracterização sociodemográfica e clínica; escores de qualidade de vida e associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas. Com a configuração dessa estrutura, os achados puderam ser apresentados em consonância com os objetivos delineados para a investigação.

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes da pesquisa.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de pessoas com estomias intestinais - João Pessoa, Paraíba. 2014 (N= 30).

Variáveis	Freq.	%
Idade (Média ± DP)	60,67 anos ± 11,76	
Faixa Etária (em anos)		
43 51	6	20,0
51 59	8	26,7
59 67	8	26,7
67 75	5	16,7
≥ 75	3	10,0
Sexo		
Masculino	15	50,0
Feminino	15	50,0
Ocupação		
Aposentado	20	66,7
Pensionista	4	13,3
Do lar	3	10,0
Autônomo	2	6,7
Desempregado	1	3,3
Religião		
Católica	26	86,7
Evangélica	4	13,3
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	3,4
Ensino Fundamental	15	50,0
Ensino Médio	7	23,3
Ensino Superior	7	23,3
Estado civil		
Solteiro	7	23,3
Casado/União estável	16	53,4
Viúvo	3	10,0
Divorciado	4	13,3
Renda (SM*)		
≥1	4	13,3
1 3	15	50,0
3 5	7	23,4
> 5	4	13,3

*Salário Mínimo vigente na época da pesquisa: R\$ 724,00

Dos 30 participantes da pesquisa, a média de idade variou entre 51 e 67 anos. Quanto ao sexo, a amostra foi igualmente distribuída. Observa-se, ainda, uma maioria de aposentados 20 (66,7%) e católicos 26 (86,7%). Referente à escolaridade, 15 (50%) tinham ensino fundamental. Do total, 16 (53,4%) eram casados ou viviam em união estável. A renda média por família variou de menos de um a mais de cinco salários mínimos; prevaleceram 15 (50,0%), de três a cinco salários mínimos, e sete (23,4%) até cinco salários mínimos.

A tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis clínicas entre os participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Caracterização clínica de pessoas com estomias intestinais. João Pessoa, Paraíba - 2014 (N = 30)

Variáveis	Freq.	%
Posição do estoma		
Adequada	3	10,0
Inadequada	27	90,0
Complicações		
Nenhuma	24	80,0
Dermatite	3	10,0
Prolapso	2	6,7
Hérnia paraestomal	1	3,3
Motivo da cirurgia		
Câncer	24	80,0
Ferimento*	1	3,3
Outros**	5	16,7
Permanência do estoma		
Provisório	8	26,7
Definitivo	22	73,3
Índice de massa corporal		
Baixo peso	-	-
Peso normal	13	43,4
Acima do peso	15	50,0
Obeso	2	3,7
Tempo de cirurgia (em anos)***		
<1	3	10,3
1-5	7	24,1
6-10	6	20,7
>10	13	44,8

* Ferimento por arma branca ou arma de fogo; ** A categoria *Outros* engloba: abdome agudo, diverticulite e obstrução intestinal. *** Um participante não respondeu.

No que se refere à posição do estoma, 27 (90,0%) eram inadequadas. Oitenta por cento (24) não apresentavam nenhum tipo de complicação. Quanto ao motivo da cirurgia, 24 (80%) responderam que foi proveniente de câncer. Dos 30 pesquisados, 22 (73,3%) tinham estoma permanente. No tocante ao IMC, 15 (50,0%) apresentaram sobrepeso, e 13 (43,4%) permaneciam com o peso dentro da normalidade. Quanto ao tempo de cirurgia, 13 (44,8%) disseram que tinham colostomia há mais de dez anos.

5.2 Escores de qualidade de vida

A qualidade de vida de pessoas estomizadas, de acordo com o instrumento City of Hope – Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado, é mensurada a partir de quatro domínios – físico, social, psicológico e espiritual. Considerando a estrutura proposta para a avaliação da QV da pessoa estomizada, são apresentadas as médias obtidas para cada domínio e para as variáveis que os compõem, bem como o escore total de QV entre os participantes do estudo.

Na figura 2, observam-se as médias obtidas para o domínio ‘Bem-estar físico’ e suas variáveis. O estudo mostrou que todas se estabeleceram acima de 5, que a menor média foi alusiva aos gases (5,77), e a maior, ao bem-estar físico geral (7,90).

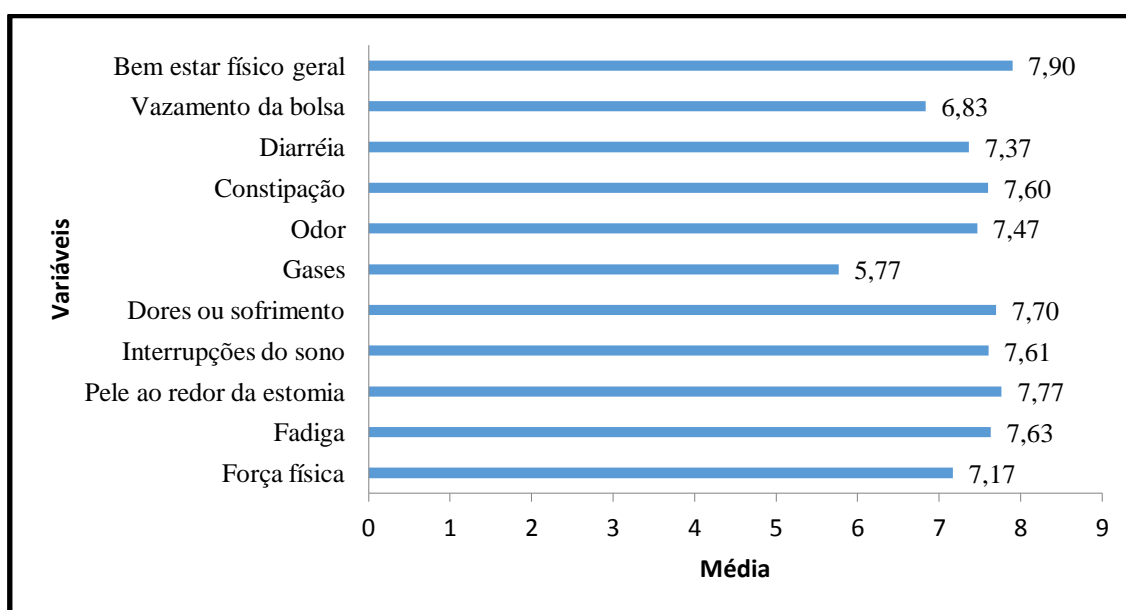


Figura 2: Escores médios das variáveis que compõem o domínio ‘Bem-estar físico’ da qualidade de vida - João Pessoa, 2014 (Média =7,39; DP=2,05)

Para o domínio ‘Bem-estar social’, as médias das variáveis também se situaram acima de 5. A interferência na capacidade de viajar apresentou a menor média (5,27), e a de maior valor foi referente à privacidade em casa no tocante aos cuidados com o estoma (8,93) (Figura 3).

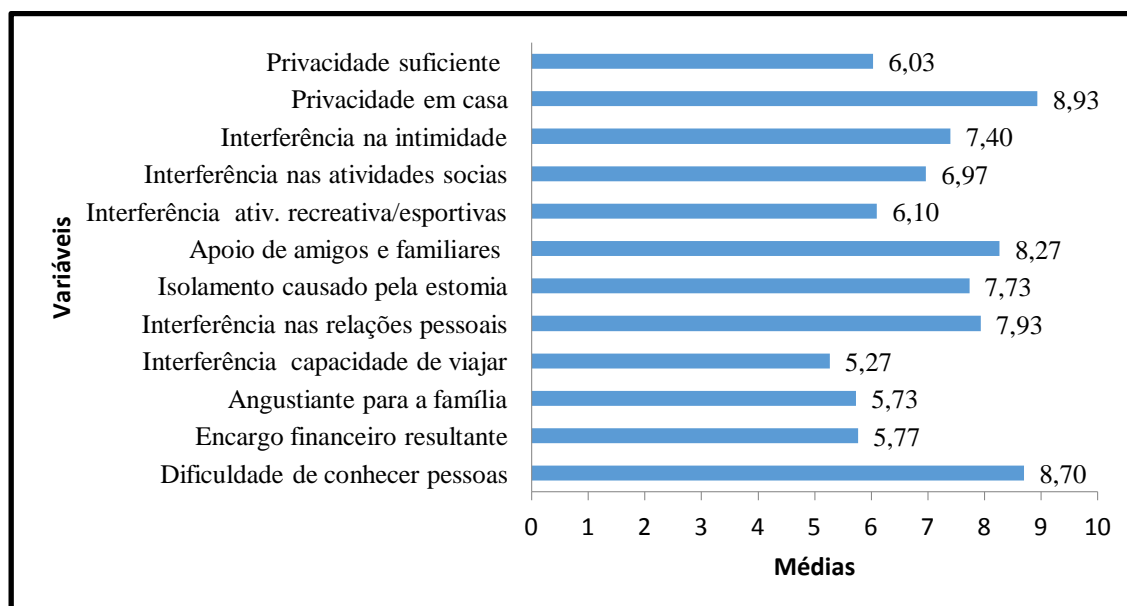


Figura 3 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar social da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média=7,06; DP = 1,56).

Na análise dos escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar psicológico, verifica-se que a ansiedade apresentou média 4,69, ou seja, abaixo de 5, e a depressão foi o escore que exibiu maior média (8,63) (Figura 4).

