



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Patrícia Aparecida Francelino Crepalde

**Características sociodemográficas e clínicas que
afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados
intestinais**

Orientadora: Prof^ª Dr^a Magda Cristina Q. Dell’Acqua
Co-orientadora: Enf^a Dr^a Valéria de Castilho Palhares

**Botucatu
2016**



Patrícia Aparecida Francelino Crepalde

Características sociodemográficas e clínicas que
afetam a qualidade de vida em pacientes
estomizados intestinais

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de mesquita Filho”, Câmpus
de Botucatu, para a obtenção do
título de Mestre em Enfermagem -
Mestrado Profissional.

Orientadora: Prof^a Dr^a Magda Cristina Q. Dell'Acqua

Co-orientadora: Enf^a Dr^a Valéria de Castilho Palhares

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Crepalde, Patrícia Aparecida Francelino.

Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais / Patrícia Aparecida Francelino Crepalde. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

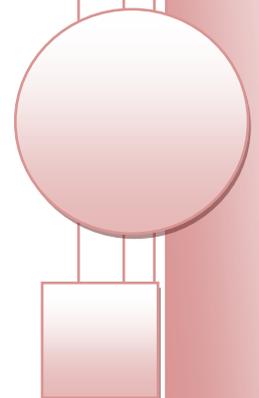
Coorientador: Valéria de Castilho Palhares

Capes: 40401006

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Estomia. 3. Enfermagem - Pesquisa. 4. Qualidade de Vida.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem; Qualidade de Vida; estomia.

Dedicatória



*Ao meu esposo **Adalto** pela compreensão, carinho e auxílio em situações fáceis e difíceis. Amo você eternamente!*

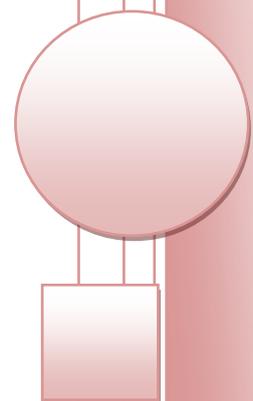
*A minha filha **Lavinia** pelo carinho e compreensão na ausência necessária. Você é a razão do meu viver. Mamãe te ama!*

*A minha sogra **Aparecida** por todo esforço dispendido a mim e à nossa família, cuidando sempre da minha filha, com muito carinho.*

Eterna gratidão.

*Aos meus pais **Carlos e Gleides** pelo amor, orações, e por terem proporcionado meu contínuo aprimoramento. Amo vocês!*

Agradecimientos



Início meus agradecimentos por DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria elaborado com propriedade este trabalho.

A minha orientadora Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho, além da indiscutível amizade e compreensão em momentos difíceis. Obrigada por compartilhar seu conhecimento, a fim de que eu pudesse crescer. Eterna gratidão!

A minha co-orientadora Prof. Dra. Valéria Palhares pelo carinho, atenção, amizade, disponibilidade e confiança, nesses anos de trabalho. Muito obrigada!

A banca de Exame Geral de Qualificação a Prof. Dra. Janete Pessuto Simonetti e Prof. Dra. Elenice Bertanha Consonni, por compartilharem conhecimento.

Ao Núcleo de Assistência ao Ostonizado (NAO) por permitir que eu realizasse meu trabalho e por encontrar pessoas

sempre dispostas a ajudarem, de forma significativa.

As alunas Tamila, Stefani, Mariana, Ticiane e Nádia, pelo carinho com que fui recebida no NAO, pela amizade, apoio e carinho. Adoro vocês!

As amigas Carla Regiane Conde e Lucía Silva, por torcerem sempre por mim. Adoro vocês!

Ao César Guimarães, da pós-graduação do HC-UNESP sempre disposto a ajudar.

As bibliotecárias do HC-UNESP, às quais com carinho e atenção confeccionaram a ficha catalográfica e realizaram a correção das referências. Muito obrigada!

Ao Fernando do Departamento de Enfermagem pelo auxílio na formatação do trabalho.

Ao Hélio estatístico HC-UNESP pela parceria.

A Prof Carmem Lúcia Eburneo da Silva, que desde o início da minha nova caminhada esteve presente, incentivando-me

e acreditando em minha capacidade. Obrigada por sua amizade!

Aos Amigos do Mestrado pela amizade e companheirismo.

A minha sogra Aparecida por estar presente em todos os momentos, pelos seus conselhos e sua amizade. Obrigada por cuidar de mim e da minha família com tanto amor. Sem você aqui nada disso seria possível. Muito obrigada!

Ao meu esposo Adalto, por ser tão importante na minha vida, estar sempre ao meu lado, "pondo-me para cima" e fazendo-me acreditar que posso mais do que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por tudo.

Te amo!

A minha filha Lavinia, que tão pequena sabe entender as minhas ausências. Esse trabalho, filha, também é seu. Obrigada por me tornar uma pessoa melhor. Te amo eternamente!

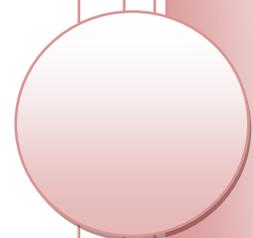
A meus pais, Carlos e Gleides, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram na minha capacidade e potencial. Isso só me fortaleceu e me fez fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

A minha irmã Priscila e ao meu cunhado Vitor, que mesmo à distância sempre torceram por mim. Obrigada!

A todos os pacientes do NAO que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento.

A Faculdade Marechal Rondon por me proporcionar crescimento profissional.