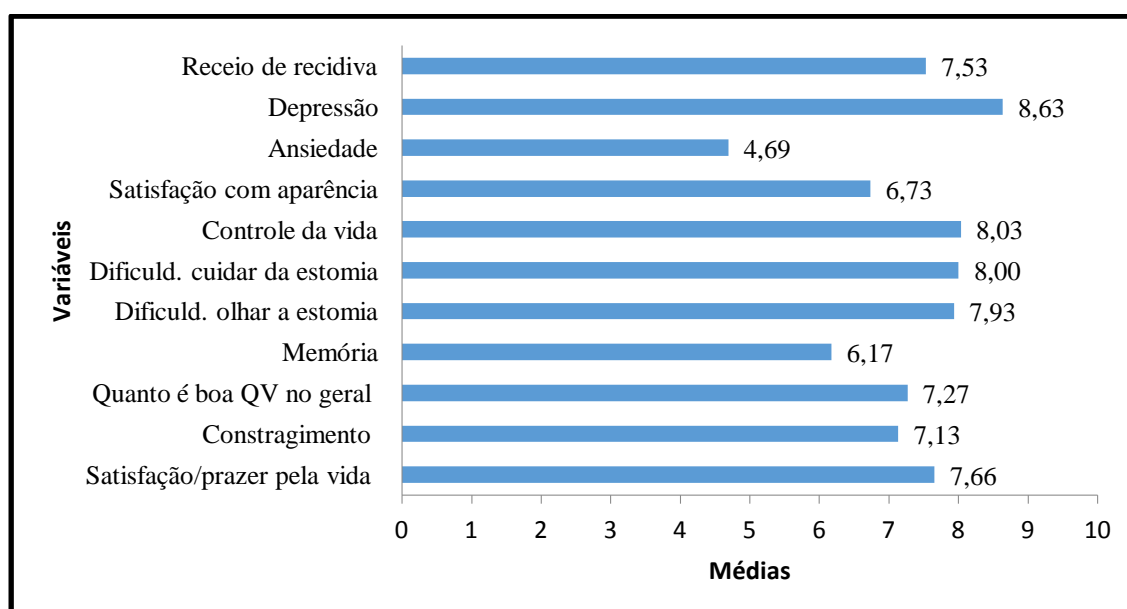


Figura 4 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar psicológico da qualidade de vida' - João Pessoa, 2014 (Média=7,05; DP= 1,25).

A figura 5 expõe os escores médios das variáveis que integram o domínio 'Bem-estar espiritual'. A menor média situa-se acima de 5 e corresponde à incerteza das pessoas quanto ao futuro (5,30). A média mais alta é referente à variável apoio espiritual (8,83).

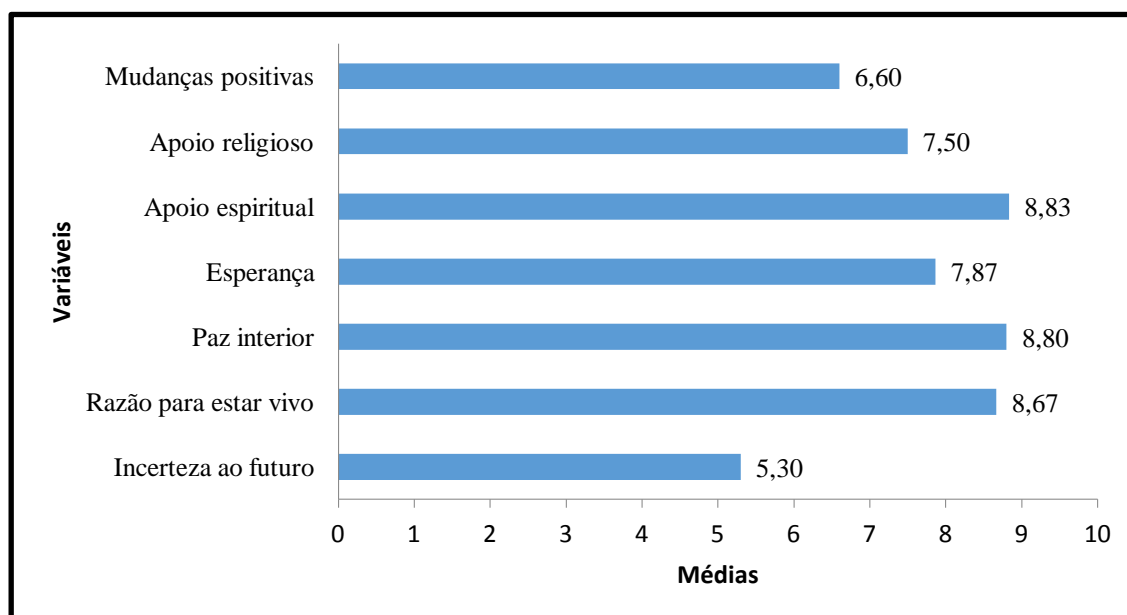


Figura 5 - Escores médios das variáveis que compõem o domínio 'Bem-estar espiritual da qualidade de vida'. João Pessoa, 2014 (Média=7,65; DP = 2,13)

Ao comparar a distribuição das médias dos quatro domínios, abrangidos pelo questionário, observa-se que o domínio em que a QV se apresentou com melhores escores foi o 'Bem-estar espiritual' (7,65), e com o menor, o 'Bem-estar psicológico' (7,05), embora a diferença entre as médias de todos os domínios seja pequena. Ressalte-se, ainda, que, para os domínios 'Bem-estar físico' e 'Bem-estar espiritual', o desvio-padrão foi superior a dois. Isso evidencia maior dispersão em relação às médias dos domínios e, portanto, maior heterogeneidade das respostas emitidas pelos pesquisados (Tabela 3).

Tabela 3 - Média dos escores dos domínios que compõem a qualidade de vida - João Pessoa, Paraíba. 2014 (N= 30)

Domínios	Média	Desvio-padrão
Bem-estar físico	7,39	2,05
Bem-estar psicológico	7,05	1,25
Bem-estar social	7,06	1,56
Bem-estar espiritual	7,65	2,13
Qualidade de vida total	7,26	1,21

5.3 Associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os escores de qualidade de vida

Após apreciação descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos das pessoas com estomias, bem como dos escores de qualidade de vida geral e por domínios, procedeu-se a análise da associação entre essas variáveis.

Na tabela 4, as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos domínios que compõem a qualidade de vida. Todavia, a religião e a ocupação apresentaram p-valor < 0,05 quando associadas a alguns domínios de QV. Pode-se ressaltar que a associação das variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida dos pesquisados apresentou associação significativa entre a religião e o domínio ‘Bem-estar social’ ($p=0,042$), como também entre a ocupação e os domínios ‘Bem-estar físico’ ($p = 0,041$), ‘Bem-estar psicológico’ ($p = 0,006$) e qualidade de vida total ($p=0,010$). O domínio ‘Bem-estar espiritual’ não apresentou nenhuma associação que revelasse significância com as variáveis sociodemográficas.

Tabela 4: Associação entre as características sociodemográficas e os escores dos domínios que compõem a qualidade de vida - João Pessoa, Paraíba. 2015 (N= 30).

	Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio social		Domínio espiritual		Qualidade de vida	
	Estatística	p-valor	Estatística	p-valor	Estatística	p-valor	Estatística	p-valor	Estatística	p-
Sexo										
Masculino	-0,925	0,364 ^(a)	-0,726	0,475 ^(a)	-0,548	0,588	123,5	0,653 ^(c)	-1,157	0,258 ^(a)
Feminino										
Faixa etária										
43 - 51	0,531	0,714 ^(b)	2,752	0,054 ^(b)	0,85	0,507 ^(b)	8,312	0,081 ^(d)	0,999	0,426 ^(b)
51 - 59										
59 - 67										
67 - 75										
> 75										
Religião										
Católica	0,073	0,789 ^(b)	0,001	0,979 ^(b)	4,551	*0,042 ^(b)	0,27	0,603 ^(d)	0,418	0,523 ^(b)
Evangélica										
Estado civil										
Solteiro	1,483	0,240 ^(b)	0,882	0,491 ^(b)	1,109	0,374 ^(b)	5,973	0,201 ^(d)	1,428	0,254 ^(b)
Casado/União estável										
Viúvo										
Divorciado										
Escolaridade										
Sem escolaridade	2,222	0,081 ^(b)	0,864	0,537 ^(b)	1,293	0,300 ^(b)	3,322	0,767 ^(d)	1,736	0,158 ^(b)
Ensino Fundamental										
Ensino Médio										
Ensino Superior										
Ocupação										
Aposentado	2,969	*0,041 ^(b)	4,867	*0,006 ^(b)	1,702	0,181 ^(b)	6,089	0,193 ^(d)	6,619	*0,010 ^(b)
Pensionista										
Do lar										
Autônomo										
Desempregado										
Renda (SM)										
≥1	1,539	0,219	1,309	0,298 ^(b)	1,405	0,258 ^(b)	5,817	0,324 ^(d)	2,203	0,087 ^(b)
1 - 3										
3 - 5										
> 5										

Legenda: * $p \leq 0,05$; (a) = Teste t; (b) = Teste F (ANOVA); (c) = Teste Mann-Whitney; (d) = Teste Kruskal-Wallis

Quanto às características clínicas e suas associações com os domínios de qualidade de vida (Tabela 5), as variáveis motivo da cirurgia, permanência de estoma e tempo de cirurgia não têm influência sobre os domínios de qualidade de vida. Contudo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre o índice de massa corporal e o domínio ‘Bem-estar psicológico’ ($p=0,002$) e QV ($p=0,007$); entre o posicionamento do estoma e os domínios ‘Bem-estar físico’ ($p=0,003$), ‘Bem-estar psicológico’ ($p=0,013$) e QV ($p=0,012$); e os tipos de complicações do estoma com o domínio ‘Bem-estar psicológico’ ($p=0,018$) e QV ($p=0,045$). Porém, não houve significância entre os domínios ‘Bem-estar social’ e ‘Bem-estar espiritual’ com as características clínicas.

Tabela 5: Associação entre as características clínicas e os escores dos domínios que compõem a qualidade de vida. João Pessoa, Paraíba. 2015 (N = 30)

	Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio social		Domínio espiritual		Qualidade de vida total	
	Estatístico	p-valor	Estatístico	p-valor	Estatístico	p-valor	Estatístico	p-valor	Estatística	p-valor
Índice de massa corporal										
Acima do peso	2,223	0,129 ^(b)	8,509	* 0,002 ^(b)	2,582	0,094 ^(b)	1,814	0,404 ^(d)	6,6087	*0,007 ^(b)
Peso normal										
Obeso										
Posicionamento do estoma										
Adequado	4,134	*0,003 ^(a)	3,977	*0,013 ^(a)	1,005	0,380 ^(a)	29,5	0,467 ^(c)	3,225	*0,012 ^(a)
Inadequado										
Tipo de complicação										
Nenhum	0,736	0,541 ^(b)	4,102	*0,018 ^(b)	0,37	0,775 ^(b)	5,11	0,164 ^(d)	3,08	*0,045 ^(b)
Prolapso										
Dermatite										
Hérnia paraestomal										
Motivo da cirurgia										
Câncer	1,95	0,163 ^(b)	1,513	0,240 ^(b)	1,229	0,308 ^(b)	5,044	0,080 ^(d)	3,012	0,066 ^(b)
Ferimento										
Outros										
Permanência do estoma										
Provisório	-0,72	0,487 ^(a)	-1,145	0,281 ^(a)	0,673	0,509 ^(a)	87	0,982 ^(c)	-0,702	0,498 ^(a)
Definitivo										
Tempo de cirurgia										
Menos de 1 ano	2,262	0,108 ^(b)	0,733	0,543 ^(b)	0,581	0,633 ^(b)	2,367	0,500 ^(d)	1,653	0,203
1 a 5 anos										
6 a 10 anos										
Maior que 10 anos										

Legenda: * $p \leq 0,05$; (a) = Teste t; (b) = Teste F (ANOVA); (c) = Teste Mann-Whitney; (d) = Teste Kruskal-Wallis.

6 DISCUSSÃO

As descrever as características sociodemográficas do estudo, constatou-se que a média de idade foi de 60,67 anos ($DP = \pm 11,76$). As maiores proporções indicaram sujeitos na faixa etária entre 51 e 67 anos (Tabela 1). Os resultados sugerem que, com o advir da idade e do processo fisiológico normal do organismo, doenças ou condições crônicas tendem a acometer as pessoas. As neoplasias intestinais, principal motivo da cirurgia do grupo estudado, são diagnosticadas com mais frequência em pessoas com idade acima dos 50 anos. Portanto, a idade dos participantes e o tempo da cirurgia variaram de menos de um a mais de 10 anos. Esse resultado condiz com um estudo quantitativo realizado no Rio de Janeiro com 933 cadastros de estomizados com câncer colorretal, em que 68% tinham idades acima de 61 anos¹², e outro, em Pouso Alegre-MG, com 52 estomizados, cuja maior parte tinha idade superior a 60 anos e estoma proveniente de neoplasia⁽⁶⁴⁾.

Quanto ao sexo, os percentuais foram igualitários, ou seja, 50% para cada sexo. No entanto, essa não foi uma variável controlada. Estudo semelhante realizado em Teresina - PI - demonstrou que a maioria das pessoas com estomas intestinais era do sexo masculino. Essa característica pode ser relacionada à baixa procura dos homens pelos serviços de atenção à saúde, o que gera riscos e agravos⁽⁶⁵⁾.

Pesquisa realizada em Taubaté-SP- mostrou predominância de 70% do sexo feminino²⁰. Esse fato expõe a diversidade de população dependendo da região pesquisada. No entanto, de acordo com o estudo, o sexo é apontado como um fator que influencia diretamente a adaptação social do estomizado, e as mulheres se adaptam mais rapidamente devido à adesão de novos hábitos e comportamentos e ao apego a atividades emocionais e espirituais^(56,59). O Instituto Nacional de Câncer estimou para 2012, no Brasil, cerca de 14.000 novos casos de câncer colorretal para o sexo masculino, e 15.000, para o feminino⁽⁶⁶⁾.

Em relação à ocupação, o estudo apontou 66,7% de aposentados (Tabela 1). Esse índice pode ser explicado pela idade dos pesquisados, que contribuíram com a previdência pelo tempo estipulado e obtiveram o direito de usufruir da aposentadoria trabalhista, ou, ainda, pela condição de colostomizado, já que esses indivíduos passam a ser considerados com deficiência física, em consonância com a Lei 5.296, de 02 de dezembro de 2004, portanto, têm direito ao benefício financeiro governamental⁽⁶⁷⁾.

Estudo desenvolvido com vinte colostomizados do Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia, do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação do Rio de Janeiro, concluiu que 75% dos participantes eram aposentados por invalidez ou recebiam auxílio-doença, porque a inserção no mercado de trabalho era difícil. Os fatores determinantes recaem sobre a própria condição física, medo do preconceito social, falta de condições adequadas para higienizar a bolsa coletora, dificuldades de acesso e adaptação aos equipamentos coletores ⁽⁶⁸⁾.

Em relação à religião, 86,7% se declararam católicos. O aspecto religioso fortalece a fé e consolida valores e crenças que interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa estomizada e favorecem sua reabilitação ⁽⁶⁹⁾. Diante disso, acredita-se que a religião é um apoio espiritual ao indivíduo e influencia a capacidade de resiliência frente às situações de adversidades na vida.

No que tange à escolaridade, metade das pessoas cursou até o ensino fundamental. Maiores níveis de escolarização, considerando seus aspectos qualitativos, constituem-se como fatores contributivos para o entendimento de orientações sobre a doença, a cirurgia e o cuidado com o dispositivo, com a saúde e a condição de colostomizado.

No que diz respeito ao estado civil, 53,4% são casados ou vivem em união estável. Aparentemente, a situação conjugal parece influenciar positivamente na maneira como a pessoa colostomizada lida com o novo estado de saúde por oferecer suporte emocional, embora o estado civil não tenha se associado significativamente aos domínios e à qualidade de vida geral dos pesquisados. A situação conjugal do grupo é semelhante à encontrada em outra pesquisa realizada com pessoas colostomizadas ⁽⁷⁰⁾. Some-se a isso o fato de o cônjuge ser o membro familiar que, além de estar mais próximo, é quem apoia o estomizado, ajudando-o a se socializar e se reabilitar ⁽⁷¹⁾.

Nesse sentido, estudo epidemiológico realizado pela Associação de Ostomizados do Vale do Paraíba, em que foi utilizado o WHOQOL-bref (instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida proposto pela World Health Organization), identificou que o apoio do cônjuge, da família e dos amigos influenciou o aumento dos escores para a qualidade de vida, o que demonstra a importância desses fatores como amparo ao colostomizado ⁽²⁰⁾.

Pesquisa qualitativa realizada com pessoas que usavam estoma digestivo das províncias de Málaga e Granada na Espanha concluiu que a aceitação familiar é essencial para promover o reencontro da pessoa com a própria imagem, facilitar a

restauração da sexualidade entre os cônjuges e incentivar a autonomia e o processo de aceitação física e adaptação ao estoma ⁽⁷²⁾.

Quanto à renda mensal, 50% vivem com rendimento de um a três salários mínimos. É notório que a situação financeira pode influenciar na forma de viver com colostomia, já que o estomizado requer cuidados e materiais que interferem no orçamento familiar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - o rendimento anual do brasileiro é de R\$ 19.766,33, enquanto o do nordestino chega a 9.561,41 ⁽⁷³⁾. Tal fato interfere, de forma direta, no poder de aquisição de bens e de consumo. A baixa condição financeira dificulta a obtenção de adjuvantes necessários ao estomizado, como também no acesso à alimentação, à saúde, à moradia, ao lazer e à educação, que interferem diretamente na qualidade de sua vida ⁽¹⁹⁾.

No mercado, há uma diversidade de materiais adjuvantes que contribuem diretamente para a QV do estomizado. Alguns deles, como as bolsas de colostomia, são fornecidos gratuitamente pelo SUS. A dispensação passou a ser obrigatória com a publicação da Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS ⁽²⁸⁾.

Em João Pessoa-PB, as bolsas de colostomia e alguns outros adjuvantes são entregues através do Centro de Atendimento à Saúde (Cais), um serviço que presta assistência especializada a pessoas com deficiência física e oferece atendimento ambulatorial com assistência médica especializada. Ele passou a fornecer órtese e prótese para pessoas com deficiências físicas a partir de 20 de junho de 2009. Até essa data, as bolsas eram entregues à Associação de Ostomizados do Estado da Paraíba (AOEPB), localizada no setor ambulatorial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Apesar da dispensação de alguns dispositivos, outros oriundos do desenvolvimento de novas tecnologias na área, como alguns produtos para proteger a pele periestomal, gel para inibir odores, entre outros adjuvantes, não são disponibilizados, e os clientes e seus familiares têm que custear. Estudo com estomizados corrobora os achados da pesquisa, no que tange à escolaridade e à renda, e revela que o baixo nível de formação é condizente com o perfil da educação populacional brasileira e produz efeitos diretos na condição financeira das pessoas ostomizadas ⁽⁸⁾.

No que concerne à caracterização clínica, em 90,0% dos participantes, a posição do estoma é inadequada, e em 50,0% o índice de massa corporal está acima do peso (Tabela 2). É possível que essas duas variáveis estejam relacionadas, já que o aumento

de volume abdominal, decorrente do ganho de peso, pode concorrer para o afastamento da localização inicial do estoma.

Durante a pesquisa, muitos participantes verbalizaram que, no período pré e pós-operatório, estavam debilitados, com baixa autoestima e com medo de não resistir à cirurgia, o que, associado à doença de base, levou à perda de peso. Após a colostomia, provavelmente, a mudança na evacuação pode ter sido um fator *sine qua non* para alterar os hábitos alimentares e, combinado com o período de convivência com o estoma, facilitou o entendimento sobre o que é ou não conveniente comer, o que culmina com o ganho de peso, que altera a estrutura corporal, principalmente a circunferência abdominal. Esse fato, por si só, pode distanciar a posição inicial do estoma. A posição adequada de um estoma é indispensável à qualidade de vida, razão por que o médico deve orientar sobre os detalhes do procedimento, os motivos para a escolha desse tipo de cirurgia, sua característica de permanência (provisório ou definitivo) e possíveis complicações⁽⁷⁴⁾.

A não demarcação prévia pode gerar posição inadequada. Estudo com estomizados definitivos observou que não houve delimitação do local da incisão em 75,7% dos participantes⁽⁶⁴⁾. Outra pesquisa afirmou que 66,45% não foram demarcados antes da cirurgia⁸. A demarcação para exteriorizar o estoma é de extrema importância, pois influi na redução de incidência de complicações. Ela deve evitar proeminências ósseas, cicatriz umbilical, linha da cintura e cicatrizes cirúrgicas⁽⁷⁵⁻⁸⁰⁾. Esse cuidado também abrange o comprimento do estoma, que deve ser de 3 a 5cm.

Segundo uma auditoria sobre estomaterapia realizada em 2005, no Reino Unido, ficou estabelecido que a altura mínima para a confecção de estomias era de 5mm para colostomia^(81, 82). A incisão na pele deve ter de 4 a 5 cm e se localizar 4 cm acima e lateralmente da cicatriz umbilical se a colostomia for no cólon transversal. O respeito a esses cuidados facilita a visualização, a higienização e, conseqüentemente, a troca do equipamento e contribui diretamente para melhorar a qualidade da vida de pessoas estomizadas⁽⁸³⁾.