Resumo

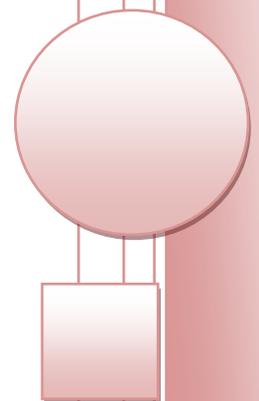


Introdução: O estomizado é o indivíduo submetido à cirurgia de desvio do trânsito intestinal, que consiste na abertura da parede abdominal de um segmento, desviando os efluentes para o meio externo. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos estomizados assistidos em serviço especializado e estudar a associação destes desfechos com as características sociodemográficas e clínicas. **Método:** Trata-se de um estudo transversal analítico. Este estudo foi realizado no Núcleo de Assistência ao Ostomizado, do Hospital das Clínicas de Botucatu, no período de outubro de 2014 a agosto de 2015, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, por meio do protocolo nº 291.707/2013. A amostra foi composta de 60 pacientes. Para a coleta de dados utilizou-se dois instrumentos, sendo o primeiro um formulário, compreendido pelas etapas: caracterização sociodemográfica e clínicas, aspectos fisiológicos, psicossociais, nutricionais e legais; e para a avaliação da QV, utilizou-se o instrumento WHOQOL-bref, composto por 2 questões gerais de QV e 24 facetas, que se referem a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. **Resultados:** Do total de 60 pacientes estomizados predominou o sexo feminino (51,7%), idade acima de 61 anos (60%), da cor branca (93,3%), residentes em Botucatu (53,3%), vivem com companheiro (55%), têm renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (78,3%), são aposentados (63,3%) e o ensino fundamental, com (61,7%). Referente ao tempo de estomizado (71,7%), está em média há 6 anos. O motivo que levou a confecção do estoma foi câncer (61,7%) e o agravo crônico que prevaleceu entre os indivíduos estomizados foi a hipertensão arterial sistêmica (31,7%). Quanto à derivação, evidenciaram-se as colostomias descendentes, com (53,3%). O seguimento médico regular é evidente em (90%) dos indivíduos. No que diz respeito ao dispositivo coletor, (80%) utiliza de uma peça drenável, variando de 25 a 102 milímetros de diâmetro; com relação à troca do dispositivo, (33,3%) troca a cada três dias e relata ter “muita” dificuldade no autocuidado com o estoma (65%) e com a bolsa coletora (61,7%). Quanto à presença da insônia, (35%) referiu insônia após a estomia. A atividade sexual foi mantida pela minoria, (31,5%), após a presença do estoma. Referente aos aspectos emocionais de dependência (50%) evidenciou ser fato, após o estoma. A respeito da ajuda recebida após estomia, (100%) relata ter a família como suporte. Quanto às orientações recebidas no pós-operatório, (96,7%) dos indivíduos relataram ter recebido orientação. Do total de 60 pacientes estomizados, (80%) relatou que os dispositivos são suficientes no mês e apenas (20%) dos indivíduos estomizados

conhecem os seus direitos legais. O domínio psicológico apresentou a média mais elevada, 70,8, evidenciando que mesmo a autoimagem podendo estar prejudicada pela confecção de um estoma, esse domínio teve uma avaliação melhor, comparada com outros domínios da QV. Considerando $p > 0,10$, as seguintes associações, foram realizadas: ter diabetes mellitus, fazer seguimento médico regularmente, sentir dependência após estomia, ter atividade sexual após estomia, visitar os amigos após estomia, índice de massa corporal ser mais elevado e conhecer os direitos legais. As variáveis que associaram negativamente na QV no domínio físico foram “diabetes mellitus” ($p=0,021$) e “sente dependência após a estomia” ($p=0,016$). Nos domínios físico e psicológico, a variável “faz seguimento médico regularmente” ($p=0,007$ e $p=0,062$) melhorou a QV, respectivamente. A variável “visitar os amigos após estomia” ($p=0,000$ e $p=0,007$) associou positivamente nos domínios psicológico e social. Ainda no domínio psicológico, a variável “ter atividade sexual após estomia” ($p=0,035$) contribui para uma melhor QV. A variável “conhecer os direitos” ($p=0,001$), no domínio ambiental, associou positivamente na QV do indivíduo estomizado. Como produto deste estudo foi construído uma cartilha com a descrição de conceitos sobre o estoma e suas causas, o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde, e as diretrizes legais que subsidiam a assistência do indivíduo estomizado. **Conclusão:** Portanto, pode-se concluir que os indivíduos estomizados deste estudo, avaliaram a QV de maneira positiva e que com a aquisição de novos conhecimentos dos direitos legais, poderá haver uma melhora da QV.

Palavras chave: Assistência de Enfermagem, Estomia, Qualidade de vida.