Adicionalmente, verifica-se que o tempo de cirurgia é igual ou superior a um ano em quase 90% dos pesquisados. Portanto, não é possível afirmar se a inadequação da posição do estoma decorre do aumento de peso, com conseqüente aumento da circunferência abdominal, ou de ausência/imprecisão na demarcação do estoma durante o ato cirúrgico, em virtude de que essa afirmação só seria possível se a avaliação fosse realizada pouco tempo depois da cirurgia, depois da regressão do edema comum no pós-

operatório e da cicatrização cirúrgica ter se processado. Grande parte dos participantes não apresentou complicações pós-colostomia, e 10% mencionaram dermatite. Isso pode sugerir que o procedimento cirúrgico foi exitoso, os profissionais realizaram orientações de maneira eficiente e/ou o cuidado dos familiares/autocuidado foi eficaz.

Em relação à dermatite, estudos demonstraram que essa é uma das complicações mais ocorrentes ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾. É comum em pessoas recém-ostomizadas, em decorrência do contato repetitivo com a pele, de fezes ou produtos químicos ⁽⁸⁴⁾ em pessoas alérgicas a cola de fixação da bolsa, entre outros. Porém, existem no mercado produtos de proteção para a pele que tratam e previnem esse processo inflamatório. Alguns estomizados utilizam a clara do ovo como tratamento.

O cuidado na manutenção da estomia e a limpeza durante a troca da bolsa são fatores essenciais para garantir a integridade da pele e prevenir possíveis infecções. Nesse momento, a equipe de saúde, em especial, os profissionais de Enfermagem, deve compartilhar orientações relevantes para que os indivíduos e seus familiares possam desenvolver o cuidado necessário com o manuseio e a manutenção do estoma ^(85,17), sobretudo, contribuir para a reintegração social e a manutenção da saúde física e mental ^(9, 86).

Estudo qualitativo realizado na cidade do Rio de Janeiro com clientes oncológicos estomizados mostrou que a realização do autocuidado sem apoio presencial do enfermeiro provocava sentimentos de medo e de insegurança durante a manipulação do estoma. Desse modo, o apoio e o suporte do enfermeiro, através de estratégias educativas que visem ao autocuidado, podem resgatar a autonomia e a autoestima dessas pessoas ⁽⁸⁷⁾.

Sobre a permanência do estoma, 73,3% dos participantes alegaram ter colostomia definitiva. Esse resultado corrobora a investigação realizada em Pouso Alegre-MG com 52 estomizados, cujos achados revelaram que, em 74,3%, a cirurgia foi definitiva ⁽⁶⁴⁾. Ainda de acordo com a tabela 2, para a maioria dos colostomizados, o motivo da cirurgia foi o câncer.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, o câncer colorretal pode acometer um segmento do cólon e reto. A colectomia é o tratamento inicial, todavia pode ser necessária a realização de colostomia. A estimativa de novos casos dessa neoplasia em 2014, no Brasil, apontou um total de 32.600 -15.070 homens e 17.530 mulheres ⁽⁸⁸⁾.

Investigação realizada com 273 pessoas de um serviço de referência municipal e regional de Santa Maria – RS - mostrou que 51,3% dos casos de neoplasia levaram a uma estomia ⁽⁹⁾. Outro estudo apontou 35,7% de prevalência⁷. Os registros de 107 clientes com câncer colorretal atendidos no Hospital de Emergência de Goiânia (GO) identificou que 85,0% foram submetidos à colectomia associada à colostomia ⁽¹⁰⁾.

Sobre o tempo de colostomia, aproximadamente, 65,0% dos pesquisados realizou a cirurgia há seis anos ou mais (Tabela 2). Durante a aplicação da pesquisa, observou-se que, com o passar do tempo, a maioria dos estomizados encontrou uma forma parcimoniosa de conviver com sua condição, seja por apego religioso, pela solidez de sua condição, pelo indulto de estar vivo. Independentemente de qual seja o motivo, o tempo contribui para o cliente se adaptar ao estoma. De certa forma, essa assertiva justifica a resiliência dos estomizados frente a sua condição.

Estudos confirmaram que pessoas que estavam com ostomia há mais tempo apresentavam elevado grau de satisfação com a vida, devido à adaptação ao novo estado físico. Isso repercutia de forma positiva na qualidade de vida ^(89,20). Com o tempo, o estomizado se adapta à situação e busca estratégias que o auxiliem a enfrentar sua condição atual. No entanto, o tempo de aceitação varia de acordo com cada pessoa⁴². O ajustamento do estomizado a sua nova condição é um processo longo e contínuo, que se associa à forma como ele interage com a doença subjacente, ao nível de deficiência, a valores e à personalidade ⁽⁹⁰⁾.

Quanto às variáveis relacionadas ao domínio ‘Bem-estar físico da QV’, “gases”, apresentou o menor escore (Figura 2). Os gases causam distensão abdominal, o que pode levar à visualização da proeminência abaixo da vestimenta ou o descolamento acidental da bolsa ⁽⁹¹⁾. Em decorrência disso, é possível haver desconforto, já que consiste em algo que não pode ser controlado e, apesar de o odor não ser exteriorizado, devido ao fechamento do dispositivo, o som causado pelos gases pode acarretar constrangimento ao colostomizado ou às pessoas que presenciam a situação.

Estudo realizado em Passo Fundo (RS), cujo objetivo foi de avaliar a dieta de clientes com colostomia definitiva por câncer colorretal, constatou que os alimentos não mastigados e ingeridos incorretamente causavam gases nos clientes. Dentre os mais citados que podem produzir flatulência, estava a ingestão de feijão, de ovos, de repolho e de refrigerantes. A redução desse problema estava relacionada às orientações nutricionais eficientes e à adoção dos cuidados com dieta específica pelos clientes ⁽⁹²⁾.

O vazamento da bolsa é uma variável importante neste estudo e pode estar associado ao odor das fezes, que é desagradável, ou ao sentimento de alerta constante para que isso não ocorra. É possível que o medo de que as fezes escoem através de vazamento da bolsa possa interferir na qualidade de vida do colostomizado. Portanto, é compreensível que a média da variável “vazamento da bolsa” seja a segunda menor entre as demais, seguindo-se apenas de “gases”, a que mais se aproximou do ponto de corte.

Como alternativa para a bolsa de colostomia, atualmente se encontra disponível no mercado o oclutor, uma espécie de tampão descartável e flexível, indicado para ocluir o estoma²⁶, mas que requer do cliente alguns requisitos, como ter colostomia terminal de apenas uma boca (sem complicações), estoma localizado no cólon descendente ou sigmoide, com diâmetro externo entre 20 e 45 mm e altura de 25 mm, que elimine fezes pastosas ou sólidas até três vezes ao dia e tenha condições gerais de realizar o autocuidado⁽⁹³⁾.

Pesquisa qualitativa confirmou que algumas vantagens do sistema oclutor em substituição à bolsa são: a diminuição do volume, a melhoria do aspecto higiênico, o controle do odor, segurança e conforto para atividade sexual, liberdade de movimento e independência⁽⁹⁴⁾. Portanto, é sobremaneira importante disponibilizar esse dispositivo para os usuários do Sistema Único de Saúde que são submetidos à colostomia, a fim de favorecer o estabelecimento de relações íntimas e sociais o mais próximo possível da normalidade, o que pode influenciar positivamente na melhoria da qualidade de sua vida.

Quanto ao domínio ‘Bem-estar social’, o menor escore está relacionado à interferência na capacidade de viajar, e o maior, à privacidade em casa no cuidado com a estomia (Figura 3). As viagens podem ser uma forma de lazer, contudo a colostomia traz algumas limitações, como dificuldades relacionadas ao local e aos materiais adequados para fazer a limpeza do dispositivo, a necessidade constante de encobrir a bolsa e o incômodo causado pela curiosidade das pessoas. Além disso, parece claro que o domicílio é o ambiente que mais traz privacidade e segurança para o indivíduo colostomizado.

Por outro lado, o isolamento social influencia negativamente na restauração da autoestima da pessoa estomizada. Por sua vez, a interação pode contribuir para superar a sensação de mutilação, pois uma rede de relacionamento promoverá distração e momentos de alegria. Isso pode favorecer a recuperação, pois alimenta a esperança pela

busca contínua de uma qualidade de vida melhor ⁽⁹⁵⁾. Portanto, o melhor ajustamento físico do cliente à nova condição poderá contribuir para sua vida social.

Na figura 4, o menor escore para o domínio ‘Bem-estar psicológico’ se refere à ansiedade, que foi a única variável entre todos os domínios a apresentar média abaixo de 5, o que indica que ela pode interferir de forma negativa na qualidade de vida dos participantes. Isso posto, a ansiedade pode surgir em momentos adversos, de dificuldades ou diante de acontecimentos extraordinários na vida, como uma estomia. Nesse sentido, a ansiedade está ligada ao medo, à tensão, ao perigo ou quando o cliente entra em contato com situações novas ou inesperadas ⁽⁹⁶⁾. A ansiedade desencadeia taquicardia, tremores, tensão muscular, aumento do desejo de urinar e defecar, cefaleia, dor no estômago, entre outros ⁽⁹⁷⁾.

Por outro lado, a colostomia pode ser vista como um suspiro de vida, sinal de esperança ou uma nova oportunidade após o diagnóstico doloroso de câncer. Neste estudo, sugere-se que a relação do tempo de colostomia com a tristeza seja inversamente proporcional, isto é, com o passar do tempo, o indivíduo pode se habituar à colostomia, e os sentimentos de tristeza e até a depressão diminuem. Possivelmente, o tempo seja um dos fatores contributivos para obtenção da maior média para a variável depressão.

A depressão deve ser avaliada em um contexto ampliado, ou seja, devem ser considerados fatores como as relações pessoais, a doença e suas repercussões e a dinâmica social de cada indivíduo. Além disso, a equipe de saúde deve distinguir o transtorno depressivo dos sintomas iniciais de depressão ocasionado pela doença da internação ou nova condição de saúde. O tempo de permanência dos sintomas é que caracteriza a depressão como patologia ⁽⁹⁸⁾. Sobre isso, estudo concluiu que os sentimentos de negação e de depressão eram mais frequentes na fase inicial da nova condição do colostomizado, pois a tristeza era ocasionada pelo choque da modificação na estética corporal ou pela gravidade do quadro clínico ⁽²⁰⁾. A depressão é uma variável negativa em alguns domínios da qualidade de vida de pessoas que tiveram câncer ⁽⁹⁹⁾.

Quando ocorre o diagnóstico e a consequente realização do estoma, além da alteração no padrão de eliminação, a cirurgia causa rompimento na percepção do indivíduo como ser humano inserido no padrão de normalidade social. Mudanças psicológicas e de comportamento podem acontecer, principalmente sentimentos de vergonha, repulsa, isolamento social e sensação de perda de interação com as pessoas, lazer e atividades de trabalho. Tudo isso gera modificações na autoimagem, na autoestima, na sexualidade e na qualidade de vida da pessoa estomizada ⁽⁶⁴⁾.

Sobre a imagem corporal, estudo realizado no Polo dos Estomizados de Pouso Alegre sobre associação de fatores sociodemográficos e clínicos com a autoimagem e a autoestima dos indivíduos com estoma intestinal constatou que eles tinham sentimentos negativos em relação ao próprio corpo. Isso demonstra que, apesar da superação, a estomia traz certo desconforto quanto à aparência física ⁽⁶⁴⁾.

Investigação sobre a percepção de clientes com colostomia demonstrou que a bolsa coletora causa uma sensação negativa quanto à estética corporal, pois, além de alterar significativamente a aparência física, demarca situações psicológicas desconfortáveis, dificulta a vivência da sexualidade e torna as relações sociais mais seletivas ⁽¹⁰⁰⁾.

Quanto ao domínio ‘Bem-estar espiritual’, acredita-se que o impacto ocasionado por um diagnóstico negativo pode causar sentimentos como medo da morte, frustração de planos vindouros e dúvidas quanto aos acontecimentos da vida. Talvez por isso, a menor média obtida para o domínio tenha sido para a variável “incerteza do futuro” (Figura 5).

A incerteza quanto ao futuro pode ser algo comum a qualquer indivíduo que passe por situação traumática ou de sofrimento. De qualquer modo, o futuro, mesmo para quem tem firmeza em sua fé, é sempre incerto. Por mais que se especule, não é possível prevê-lo. Mesmo acreditando que é possível vencer os obstáculos impostos pela vida, ser curado e superar as barreiras, ainda é impossível saber o que o futuro trará. No entanto, essa incerteza não abala a fé das pessoas na vida, na possibilidade de cura e em Deus. Nesse contexto, insere-se a espiritualidade como forma de fortalecer a esperança de que a saúde melhora ou como fuga para encobrir uma realidade dolorosa.

Estudo realizado com 94 pais de crianças estomizadas atendidas na Fundação Hospital Mercy, em Bogotá, na Colômbia, identificou que práticas religiosas eram recursos importantes no processo de redução do choque negativo causado pela estomia e auxiliava os pacientes a aceitarem a nova condição de vida e a manejar a questão emocional ⁽¹⁰¹⁾. Dessa feita, a religião pode e auxiliar essas pessoas a aderirem ao tratamento, a amenizar o estresse/a ansiedade e a buscar um significado para a nova situação ⁽¹⁰²⁾.

O domínio ‘Bem-estar espiritual’ apresentou a maior média (7,65) entre os demais, e a média de QV total foi de 7,26 (DP =1,21), o que denota a boa qualidade de vida dos pesquisados, conforme o ponto de corte definido para este estudo (Tabela 3). Na comparação entre as médias, observou-se, através do desvio-padrão, que os

domínios ‘Bem-estar psicológico’ e ‘Bem-estar social’ apresentam mais homogeneidade entre as médias obtidas para as variáveis que compõem os domínios, comparadas com os domínios ‘Bem-estar espiritual’ e ‘Bem-estar físico’, que apresentaram mais variabilidade. Isso indica que, apesar de a média desses domínios ter se situado acima de 7, algumas variáveis apresentaram médias próximas ao ponto de corte, abaixo do qual a qualidade de vida não seria avaliada como boa. A boa qualidade de vida dos clientes colostomizados é compatível com os estudos realizados no Irã ⁽¹⁰³⁾ e em Teresina-PI ⁽⁶⁵⁾, cujas médias obtidas foram 7,48 (DP=0,9) e 6,16 (DP= 2,83).

A análise da associação entre as características sociodemográficas e os domínios revelou que a religião apresentou associação significativa com o domínio ‘Bem-estar social’ (Tabela 4), demonstrando que as crenças espirituais influenciam os ajustamentos que se estabelecem no convívio social durante o processo de adaptação do cliente ao estoma. A fé ou o apego à religião pode aparecer após uma adversidade mesmo naqueles que não frequentam assiduamente a igreja. Para muitas pessoas, a religiosidade afluída pode ser um elemento da crença e da certeza de que vão conseguir sobreviver e faz parte da fé que elas têm em Deus.

Ainda na tabela 4, houve associação significativa entre a ocupação e os domínios ‘Bem-estar físico’, ‘Bem-estar psicológico e a qualidade de vida total. A variável ocupação pode exercer influência sobre os domínios físico e psicológico, em decorrência de a fragilidade física interferir no ofício do estomizado e gerar ansiedade. No entanto, as ocupações dos participantes desta pesquisa não requerem frequência diária em ambiente de trabalho, pois são aposentados, pensionistas ou vivem no lar. Profissionais autônomos requerem mais interação social com o público-alvo da sua empresa, mas têm a vantagem de montar seu horário de acordo com suas necessidades. Logo, a ocupação é uma variável que se associa significativamente à qualidade de vida.

Como a colostomia produz impacto na vida e requer enfrentamento da nova condição e do preconceito social, existe um tempo para o paciente se adaptar que pode ser reduzido pelo suporte familiar. Nesse ínterim, a limitação de atividades e a condição de dependência são fatores que contribuem para a saída do mercado de trabalho, devido à insegurança causada pela responsabilidade de desenvolver atividades laborais e cuidar da estomia. Logo, a ocupação interfere na qualidade de vida do colostomizado ⁽⁹⁴⁾.

Inquérito sobre a associação do perfil sociodemográfico e clínico com qualidade de vida concluiu que o trabalho se associa significativamente com a melhor QV dos

participantes. Em outras palavras, o fato de estar ativo no mercado de trabalho dava uma sensação de utilidade no âmbito social, mesmo apresentando limitações ⁽⁸⁾.

A tabela 5 mostra uma diferença estatisticamente significativa entre o IMC e o domínio ‘Bem-estar psicológico’ e QV. Aparentemente, estar acima do peso pode prejudicar a área emocional do indivíduo e gerar ansiedade. Além disso, houve significância entre a posição do estoma com os domínios ‘Bem-estar físico’, Bem-estar psicológico e QV’ e os tipos de complicações do estoma com o domínio ‘Bem-estar psicológico e QV’.

A posição inadequada não foi suficiente para afetar a qualidade de vida e seus domínios ‘Bem-estar físico’ e Bem-estar psicológico’. Talvez, não saber sobre a inadequabilidade da posição tenha sido um fator positivo que contribuiu para melhorar a QV. Em relação às complicações, a ausência delas também contribuiu para o paciente se adaptar à estomia e, conseqüentemente, ter uma QV positiva.

O planejamento adequado do local da estomia deve ser realizado cuidadosamente. Durante a exteriorização do segmento intestinal, a vascularização deve ser satisfatória, no sentido de evitar possíveis complicações. A posição inadequada pode interferir nas atividades sociais e de lazer, o que dificulta o autocuidado, o manuseio e a adaptação do sistema coletor e causa desconforto ao indivíduo ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾.

A confecção do estoma deve assegurar a aderência do dispositivo e permitir que o cliente visualize o estoma. Nesse contexto, a posição adequada e a ausência de complicações são importantes para manter o bem-estar biopsicossocial ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾. Como profissão comprometida com esse bem-estar, a Enfermagem, no âmbito hospitalar, deve fornecer cuidado pré e pós-operatório e orientações relevantes para o cuidado familiar e o autocuidado com a estomia. Na atenção básica, o enfermeiro deve acompanhar a rotina do indivíduo estomizado, com o intuito de reduzir o impacto da recente condição e melhorar a qualidade da vida.

7 CONCLUSÃO

A proposta do estudo foi de identificar as condições sociodemográficas e clínicas de pessoas estomizadas, com o fim de avaliar a qualidade de sua vida. A partir da discussão dos dados, constatou-se que as maiores proporções de indivíduos estiveram entre idosos, aposentados, católicos, com ensino fundamental, casados ou em união estável e vivendo com renda entre um e três salários mínimos. Além disso, a caracterização clínica evidenciou que, em grande parte dos participantes, a posição do estoma era inadequada e nenhuma complicação pós-colostomia, principal motivo para realizá-la foi câncer, o dispositivo era de permanência definitiva, o índice de massa corporal se encontrava acima do peso, e o tempo de uso da colostomia era de mais de dez anos.

Quanto aos escores das variáveis gases e bem-estar geral, foram os extremos para o domínio físico; capacidade de viajar e privacidade em casa, para o domínio social; ansiedade e depressão para o domínio psicológico; e incerteza quanto ao futuro e apoio espiritual para o domínio espiritual. No tocante às médias gerais, o domínio espiritual apresentou maior escore.

No que tange às associações, houve significância entre a religião e o domínio social; ocupação e os domínios físico, psicológico e QV total; índice de massa corporal e o domínio psicológico e QV total; posicionamento do estoma e os domínios físico, psicológico e QV total; e os tipos de complicações do estoma com o domínio psicológico e QV. O domínio espiritual não apresentou associação significativa com nenhuma variável sociodemográfica e clínica. Portanto, a qualidade de vida total foi satisfatória, conforme o parâmetro utilizado para este estudo.

Entre os achados do estudo, ressalta-se a importância da alimentação na qualidade de vida dos clientes estomizados, que interfere no padrão do índice de massa corporal, que, por sua vez, exerce certa influência no posicionamento do estoma. Os resultados obtidos não podem ser generalizados devido a sua restrita amostra e à localização espacial em um único cenário de atendimento a pessoas estomizadas. Porém não pode diminuir sua relevância, já que evidenciaram escores médios semelhantes a outras investigações e revelaram variáveis que se destacam nos domínios com menores e maiores médias, bem como associações sociodemográficas e clínicas com os domínios que compõem a avaliação da qualidade de vida de pessoas estomizadas, servindo de

subsídios para os profissionais que atuam no serviço e, em particular, para os enfermeiros, por seu relevante papel na educação em saúde.