Abstract



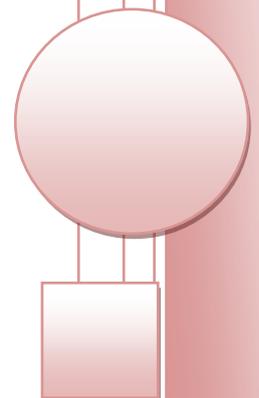
Introduction: An ostomized individual is the one who underwent an intestinal transit bypass surgery, which consists of opening the abdominal wall of a segment to diverting the effluent to the outside. **Objective:** To evaluate the quality of life of ostomized patients assisted in specialized service and study the association of those outcomes with the sociodemographic and clinical characteristics. **Method:** This is an analytical cross-sectional study. This study was conducted at the Ostomized Patients Assistance Center of Botucatu Clinical Hospital, from October 2014 to August 2015, and approved by the Research Ethics Committee of Botucatu - Unesp Medical School, through protocol No. 291,707 / 2013. The sample consisted of 60 patients. To collect the data we used two instruments: first, a form consisting of sociodemographic and clinical characterization, physiological, psychosocial, nutritional and legal aspects. To evaluating their quality of life, we used the WHOQOL -BREF instrument , consisting of two general questions of quality of life and 24 facets, which relate to four realms: physical, psychological, social relationships and environmental. **Results:** Of the 60 ostomized prevalences were: females (51.7%) , above the age of 61 years (60%), white (93.3%), living in Botucatu (53.3%), living with partner (55%), family income between 1-3 minimum wages (78.3%), retired (63.3%) and elementary schooling (61.7%). Referring to a colostomy time, (71.7%) had been ostomized for 6 years on average. The reason that led to the stoma was cancer (61.7%) and the chronic aggravation that prevailed among the ostomized individuals was hypertension (31.7%). As for the derivation, the descending colostomies stood out (53.3%). Regular medical follow-up is evident in (90%) of the individuals. With respect to pickup device 80 uses a draining % workpiece, ranging from 25 to 102 mm diameter; regarding the device exchange, (33.3%) changed every three days and reports having "a lot of of" difficulty in self-care of the stoma and 65% with the collection bag (61.7%). For the presence of insomnia, (35%) reported insomnia after ostomy. Sexual activity was maintained by the minority (31.5%) after the presence of stoma. Referring to the emotional aspects of dependence, (50%) showed to be real. Regarding the aid received after ostomy, (100%) reported having help in the family. The Guidelines received in the postoperative period, (96.7%) reported having received guidance. Of the total 60 ostomized patients, (80%) reported that the devices are sufficient in the month and only (20%) knew their legal rights. The psychological domain had the highest average (70.8%), showing that even the self-image can be impaired by making a

stoma, this area had a better evaluation, compared with other areas of quality of life. Associations were made, but only a few were associated ($p > 0.10$), as having diabetes mellitus, regular medical follow-up, dependency feeling after ostomy, sexual activity after ostomy, visit friends after ostomy, body mass index being higher and knowledge of legal rights. The variables that negatively associated quality of life in the physical domain were "diabetes mellitus" ($p = 0.021$) and "feels dependence after stoma" ($p = 0.016$). The physical and psychological domains, the variable "makes regular medical follow-up" ($p = 0.007$ and $p = 0.062$) improved quality of life, respectively. The variable "visiting friends after stoma" ($p = 0.000$, $p = 0.007$) positively associated in the psychological and social domains. Even in the psychological domain, the variable "sexual activity after stoma" ($p = 0.035$) contributes to a better quality of life. The variable "know your rights" ($p = 0.001$), in the environmental field, associated positively on the quality of life of ostomized patients individual. As a product of this study a booklet was made, with descriptions of concepts about the stoma and its causes, the flow of care at different levels of health care, and legal guidelines that support the care of ostomized individuals.

Conclusion: Therefore, we can conclude that the ostomized individuals in this study evaluated their quality of life in a positive way and that, with the acquisition of new knowledge of their legal rights, there can be a better quality of life.

Keywords: Nursing Care, Ostomy, Quality of life.

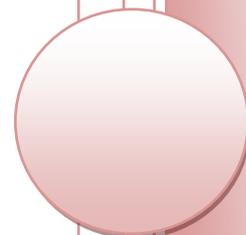
Lista de Figuras



Lista de Figuras

Figura 1.	Demarcação do estoma.....	37
Figura 2.	Distribuição das frequências relativas do nível de escolaridade (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	61
Figura 3.	Distribuição das frequências absolutas dos motivos da confecção do estoma (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015...	62
Figura 4.	Distribuição das frequências absolutas do tipo da derivação de acordo com a sequência do aparelho digestório (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	63

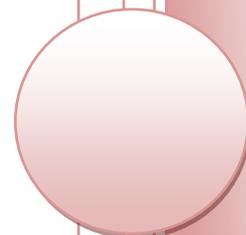
Lista de Quadros



Lista de Quadros

Quadro 1.	Tipos de efluentes e o nível de corrosividade na pele nos estomas de eliminação.....	36
Quadro 2.	Distribuição do número de pacientes estomizados intestinais pertencentes do Polo Cuesta em abril de 2015.....	53
Quadro 3.	Domínios e facetas do instrumento de Qualidade de Vida WHOQOL-bref.....	55

Lista de Tabelas

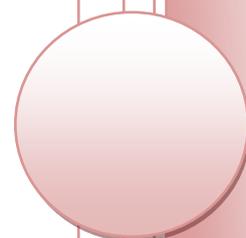


Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	60
Tabela 2	Distribuição das frequências absolutas e relativas dos agravos crônicos (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	63
Tabela 3	Distribuição das frequências absolutas e relativas da presença de insônia no pré e pós estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	64
Tabela 4	Distribuição das frequências absolutas e relativas dos exercícios físicos antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	64
Tabela 5	Distribuição das frequências absolutas e relativas das dificuldades no autocuidado (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	65
Tabela 6	Distribuição das frequências absolutas e relativas das atividades sociais antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	65
Tabela 7	Distribuição das frequências absolutas e relativas dos aspectos emocionais antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	66
Tabela 8	Distribuição das frequências absolutas e relativas referente à ajuda recebida quando foram estomizados (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.....	66
Tabela 9	Pontuação do WHOQOL-bref por domínios, n=60 Botucatu, SP, Brasil 2015.....	69
Tabela 10	Associação do domínio físico do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	71
Tabela 11	Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio físico. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	72
Tabela 12	Associação do domínio psicológico do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	73
Tabela 13	Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio psicológico. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	74
Tabela 14	Associação do domínio social do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	75