Acrescente-se, ainda, que a qualidade de vida é intrínseca às diversas realidades. Assim, o que o estudo apresenta é norteador para os profissionais de Enfermagem que trabalham com essa população e uma forma de incentivo para a realização de pesquisas mais amplas em que se utiliza o questionário *City of Hope*, um instrumento específico para o estomizado.

Ao realizar este estudo, como enfermeira e pesquisadora, enfrentei algumas dificuldades, porquanto algumas situações iam além dos questionamentos abordados pelos instrumentos aplicados na pesquisa. Inicialmente, houve dificuldades referentes ao cadastro dos clientes, primeiro, em decorrência da reforma na estrutura física da AOEPB; segundo, em virtude da desatualização do cadastro dos estomizados. De acordo com o observado em reuniões e durante o processo de levantamento de dados, a maioria dos clientes deixou de frequentar a associação quando a entrega dos equipamentos coletores passou a ser uma obrigação do CAIS, para atender ao que determina a Portaria SAS/MS nº400/09 do SUS.

O estudo também detectou vários cadastros ativos de clientes já falecidos ou que reverteram a colostomia, que residiam em outros municípios e mudaram o número de contato telefônico e/ou estão cognitivamente incapacitados. No tocante ao contato pessoa-pessoa, pode-se dizer que a pesquisa foi gratificante, enriquecedora e serviu como exemplo de vida em consequência dos muitos relatos exteriorizados pelos participantes que resultaram em enfrentamento e superação.

Trabalhar com a área de Qualidade de Vida envolve muito mais do que pesquisa, compreende desprender-se de pré-conceitos, de nossa própria visão de mundo, para ouvir e apreender do outro, sem causar prejuízos ou direcionamentos à pesquisa. A *priori* o ser estomizado pode apresentar-se como debilitado, diminuído ou, até, ‘sofrido’. Todavia esta pesquisa, assim como outras semelhantes, descaracteriza parte dessa visão, já que, em muitos momentos da coleta dos dados, foi possível vivenciar uma realidade surpreendente por parte dos participantes, em que a estomia passa a ser uma segunda chance de vida, uma opção para continuar na luta.

Em verdade, não se podem esconder os transtornos físicos, sociais, econômicos e psicológicos que envolvem o processo de aprendizado e a convivência com a estomia, por isso, é necessário sobrexaltar a importância das equipes de saúde, em todas as suas instâncias. Estar com a qualidade de vida afetada não significa mantê-la assim. O apoio

e a educação em saúde são formas ímpares no processo de aceitação de si e de suas condições, contextos, muitas vezes, ausentes na vida dos participantes desta pesquisa. Como agentes que transformam a realidade, os profissionais da área de saúde precisam desenvolver estratégias que proporcionem melhores condições aos estomizados e seus familiares.

Como limitação do estudo, revela-se a dificuldade de realizar o inquérito domiciliar, devido à indisponibilidade dos participantes, o que repercute diretamente no tamanho da amostra. Diante disso, incentiva-se a realização de novos estudos referentes à temática em âmbito estadual, principalmente em serviços de referência, para averiguar, de forma mais abrangente, as variáveis apresentadas nesta pesquisa.

Espera-se que a comunidade científica possa utilizar esses resultados para elaborar estratégias de saúde que proporcionem a melhoria da qualidade de vida de pessoas em uso de colostomia, discutir sobre questões importantes que influenciam a forma de viver dessas pessoas e que possam incentivar o progresso dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2015 Fev 28]; 27(6): 1143-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600011
2. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Fagundes MS, Malard DRN, Moraes JV, Fonseca JO, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 2015 Jan 15]; 18(3): 873-82. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025680011>
3. Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, Jafarinia M, Zahedi-Shoolami L. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. Health and Quality of Life Outcomes Wilder Walk [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 25]; 10(1): 01-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23170951>
4. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev bras Educ Fís. [Internet]. 2012 [citado 2014 Mar 29]; 26(2): 241-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092012000200007&script=sci_arttext
5. OMS. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998.
6. Malta DC. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 2015 Fev 17]; 19(1): 4 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63029655001>
7. Sasaki VDM, Pereira APS, Ferreira AM, Pinto MH, Gomes JR J. Health care service for ostomy patients: profile of the clientele. J Coloproctol. 2012; 32(3): 232-9.
8. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2015 Fev 19]; 20(1): [08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100013&script=sci_arttext&tlng=pt

9. Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. *J Coloproctol (Rio J)*. 2013; 33:70 - 4.
10. Santos AC, Martins LLT, Brasil AMS, Pinto AS, Neto LG, Oliveira EC. Emergency surgery for complicated colorectal cancer in central Brazil. *J Coloproctol (Rio J)*. 2014; 34(2):104-8.
11. Cesaretti IUR, Santos VLCG, Vianna LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2014 Abr 18]; 63(1): 16-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100003
12. Ramos RS, Barros MD, Moura MS, Gawryszewski ARB, Gomes AMT. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 2014 Jun 13]; 20 (3): 280-6. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_280-286.pdf
13. Associação Brasileira de Ostomizados. Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil. [Internet]. 2014 [Acesso 2014 Jan 10]. Disponível em: http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm
14. Oliveira G, Maritan CVC, Mantovanelli C, Ramalheiro GR, Gavilhia TCA, Paula AAD. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. *Rev Estima* [Internet]. 2010 [citado 2013 Mar 30]; 8(1): 18-24. Disponível em: http://www.ostomizados.com/artigos/unip/impacto_estomia.html
15. Oliveira D. O estigma da marca corporal invisível: estudo sobre o mundo do trabalho das pessoas com estomia intestinal definitiva. Brasília. Dissertação [Mestrado em Política Social] - Universidade de Brasília; 2007.
16. Maruyama SAT, Barbosa CS, Bellato R, Pereira WR, Navarro JP. Autoirrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [citado 2014 Abr 20];11(3):665-73. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a26.htm>
17. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Monteiro PS. Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *J Coloproctol* [Internet]. 2013 [cited 2015 02

- Jan]; 33(4): 2237-9363. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.08.007>.
18. Attolini RC, Gallon CW. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. Rev Bras Coloproctol [Internet]. 2010 [citado 2015 Jan 08]; 30(3): s/p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000300004&lng=en&nrm=iso
 19. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Rev Bras coloproctol [Internet]. 2010 [citado 2015 Jan 08]; 30(4): s/p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000400001&lng=en&nrm=iso
 20. Salles VEJA, Becker CPP, Faria GMR. A influência do tempo na qualidade de vida do cliente portador de estomia intestinal. J Coloproctol [Internet]. 2014 [citado 2015 Jan 08]; 34(2): s/p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632014000200073&lng=en&nrm=iso
 21. Leal CM. Reavaliando o conceito da qualidade de vida. Universidade dos Açores, 2008. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinaries_saude/evolucao/evolucao_completo.pdf
 22. Spilker B. Quality of life assessment in clinical trials. 2ed. New York: Lippincott; 1996.
 23. Ardigo FS, Amante LN. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. Texto contexto - enferm [Internet]. 2013 [citado 2015 Jan 13]; 22 (4): 1064-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024&lng=en
 24. Hierro JD, Abed G, Galindo F. Complicaciones de las colostomías. Enciclopedia de Cirugía Digestiva [Internet]. 2009 [cited 2014 nov 20]; III (311): 1-12. Available from: <http://www.sacd.org.ar/tonce.pdf>
 25. Hierro JD, Abed G. Colostomías. Cirugía Digestiva [Internet]. 2009 [cited 2014 nov 20]; III (309):1-12. Available from: <http://www.sacd.org.ar/tinueve.pdf>

26. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em Enfermagem. 2ed. revisada e ampliada. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 211-36.
27. Lenza NFB. Programa de ostomizados: os significados para estomizados intestinais e familiares. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.
28. Brasil. Diário Oficial Nº 220, Publicado em 18 de novembro de 2009. Seção I. ISSN 1677-7042. p. 41.
29. Gutman, N. Colostomy guide. Northfield: United Ostomy Associations of America; 2011.
30. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade, 2012. [Acesso 2015 Jan 03]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
31. Santos CHM; Bezerra MM; Bezerra FMM; Paraguassu BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. Rev bras Coloproct. 2007; 27(1): 16-9.
32. Cruz GMG; Constantino JRM; Chamone BC; Andrade MMA; Gomes DMBM. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. Rev bras Coloproct, 2008; 28(1): 50-61.
33. Mendes AS, Ribeiro MA, Santana ME. Qualidade de vida de indivíduos com estomias intestinais. J Nurs Health [Internet]. 2013 [citado 2015 Jan 09]; 3(1): 126-35. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3709/3020>.
34. Doughty DB. Back to the Future. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2008 [cited 2014 Jun 13]; 27(1):1-2. Available from: http://journals.lww.com/jwocnonline/Citation/2000/01000/Back_to_the_Future.1.aspx
35. Perrisé VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Niterói. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Profissional] - Universidade Federal Fluminense; 2007.
36. Zago MMF, Gemelli LMG. A interpretação do cuidado com ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2002 [citado

- 2014 Jun 14]; 10(1): 233-46. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1627/1672>
37. Mauricio VC. A pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho: contribuição para a enfermagem. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
 38. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [citado 2015 Jan 14]; 20(3): 357-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300018&script=sci_arttext
 39. Internacional Ostomy Association. Charter of ostomates' rights (2007). In: Purpose, Aims and Objectives Of The International Ostomy Association. Disponível em: <http://www.ostomyinternational.org/aboutus.htm>. Acesso em: 10 jun 2010.
 40. Moraes D. Ostomia: mulher ostomizada, você é capaz de manter o encanto. [Internet]. 2009 [Acesso 2014 Jun 12]. Publicação do Ministério da Justiça em parceria com a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; s/d. Disponível em http://www.abraso.org.br/Cart_Mulher_Ostomizada_4ed.pdf
 41. Brunner LS, Suddarth DS. Tratamento de pacientes com distúrbios intestinais e retais. In: Brunner LS. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. P. 1087-133.
 42. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MT. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [citado 2014 Nov 10]; 17(2): 258-67. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>
 43. Ribeiro CG, Coutinho MPL. Qualidade de vida de mulheres vítimas e não vítimas de violência doméstica: um estudo das representações sociais numa perspectiva social. In Coutinho MPL, Saraiva ERA (Eds.). Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2011.
 44. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas: Alínea; 2008.
 45. Gomboski G. Adaptação cultural e validação do city of hope – quality of life – ostomy questionnaire para a língua portuguesa no Brasil. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

46. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev Crít Ciênc Soc [Internet]. 2009 [citado 2014 Jun 14]; 85(1): 65-82. Disponível em: <http://rccs.revues.org/343>
47. Canavarro MC, Serra AV. Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Editora da Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
48. Mazo GZ. Atividade física, aualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulina; 2008.
49. Silva J. O impacto da AIDS na saúde mental e na qualidade de vida de pessoas na maturidade e na velhice. João Pessoa. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba; 2011.
50. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta paul enferm [Internet]. 2008 [citado 2014 Jun 14]; 21(spe): 152-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500003&lng=en
51. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. P.5-29.
52. Ski CF, Thompson DR. Quality of life in cardiovascular disease: What is it and why and how should we measure it? Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10]; 9(4): 201-2. Available from: <http://cnu.sagepub.com/content/9/4/201.full>
53. Aguiar JLN, Almeida EMM, Costa DA, Pinto MVM, Martins MF, Oliveira MS, et al. Análise do equilíbrio e redução do risco de quedas em idosos institucionalizados após programa de exercícios fisioterapêuticos. Revista Digital Buenos Aires [Intermet]. 2008 [citado 2014 dez 27]; 13(119); s/p. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd119/risco-de-quedas-em-idosos-institucionalizados.htm>
54. Winnie CSW. Adapting a quality of life scale for those with a colostomy in Hong Kong: a preliminary study. World Counc Enterostom Ther J [Internet]. 2001 [cited 2014 Mar 12]; 21(3):21-9.
55. Grant M, Ferrell B, Dean G, Uman G, Chu D, Krouse R. Revision and psychometric testing of the City of Hope Quality of Life – Ostomy Questionnaire. Qual Life Res [Internet]. 2004 [cited 2013 Dec 20]; 13(8):1445-57

56. Krouse RS, Grant M, Rawl SM, Mohler MJ, Baldwin CM, Coons SJ, et al. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *J Psychosomatic Res* [Internet]. 2009 [cited 2014 Jul 28]; 66(3): 227-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232235>
57. Sampieri RH. *Metodología de la investigación*. 5ed. México: Mc Graw Hill; 2013.
58. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ed. São Paulo: Atlas; 2011.
59. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncology Nursing Forum* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 08]; 38(5):587-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875846>
60. City of Hope and Beckman Research Institute. Quality of life questionnaire for a patient with an ostomy. [Internet] 2013. Available from: <http://prc.coh.org/Ostomy-11.pdf>
61. Munro BH, Page EB (ed). *Statistic methods for health care research*. 2ed. Philadelphia: JB Lippincott Cp; 1998.
62. Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 de jun de 2013; Secção 1.
63. Brasil. Resolução nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Diário Oficial da União* 08 de fev 2007.
64. Salomé GM, Almeida SA. Association of Sociodemographic and Clinical Factors with the Self-Image and Self-esteem of Individuals with Intestinal Stoma. *J coloproctol* [Internet]. 2014 [cited 2015 jan 02]; 34(3):159–66. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2237936314000537>
65. Torres, CRD. *Qualidade de vida de pessoas com estomas de eliminação intestinal*. Teresina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Piauí; 2013.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
67. Brasil. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Altera as Leis 10.048 e 10.098, que considera pessoa com deficiência e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 02 dez 2004.

68. Mauricio VC, Souza NDVO, Lisboa MTL. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [citado 2014 dez 21]; 67(3): 415-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0415.pdf>
69. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [citado 2014 dez 21]; 18(1): 140-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100017&script=sci_arttext
70. Fortes RC, Monteiro TMRC, Kimura CA. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. J Coloproctol [Internet]. 2012 [cited 2014 dez 22]; 32(3): 253-9. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-93632012000300008&script=sci_arttext
71. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Scientia Medica [Internet]. 2008 [citado 2014 dez 22]; 18(1): 26-30. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2552/2809>
72. Nieves CB, Montoro CH, Mañas MC, Marín CR, Crisol IS, Asencio JMM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. Index Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 10]; 22(4): 209-13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300004&script=sci_arttext
73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. [Internet]. 2011 [acesso 2014 dez 13]. Brasília: IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sino_pse.shtm
74. Gama LPN, Mota SD, Flauzino TA, Ribeiro FLM, Loureiro GJZ, Gama RC. Perineal colostomy: an option in the treatment of inferior rectal and anal canal câncer. J Coloproctol [Internet]. 2014 [cited 2015 jan 05]; 34 (1):4 – 8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2237936314000033>
75. Wocn, Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. Mount Laurel (NJ):

- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) [Internet]. 2010. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23869>
76. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Ostomy care and management. [Internet]. 2009. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15613>
77. Santos VLCG. Fundamentos teórico-metodológicos da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2000 [citado 2014 dez 28]; 34(1): 52-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a08.pdf>
78. Ringhofer J. Meeting the needs of your ostomy patient. RN editorial [Internet]. 2005 [cited 2014 dez 28]; 68(8): 37-41. Available from: <http://www.modernmedicine.com/modern-medicine/content/meeting-needs-your-ostomy-patient?page=full>
79. Burch J. Resuming a normal life: holistic care of person with an ostomy. British Journal of Community Nursing [Internet]. 2011 [cited 2014 dez 28]; 16(8): 366-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21841628>
80. Pontieri-Lewis V. Basics of ostomy care. Medical and Surgical Nursing [Internet]. 2006 [cited 2014 dec 28]; 14(4):199-202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16999180>
81. Cottam J, Richards K. National audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Gastrointestinal Nursing [Internet]. 2006 [cited 2014 nov 16]; 4(8): 34-9. Available from: http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=22084;article=gn_4_8_34_39;format=pdf
82. Vujnovich A. Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. Nursing Standard [Internet]. 2008 [cited 2014 dec 28]; 22(19): 50-6. Available from: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2008.01.22.19.50.c6315>
83. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2011 [citado 2014 nov 14]; 44(1): 51-6. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas%20intestinais.pdf
84. Claessens I, Cobos Serrano JL, English E, Martins L, Tavernelli K. Peristomal skin disorders and the ostomy skin tool. WCET J [Internet]. 2008 [cited 2014 dec 28];

- 28(2):26–7. Available from: <http://www.o-wm.com/content/content-validation-standardized-algorithm-ostomy-care#sthash.TaN07QJO.dpuf>
85. Zimnicki KM. Preoperative stoma site marking in the general surgery population. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 02]; 40:501–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24448618>
 86. Costa VF, Alves SG, Eufrásio C, Salomé GM, Ferreira LF. Assessing the body image and subjective wellbeing of ostomists living in Brazil. *Gastrointest Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2015 jan 04]; 12:33–40. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/96955351/assessing-body-image-subjective-wellbeing-ostomists-living-brazil>
 87. Silva DF, Espírito Santo FH. O desafio do autocuidado para pacientes oncológicos estomizados. *Rev Estima* [Internet]. 2014 [citado 2015 jan 05]; 12(2): 28-34.
 88. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer colorretal. [acesso 2014 nov 21]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal>
 89. Santos CHM. Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, na pesquisa e na extensão. São Paulo. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem; 2006.
 90. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH* [Internet]. 2008 [citado 2015 jan 05]; 11(2): 27–39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200004&script=sci_arttext
 91. Mahan LK, Escott-Stump SK. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 11ed. São Paulo (SP): Roca; 2005.
 92. Palludo KF, Silveira DA, Vanz R, Petuco VM. Avaliação da dieta de pacientes com colostomia definitiva por câncer colorretal. *Rev Estima* [Internet]. 2011 [citado 2015 jan 05]; 9(1): 24-33. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=275%3Aartigo-original-3&catid=18%3Aeducacao91&Itemid=43&lang=pt
 93. Cesaretti IUR, Viana LAC. Sistema oclisor ou oclisor intermitente da colostomia: alternativa para reabilitação da pessoa colostomizada. *Acta Paul Enferm*. 2003; 16(3): 98-108.
 94. Diniz IV, Campos MGCA, Vasconcelos JMB, Martins DLM, Maia FSB, Caliri MHL. Bolsa de colostomia ou sistema oclisor: vivência de colostomizados. *Rev*

- Estima [Internet]. 2013 [citado 2015 jan 07]; 11(2): 12-20. Disponível em: -
http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=468%3Aartigo-original-2&catid=44%3A2014-11-24-15-07-01&Itemid=102&lang=pt
95. Galdino YLS, Castro ME, Pereira MLD, Lima SSO, Silva FAA, Guedes MVC. O cotidiano da pessoa estomizada frente às necessidades humanas básicas alteradas. Revista Estima [Internet]. 2012 [citado 2015 Jan 03]; 10(3): 22-31. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=423%3Aartigo-original-2&catid=41%3Avol-10-edicao-3-julagost-2012-soassinantes&Itemid=96&lang=pt
96. Bergeret J. Psicopatología: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2006.
97. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review [Internet]. 2007 [cited 2015 jan 05]; 27, 572-81. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735807000360>
98. Gioia-Martins DF, Medeiros PCS, Hamzeh SA. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. Psicol teor prat [Internet]. 2009 [citado 2015 fev 20]; 11(1): s/p. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100011&script=sci_arttext
99. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. Psychooncology [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 07]; 19(7): 734-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19777535>
100. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro JP. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. Rev eletr Enf [Internet]. 2011 [citado 2015 jan 08]; 13: 50-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/pdf/v13n1a06.pdf
101. Gamboa NSG, Alvarez LST. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. Av enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 08]; 31(1): 59-71. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a07.pdf>. Acesso em 21-12-2014.
102. Almeida SSL, Rezende AM, Schall VT, Modena CM. Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. Psicol Estudo [Internet]. 2011 [citado

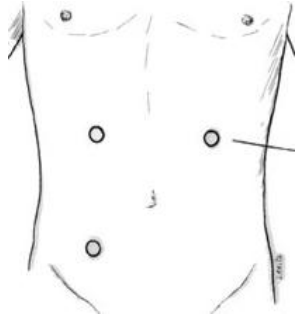
2015 jan 08]; 15(4): 761-9. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/112362594/Os-Sentidos-Da-Corporeidade-Em-Ostomizados-Por-Cancer#scribd>

103. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Quality of life outcomes in patients living with stoma. Indian J Palliat Care [Internet]. 2012 [cited 2014 Jul 28]; 18(3): 176-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439841>
104. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomoterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000.
105. Gemelli LMG, Zago MMF. Cuidado ao estomizado na visão do enfermeiro. Cascavel: Editora Coluna do Saber; 2005.
106. Esteves AMSD. Avaliação da qualidade de vida dos portadores de estomias intestinais. Minas Gerais. Dissertação [Mestrado em Saúde] – Unifenas; 2009.

APÊNDICE A

Instrumento I - Dados sociodemográficos e clínicos

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
1. Idade: _____ anos	2. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	3. N° de filhos: _____	
4. Religião: 1. Católico <input type="checkbox"/> 2. Espírita <input type="checkbox"/> 3. Evangélico <input type="checkbox"/> 4. Outros <input type="checkbox"/>		5. Estado civil: 1. Casado <input type="checkbox"/> 2. Solteiro <input type="checkbox"/> 3. Viúvo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado <input type="checkbox"/> 5. União estável <input type="checkbox"/>	
6. Escolaridade: 1. Não alfabetizado <input type="checkbox"/> 5. Médio completo <input type="checkbox"/> 2. Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 3. Fundamental completo <input type="checkbox"/> 7. Superior completo <input type="checkbox"/> 4. Médio incompleto <input type="checkbox"/>			
7. Ocupação: 1. Autônomo <input type="checkbox"/> 5. Pensionista <input type="checkbox"/> 2. Empregado com carteira assinada <input type="checkbox"/> 6. Empregado sem carteira assinada <input type="checkbox"/> 3. Aposentado <input type="checkbox"/> 7. Desempregado <input type="checkbox"/> 4. Do lar <input type="checkbox"/>			
8. Renda familiar: Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Maior que 4 até 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> Maior que 1 até 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Maior que 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> Maior que 2 até 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Maior que 3 até 4 salários mínimos <input type="checkbox"/>			
DADOS CLÍNICOS			
9. O que levou à construção do estoma? 1. Ferimento por arma branca <input type="checkbox"/> 2. Ferimento por arma de fogo <input type="checkbox"/> 3. Câncer <input type="checkbox"/> 4. Abdome agudo <input type="checkbox"/> 5. Diverticulite <input type="checkbox"/> 6. Outros <input type="checkbox"/>		10. Sua cirurgia foi: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência	
11. Qual o tempo de permanência do seu estoma? <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório		12. Se provisório, qual o tempo previsto para reconstrução? _____	
13. Foi feita demarcação pré-operatória para a construção do estoma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
14. Há quanto tempo o/a senhor/a é colostomizado/a? 1- Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 3- De 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 4- Mais de 10 anos <input type="checkbox"/>			
DADOS CLÍNICOS (EXAME REALIZADO PELO PESQUISADOR)			
21. Medidas antropométricas: 1. Peso _____ Kg 2. Altura _____ m 3. Índice de massa corporal - IMC _____ Kg/m ²		22. Classificação do IMC: <input type="checkbox"/> Baixo peso (abaixo de 18,5 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Peso normal (entre 18,5 e 25 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Acima do peso (entre 25 e 30 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Obeso (acima 30 Kg/m ²)	

23. Classificação abdominal quanto à forma: <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Ventre de batráquio <input type="checkbox"/> Pendular <input type="checkbox"/> Em avental <input type="checkbox"/> Escavado	24. Circunferência abdominal: _____ cm
25. Localização da colostomia: <div style="text-align: center;"> D  E </div>	26. Medida entre a cicatriz umbilical e a colostomia: _____ cm
27. Posicionamento da colostomia: <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
28. Complicações no estoma ou pele periestoma <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29. Tipo de complicação <input type="checkbox"/> Prolapso <input type="checkbox"/> Dermatite <input type="checkbox"/> Estenose <input type="checkbox"/> Retração <input type="checkbox"/> Hérnia paraestomal <input type="checkbox"/> Outra _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa, intitulada *Qualidade de vida da pessoa estomizada*, está sendo desenvolvida por Merifane Januário de Sousa, do Curso de Pós-graduação em nível de Mestrado em Enfermagem, pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob a orientação da Profª. Simone Helena dos Santos Oliveira. Seu objetivo é de avaliar a qualidade de vida das pessoas estomizadas em um hospital público do município de João Pessoa-PB, identificar as características sociodemográficas e clínicas e mensurar a qualidade de vida dessa população através do City of Hope – Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado.

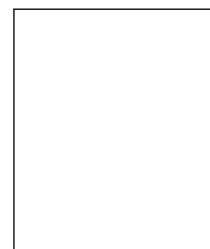
Sua participação na pesquisa consistirá em responder aos questionários acima mencionados. Informamos que a pesquisa não oferece riscos possíveis para a saúde e que sua participação é voluntária, portanto, o/a senhor/a não é obrigado/a a dar informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, não sofrerá nenhum dano nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Deixo claro que a finalidade deste estudo é de contribuir para melhorar a assistência que é dada às pessoas estomizadas. Assim, solicito sua autorização para apresentar os resultados da pesquisa em eventos da área científica. Por ocasião dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido/a e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

Contato do pesquisador responsável: Merifane Januário de Sousa. Telefone: (83) 8815-0878. E-mail: megameri2000@yahoo.com.br e através do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - 4º andar, Campus I - Cidade Universitária - Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB (83) 3216-7522/3216-7964.

ANEXO A

CITE OF HOPE - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA ESTOMIZADO

Instruções: Estamos interessados em saber como o fato de ter uma estomia afeta a qualidade de sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas a seguir, com base em como está sua vida nesse momento.

Circule, por favor, o número de 0-10 que melhor descrever suas experiências.

Por exemplo: Quanto é difícil para você subir escada?

Sem nenhuma dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

Circular a resposta 2, significa que não sente muita dificuldade de subir escadas.

Em relação à estomia, até que ponto os itens seguintes são um problema para você?

1. Força física

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

2. Fadiga

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

3. Pele ao redor da estomia

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

4. Interrupções de sono

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

5. Dores ou sofrimento

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

6. Gases

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

7. Odor

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

8. Constipação (dificuldade para evacuar)

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

9. Diarreia

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave
--

10. Vazamentos da bolsa (ou ao redor da bolsa)

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

11. Bem-estar físico geral

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

13. Quanto tem sido difícil para você se adaptar à estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante (muito difícil)

14. Quanto você se sente útil?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente útil

15. Quanta satisfação ou prazer você sente pela vida?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

16. Quanto você se sente constrangido por causa de sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente constrangido

17. Quanto é boa sua qualidade de vida no geral?

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

18. Como está sua memória?

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

19. Quanto é difícil você olhar para sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

20. Quanto é difícil para você cuidar de sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

21. Você sente que tem controle sobre as coisas na sua vida?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

22. Quanto você está satisfeito com sua aparência?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente satisfeito

23. Quanta ansiedade você tem?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema

24. Quanta depressão você tem?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema

26. Você tem receio de que a doença volte?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 receio extremo

28. Você tem dificuldade para conhecer novas pessoas?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dificuldade extrema

29. Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremo

30. Quanto a sua doença tem sido angustiante para sua família?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente angustiante

31. Quanto a sua estomia interfere na capacidade de viajar?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

32. A estomia tem interferido em suas relações pessoais?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

33. Quanto isolamento é causado pela estomia?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

34. O apoio de seus amigos e familiares é suficiente para atender às suas necessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente

35. A estomia tem interferido em suas atividades recreativas/esportivas?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

36. A estomia tem interferido em suas atividades sociais?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

37. A estomia tem interferido em sua intimidade?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

38. Você tem privacidade suficiente em casa para cuidar da estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

39. Você tem privacidade suficiente, quando viaja, para realizar os cuidados com a estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

40. Quanta incerteza você sente em relação ao futuro?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

41. Você sente que tem uma razão para estar vivo?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

42. Você tem um sentimento de paz interior?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

43. Quanto você se sente esperançoso?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente

44. O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, tais como rezar ou meditar, é suficiente para atender às suas necessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

45. O apoio que você recebe de atividades religiosas, tais como ir a algum templo religioso (igreja ou sinagoga), é suficiente para atender às suas necessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

46. Ter uma estomia trouxe mudanças positivas para sua vida?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

Muitas pessoas têm compartilhado histórias sobre suas vidas com uma estomia. Por favor, compartilhe conosco o maior desafio que você enfrentou por ter uma estomia.

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA ESTOMIZADA**Pesquisador:** Merifane Januário de Sousa**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 17224613.8.0000.5183**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

DADOS DO PARECER**Número do Parecer:** 370.838**Data da Relatoria:** 27/08/2013**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de Mestrado em Enfermagem/UFPB, que se propõe a avaliar a qualidade de vida das pessoas estomizadas atendidas no ambulatório de ostomizados do HULW. Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A amostra estimada será de 125 pacientes que serão entrevistados e solicitados a preencher um questionário de qualidade de vida já validado, o COH-QOL-OQ. Os dados serão analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade de vida das pessoas estomizadas atendidas em um serviço de referência.

Objetivo Secundário:

- Analisar a associação dos aspectos sócio-demográficos e clínicos com a qualidade de vida do estomizado;
- Determinar os índices de qualidade de vida para os domínios físico, psicológico, social e espiritual; Verificar a influência do domínio físico sobre o psicológico, o social e o espiritual;
- Verificar a correlação dos domínios físico, psicológico, social e espiritual com a qualidade de vida.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB**Bairro:** Cidade Universitária**CEP:** 58.059-900**UF:** PB**Município:****Telefone:** (833)216--7302**Fax:** (833)216--7522**E-mail:** iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 370.838

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Considerações Finais a critério do CEP:

Foram atendidos todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466-12CNS-MS sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Em Reunião Ordinária, o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley manifesta-se pela APROVAÇÃO da pesquisa.

25 de Agosto de 2013

Assinador por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216--7302

Fax: (833)216--7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.