Tabela 15 Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio social. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	76
Tabela 16 Associação do domínio ambiental do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	77
Tabela 17 Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio ambiental. Botucatu, SP, Brasil 2015.....	78

Sumário

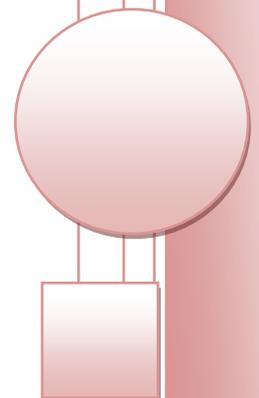


Sumário

1. Introdução	31
1.1 Conceito de estoma.....	31
1.2 História da estomia.....	31
1.3 Etiologia e epidemiologia.....	34
1.4 Tipos de estomas.....	35
1.5 Complicações dos estomas intestinais.....	37
1.6 Assistência de enfermagem ao estomizado.....	38
1.7 Cuidados com o estoma e a pele periestoma.....	40
1.8 Qualidade de Vida.....	41
1.9 Direitos da pessoa estomizada.....	44
2. Hipótese e questão do estudo.....	47
3. Objetivos	49
4. Método	51
4.1 Delineamento do estudo	52
4.2 Local do estudo.....	52
4.3 População do estudo	53
4.4 Período de investigação.....	53
4.5 Aspectos Éticos.....	54
4.6 Instrumento para a coleta de dados.....	54
4.7 Procedimento de coleta.....	56
4.8 Análise estatística.....	56
4.9 Produto do estudo.....	57
5. Resultados	58
5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	59
5.2 Caracterização clínica da amostra.....	62
5.2.1 História do estoma.....	62
5.2.2 Aspectos fisiológicos.....	64
5.2.3 Aspectos psicossociais.....	65
5.2.4 Aspectos nutricionais.....	67
5.2.5 Aspectos Legais.....	68
5.3 Qualidade de vida	69
5.4 Associações dos domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	70
5.4.1 Domínio físico e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	70
5.4.2 Domínio psicológico e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	72
5.4.3 Domínio social e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	74
5.4.4 Domínio ambiental e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	76

5.5 Cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado.....	79
6. Discussão	91
6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	92
6.2 Caracterização clínica da amostra	94
6.3 Qualidade de vida	99
6.4 Associação dos domínios da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.....	101
6.5 Cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado.....	104
7. Conclusão.....	105
8. Referências bibliográficas	108
9. Anexos	122

Apresentação



Apresentação

Após concluir o Curso de Graduação em Enfermagem, pela Faculdade Integradas de Jaú, em 2004, iniciei meu trabalho como enfermeira assistencial, na Seção Técnica de Clínica Médica, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Neste local de trabalho vivenciei grandes oportunidades, pois, além da possibilidade de aprendizado que um hospital escola pode fornecer, a Clínica Médica I abrange várias áreas, tais quais: clínica médica geral, nefrologia, gastroenterologia, cardiologia e hematologia, proporcionando-me um enriquecimento profissional. Ainda, por vezes, realizei plantões em outras enfermarias, tendo a oportunidade de assistir outros pacientes internados.

Em 2005 conciliei a assistência de enfermagem na Clínica Médica com a carreira acadêmica, passei a supervisionar o estágio de técnicos de enfermagem, uma parceria entre a UNESP e o SENAC, o que enriqueceu a minha experiência profissional.

No ano de 2006 realizei o Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase em Programa de Saúde da Família, na Universidade do Sagrado Coração (USC), em Bauru.

Em 2008 iniciei atividade como docente da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Faculdade Marechal Rondon, câmpus de São Manuel, como supervisora de estágio, que coincidiu com a Especialização em Enfermagem em Cardiologia, na Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu – UNESP.

Percebi que a carreira acadêmica conciliada à assistência de enfermagem na unidade de Clínica Médica pôde conferir grande satisfação profissional. Assim, no final de 2011 optei apenas pela carreira acadêmica.

Atualmente sou supervisora do sétimo e oitavo semestres do estágio de Enfermagem em Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, ministro as aulas de Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica, Introdução ao Cuidado Humano, Metodologia da Assistência de Enfermagem e Clínica Cirúrgica.

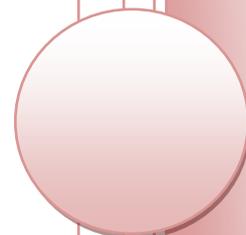
Ao longo da minha trajetória profissional como Enfermeira e docente do Curso de Graduação em Enfermagem, tenho procurado direcionar minha formação para assuntos que me permitam uma compreensão abrangente a respeito da saúde do

adulto, buscando a qualidade das ações em saúde.

A escolha pelo tema estoma surgiu da experiência vivenciada durante minha supervisão de estágio de enfermagem em Clínica Médica, em um Hospital particular, do interior paulista. Ao iniciarmos nossas atividades do dia eu e mais cinco alunos assumimos dois pacientes, entre eles, uma senhora muito simpática, educada e elegante, e que possuía um estoma, mas em momento algum ela nos permitiu que auxiliássemos em seus cuidados, pois não se sentia à vontade, na presente condição em que se encontrava.

Minha inquietação veio a partir desse momento e objetiva ampliar o conhecimento sobre a temática que proponho no estudo.

Introdução



1. Introdução

Este estudo está inserido na linha de pesquisa *Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem*, que compreende investigações voltadas para a avaliação da assistência e a implementação de intervenções, no âmbito individual e coletivo. Tem como temática central o levantamento das características sociodemográficas, clínicas e a qualidade de vida (QV) do indivíduo estomizado intestinal.

1.1 Conceito de estoma

O vocábulo “estoma” tem origem grega (*stóma*) que significa abertura de qualquer víscera do corpo, recebendo denominações específicas, de acordo com o segmento exteriorizado¹.

Em 2004, a Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest) fez consulta à Academia Brasileira de Letras (ABL) sobre o uso dos termos “estomia” e “ostomia”. A ABL, em resposta, esclareceu que as expressões estoma e estomia provêm do grego *stóma*, que associado à palavra colo (n), mais o sufixo – ia, forma a palavra colostomia. Sergio Pachá, lexicógrafo, observa que a letra “o” presente na palavra colostomia não pertence a estoma e sim à palavra colo (n). A Sobest passa a adotar o termo estomia, enquanto a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) permanece utilizando o termo ostomia, devido ao uso frequente e sua visibilidade, na indicação para políticas públicas².

Para este trabalho acadêmico e sem desconsiderar a justificativa da ABRASO, adotou-se, sempre que possível, o uso da terminologia estomia e estomizado.

1.2 História da estomia

Os primeiros relatos sobre estoma surgiram 300 anos a. C., quando Praxágoras abria o íleo, e o esvaziava e fechava novamente, após trauma abdominal. Passada a Idade Média, onde o corpo era considerado sagrado, chega a Renascença, quando os médicos puderam proceder novamente a autópsia, realizada geralmente em jovens saudáveis assassinados¹.

A primeira colostomia foi idealizada em 1710, por Alex Lettré, sendo então considerado o “Pai da colostomia”, por exteriorizar as alças intestinais à parede abdominal de um recém-nascido com malformação retal. Portanto, a realização da

primeira colostomia é controversa. Há relatos que atribuem para Dubois, em 1776, a primeira estomia com sucesso. No entanto, a primeira ileostomia de que se tem relato data de 1879, por Baum, devido a um câncer obstrutivo, no cólon ascendente; neste caso, o paciente foi a óbito. Foram anos para desenvolver a técnica corretamente. Com isso as cirurgias tinham um alto índice de morbimortalidade. Somente em 1883, na Áustria, o paciente sobreviveu a esse procedimento, operado por Maydl¹.

Na década de 1930, pode-se considerar a tentativa de confecção da primeira bolsa coletora para ileostomizados, criada por Alfred A. Strauss, de Chicago, cujo modelo foi melhorado por Koenig, ileostomizado e estudante de química. O dispositivo era de borracha, que cobria o estoma, e fixado a este, com um preparado de látex, além de conter um artifício para a colocação de um cinto, impedindo assim o vazamento do conteúdo à pele, ampliando a segurança. Em 1940 esse sistema ficou conhecido como Bolsa de Strauss Koenig Rutzen e já possuía ampla aceitação, apesar de suas grandes limitações¹.

Em 1950 houve o desenvolvimento nas estomias e nos equipamentos, que são utilizadas até os dias de hoje, contribuindo assim para a melhora da qualidade de vida do paciente ileostomizado. Nessa década houve um grande avanço no número de publicações na área médica e de novas técnicas, objetivando a continência para todos os tipos de estomias intestinais, como as bolsas de Kock para as ileostomias¹.

No campo dos dispositivos coletores, o maior avanço foi a descoberta do pó de karaya por Turnbull, em 1952. A karaya é uma goma com poder absorvente, extraída de uma árvore existente na Índia. Após vários testes, houve a necessidade de melhorar o produto. Leonardo Fenton, engenheiro químico, produziu uma bolsa com um anel desse produto para ser utilizada no pós-operatório. Surge então, a primeira barreira protetora de pele periestoma, revolucionando o cuidado com estomizados¹.

Até 1950 houve uma revolução na cirurgia do estoma, mas a sobrevivência dos pacientes era ineficaz. Quando sobreviviam eram considerados “inválidos crônicos” e eram isolados da sociedade e da família. Dubois, em 1930, teve sua primeira publicação com o tema “cuidados a ostomizados”. Nessa época surgiram as primeiras Associações para Ostomizados. Em 1958, Turnbull contratou Norma Gil, ileostomizada, para atuar como técnica em ostomia. Oficialmente nascia a Estomaterapia¹.

A Estomaterapia, desde 1980, é uma especialização da prática de enfermagem voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária. A SOBEST (Sociedade Brasileira de Estomaterapia) concede título de estomaterapeuta para os enfermeiros que se especializam em cursos reconhecidos pela World Council os Esterestomal Therapists – WCET.

O WCET é o Órgão oficial da estomaterapia mundial, fundado em 1978 e tem como finalidade principal a promoção dos especialistas e a normalização da especialidade. A estomaterapia está presente em 21 países e em todos os continentes, perfazendo um total de mais de 500 estomaterapeutas.

O primeiro curso do mundo de estomaterapia deu-se em 1961, na Cleveland Clinic Foundation, nos Estados Unidos da América. Até 1970, a estomaterapia podia ser exercida por outros profissionais da saúde e somente a partir de 1980 essa especialidade passou a ser exclusiva do enfermeiro.

No Brasil, a especialidade foi instituída em 1990. Porém na década de 80, a procura pela especialidade fez enfermeiras buscarem-na, no exterior. A primeira enfermeira estomaterapeuta do Brasil foi Gelse Zerbeto, embora os primeiros estomaterapeutas tinham sido alguns médicos do Rio de Janeiro, que receberam o treinamento da Norma Gil. Uma das enfermeiras, que se formou em outro país, foi Vera Lúcia C. G. Santos, responsável pela criação do primeiro curso de especialização no Brasil, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sendo este o único curso existente no país, até 1998.

O Órgão oficial da Estomaterapia no Brasil é a Sociedade Brasileira de Estomaterapia: ostomias, feridas e incontinências. No Brasil conta-se com mais de 15 cursos de especialização de enfermagem em estomaterapia credenciada pela Sobest/WCET³.

As associações têm papel fundamental no acompanhamento dos indivíduos estomizados e a ABRASO (Associação Brasileira de Ostomizados) tem atuação marcante na sociedade, com diversos ganhos significativos neste cenário³.

Como complemento à informação, justifica-se aqui apontar alguns acessos na web que podem auxiliar profissionais, pessoas estomizadas, bem como interessados na temática e são eles:

- ✓ ABRASO: www.abraso.org.br
- ✓ World Council of Enterostomal Therapists (WECT): www.wect.org

- ✓ SOBEST: www.sobest.org.br
- ✓ Ostomizados: www.ostomizados.com

Muito embora seja importante terem-se os estomaterapeutas, não há exigência legal para que o enfermeiro que cuida de pessoas com estomia tenha o título. O que se faz necessário é o conhecimento suficiente do enfermeiro clínico, com experiência, expertise e perícia para avaliar e propor as ações adequadas ao processo de cuidar.

1.3 Etiologia e epidemiologia

Os estomas intestinais são considerados uma terapêutica cirúrgica do tratamento decorrente de diversas patologias do sistema gastrointestinal, dentre elas: tumores ou neoplasias intestinais, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, doenças inflamatórias crônicas intestinais (chron, retocolite ulcerativa), polipose adenomatose familiar (PAF), infecções perianais graves e as diverticulites^{4,5}.

Dentre essas causas, o câncer colorretal é, no mundo todo, o maior responsável pela necessidade de um estoma, demonstrando alta incidência e prevalência, tornando assim um grande problema de saúde pública^{4,6}.

A cada ano, aproximadamente 1 milhão e 360 mil novos casos de câncer acometem o cólon e o reto, sendo o quarto tipo mais comum de câncer no mundo e o segundo em países desenvolvidos. O prognóstico deste tipo de câncer pode ser considerado de moderado a bom. Também considerado o segundo tipo de câncer mais prevalente, depois do câncer de mama, com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas, nos últimos cinco anos. A sobrevida média mundial estimada é de 44%⁷.

No Brasil, segundo o censo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa em 2014 foi de 576 mil casos novos de câncer, destacando o câncer cólon e de reto em 32.600, sendo 15.070 homens e 17.530 mulheres, permanecendo a terceira causa da doença supracitada entre os homens e a segunda causa entre as mulheres⁸.

A Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) estima-se que há, aproximadamente, 34 mil pessoas estomizadas no Brasil, destas, 75% são diagnosticados por câncer colorretal. E o Ministério da Saúde contabiliza que a cada

ano são realizados um milhão e 400 mil procedimentos de estomas⁹.

1.4 Tipos de estomas

A confecção de um estoma consiste na abertura da parede abdominal de um segmento intestinal, desviando os efluentes para o meio externo, ou seja, quando a função normal do intestino é interrompida^{10, 11}. Existem dois tipos de estomas de eliminação intestinal: as ileostomias e as colostomias, que são a abertura do segmento cólico (intestino grosso) e ileal (intestino delgado), respectivamente¹.

De acordo com a origem da doença, o cirurgião indicará a realização de um estoma, que poderá ser de caráter temporário, que objetiva a proteção de uma perfuração intestinal ou de uma anastomose e pode ser revertida após algum tempo, ou definitivo, cujo objetivo, é substituir a perda de função esfintélica, após descartar todas as opções para restabelecer o trânsito intestinal, o que geralmente ocorre em situação de câncer^{1,12}.

Os indivíduos que são ileostomizados sofrem a alteração na porção intestinal chamada de íleo, localizada no lado direito do abdome, pouco abaixo da linha da cintura, e o formato varia de acordo com o tipo de cirurgia. A coloração varia entre rosado e vermelho brilhante. O estoma é umedecido pelo muco, que é uma substância esbranquiçada¹³.

Nas ileostomias, os efluentes são líquidos ou semi-líquidos, pois a parte do intestino grosso foi removida na cirurgia, e em grande frequência, os efluentes são corrosivos à pele, devido à grande quantidade de enzimas presentes nelas; são sem odor e não há armazenamento. As eliminações são constantes, isto é, são eliminadas durante todo o dia, principalmente nas primeiras horas, após as refeições¹³.

Já as colostomias podem ocorrer à direita ou à esquerda, dependendo da parte do intestino grosso que foi exteriorizada. À direita, pode ser o cólon ascendente ou transversal e à esquerda, pode ser o cólon transversal, descendente ou sigmoide¹⁴.

Quando a exteriorização for à direita, o odor das fezes dependerá da alimentação e da ação das bactérias nos alimentos. As fezes são geralmente pastosas e eliminadas durante todo o dia. O muco produzido pelo intestino é eliminado pelo estoma e a pele deve ser protegida do muco, pois este pode provocar

dermatites irritativas¹⁵. No caso do cólon transverso, mesmo que a exteriorização seja ao lado esquerdo, as características das fezes serão as mesmas das estomias à direita^{15,16}.

Quando a exteriorização ocorrer do cólon transverso, ou descendente, ou sigmoide, as fezes serão, geralmente, menos prejudiciais à pele, pois apresentam uma menor quantidade de enzimas que a irrite. As fezes são pastosas, e as eliminações acontecem em períodos regulares, principalmente após as grandes refeições do dia^{15,17}.

O indivíduo colostomizado à esquerda pode ser beneficiado de um treinamento específico, chamado irrigação ou autoirrigação, para que a eliminação das fezes ocorra em horário pré-estabelecido. Trata-se de uma lavagem feita no intestino, com a utilização de um equipamento especial para tal, chamado irrigador, método autorizado pelo médico cirurgião e orientado por enfermeiro capacitado¹⁶.

O **Quadro 1** ilustrará a correlação dos tipos de efluentes e o nível de corrosividade na pele nos estomas de eliminação, de acordo com sua localização.

Quadro 1 - Tipos de efluentes e o nível de corrosividade na pele nos estomas de eliminação

TIPO DE ESTOMIA	EFLUENTE	CONSISTÊNCIA	FREQUÊNCIA	NÍVEL DE CORROSIVIDADE NA PELE
ILEOSTOMIA/ CECOSTOMIA	fezes	líquida	contínua	++++
COLOSTOMIA ASCENDENTE	fezes	semilíquida	contínua	+++
COLOSTOMIA TRANSVERSA	fezes	semissólida	frequente	++
COLOSTOMIA DESCENDENTE/ SIGMOIDOSTOMIA	fezes	sólida	1 a 2 vezes/24h	+

Fonte: Pavan ECP, Dell'Acqua MCQ, Medolago NB. Manual de orientação para ostomizados. Botucatu: PROEX - UNESP; 2011¹⁸.

1.5 Complicações dos estomas intestinais

A ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma implica em alterações psicossociais e econômicas, o que dificulta a adaptação destes pacientes em relação à estomia e no manejo dos equipamentos coletores e adjuvantes¹⁹.

A cirurgia da confecção de um estoma é considerada um procedimento potencialmente acompanhado de complicações que na maioria das vezes são subestimadas²⁰.

As complicações são resultados de fatores relativos à técnica cirúrgica, aumento da pressão intra-abdominal, redução do tônus muscular e o aumento de peso no pós-operatório. A prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma inicia-se no período pré-operatório com a demarcação de estoma, ensino ao paciente e família com abordagem psicossocial sobre a cirurgia e suas consequências^{1,21}.

A seleção do local do estoma deve ser realizada antes da cirurgia, com o paciente sentado, de pé, deitado e a andar, usando roupa habitual²². Como ilustra a **Figura 1**.



Figura 1 - Demarcação do estoma

Fonte: III Simpósio sobre feridas e estomas em pacientes oncológicos, demarcação: como e porque fazer? [Internet]. [Acesso 14 Nov 2015] Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/ritadecassiabandeira.pdf>²³

As principais complicações relacionadas aos estomas incluem a adaptação inadequada da placa de estomia, devido à má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periestomal, hérnia periestomal, abscesso periestomal e o câncer. Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer distúrbios hidroeletrolíticos, em estomas de alto débito, e anemia, em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma. Além das complicações citadas, existe ainda, nos casos de estomias temporárias, a morbimortalidade relacionada ao procedimento de fechamento dos mesmos^{1,24}.

Grande parte de tais complicações podem ser evitadas com uma assistência de enfermagem especializada, incluindo o ensino do autocuidado, tanto das características normais do estoma quanto das possíveis alterações²⁵.

Principalmente nos casos de estomas definitivos, uma maior atenção na sua confecção, que ocorre, normalmente, ao final do procedimento cirúrgico, poderá proporcionar melhor QV ao paciente, com menores taxas de complicações²⁶.

1.6 Assistência de enfermagem ao estomizado

Para que os profissionais de saúde entendam como é viver com uma estomia, é necessário compreender as múltiplas dimensões afetadas, de maneira que possam pensar sobre o cuidado como resposta às necessidades relacionadas ao ambiente social e de trabalho, à sexualidade, ao medo da rejeição²⁷.

Cuidar pode ser definido como a ação de cuidado entre dois sujeitos que se relacionam²⁸ ou *“Cuidar e orientar é compartilhar conhecimentos, é uma troca mútua de ensinar e aprender, entre enfermeiro e paciente”*²⁹.

A assistência de enfermagem ao paciente estomizado deve ser norteada por condutas éticas como responsabilidade, profissionalismo, zelo e respeito²⁸. Espera-se que essa assistência traga bem estar físico, psicológico e que o autocuidado seja estimulado para que o paciente retorne às atividades de vida, com autonomia^{30,31}.

O enfermeiro é o profissional de destaque em relação ao desenvolvimento do autocuidado, pois presta os cuidados de forma individualizada, facilitando assim sua reabilitação³².

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser iniciada no momento do diagnóstico médico e da indicação da confecção de um estoma. No pré-operatório já

se pensa em ações para diminuir o sofrimento e promover melhor reabilitação, pois quando este indivíduo participa do planejamento terapêutico sobre o procedimento a ser realizado, pode ter melhores resultados na recuperação e na QV. A orientação no pré-operatório, pelo enfermeiro, é de fundamental importância, pois reduz as complicações futuras¹⁰. Enfatiza-se, também, que as orientações ao indivíduo não estão relacionados somente ao procedimento, mas aos aspectos físicos, psicológicos, econômicos, sociais, familiares e sexuais, para que o paciente possa adaptar-se a sua nova situação¹³.

O enfermeiro é o profissional responsável por avaliar e propor, como educador o diálogo e a aproximação desde o pré-operatório com o paciente e com seu familiar, para que o processo de compreensão continue no pós-operatório. O enfermeiro tem um papel importante de fornecer apoio emocional, condições para avaliar a integridade cutânea, ensinar o autocuidado, observar os aspectos nutricionais e os sinais de complicação, que se iniciam no pré-operatório e perduram por todo o período em que permanecer estomizado¹⁸. O aprendizado deve continuar no domicílio e nos grupos de apoio na assistência de nível secundário e ambulatorial, para que o paciente e sua família possam conviver, da melhor maneira, com essa nova condição³³.

Ressalta-se, que bons resultados poderão ser avaliados quando houver uma parceria entre indivíduo, família, comunidade e as equipes de atenção à saúde para que o direito à saúde ao indivíduo estomizado amplie-se para cumprir o princípio da integralidade³⁴.

1.7 Cuidados com o estoma e a pele periestoma

Para que o indivíduo estomizado reconheça se o seu estoma está normal, é preciso conhecer e observar algumas características quanto à coloração, brilho, umidade, funcionamento, sangramento, tamanho, edema, presença de muco e aspectos da pele periestoma¹.

O orifício do estoma saudável é caracterizado pela cor rosa ou vermelho-vivo, úmido, de formatos variados e com pele periestoma íntegra¹.

A pele periestoma é a pele ao redor do estoma, pode estar alterada devido à presença de algumas enzimas digestivas que servem para decompor os alimentos ao longo do sistema digestório, essas enzimas saem junto com as fezes, portanto se torna de extrema importância o cuidado¹.

O cuidado abrange a bolsa que deve estar adaptada de maneira a facilitar o esvaziamento e a limpeza. Deve ser trocada sempre que houver risco de extravazamento, recortando a placa protetora da bolsa a fim de que esta se torne bem adaptada ao estoma e não cause dano na pele, devido ao contato do efluente com a pele íntegra³⁵.

Quanto à pele periestoma, é importante que seja avaliada quanto aos seguintes aspectos: cor, integridade, turgor e área para aplicação do dispositivo. A pele ao redor do estoma deve estar limpa e seca, sem vermelhidão, coceiras, feridas ou dor. A dermatite periestomal pode ocorrer com maior frequência na ileostomia ou colostomia direita. Trata-se de complicação séria, pois provoca a perda da integridade da pele periestoma, prejudicando e/ou impedindo a colocação do dispositivo coletor, gerando impacto na QV da pessoa estomizada¹.

Algumas medidas de prevenção de dermatite periestoma serão descritas a seguir:

- ✓ Manter a pele sempre limpa e seca, evitando contato com as fezes;
- ✓ Limpar de preferência na hora do banho, usando sabonete e secar com pedaços de pano macios e de forma delicada;
- ✓ Não usar produtos químicos como mercúrio, merthiolate, pomadas e outros;
- ✓ Expor o estoma ao sol mais fraco da manhã, no horário das 8 às 9 horas, por no máximo 10 minutos, no dia da troca da bolsa ou da placa protetora;
- ✓ Recortar a bolsa do tamanho exato do seu estoma, para não ferir a pele;

- ✓ Observar a cicatrização ao redor do estoma e possíveis alterações quanto a cor, inchaço, presença de pus e sangramento.

O tratamento da dermatite periestoma requer o uso de pó e pomadas protetoras cicatrizantes¹⁸.

1.8 Qualidade de vida

A QV vem sendo discutida desde a antiguidade por Aristóteles e Platão, em que o sujeito é um ser que se adapta, atingindo uma integração social e psicológica adequada, potencializando a parte intelectual e emocional¹.

A expressão QV, começou a ser utilizada nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial, com objetivo de descrever aquisição de bens materiais como: casa, carro, dinheiro, viagens, entre outros. Posteriormente o conceito ampliou-se com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade diferenciando as cidades e as regiões intermediadas pelos indicadores econômicos. Mais tarde, a QV passou a ser mensurada pelo desenvolvimento social, como a saúde, educação³⁶.

Atualmente, o assunto QV vem sendo muito discutido e utilizado no campo de pesquisas, em várias áreas especializadas, como: Enfermagem, Medicina, Sociologia, Política, Psicologia³⁷.

Na área da saúde o termo QV começou a ser aplicado em 1970 com a implantação dos serviços de saúde comunitários, e está sendo muito utilizado, pois promove a melhoria da assistência às doenças e aumenta a expectativa de vida¹.

Autores que estudam QV usam conceitos relacionados à felicidade, bem-estar, situação de vida e satisfação com a vida. Assim, a definição global de QV leva em conta as condições externas e as experiências subjetivas do indivíduo. As primeiras referências que aparecem na literatura, em meados da década de 80, e são muito gerais, não abordam dimensões e operacionalização do construto e centram-se na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida³⁸.

A expressão QV, *qualidade* significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; o termo *vida* engloba o estado completo da atividade funcional da pessoa, como seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer ou de sofrimento³⁹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) QV é definida como “a

percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁴⁰.

Sobre as definições de QV, pode-se afirmar que elas são tão numerosas como os métodos de avaliá-las e que não existe consenso sobre o seu significado. Na literatura científica observam-se inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas, principalmente em função do caráter multidimensional e subjetivo do conceito, mas também pelos inúmeros fatores que interferem na sua construção, como o objeto de avaliação ou de pesquisa^{1,38}.

Quando o conceito de QV é especificamente relacionado à saúde, abrange os mesmos aspectos relacionados anteriormente, incluindo outros associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Por exemplo, incluem as condições de saúde física (inclusive mobilidade), o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença ou ausência de dor, o comportamento emocional, o lazer, o trabalho, a vida familiar e social⁴¹. Há questionários padronizados, desenvolvidos por diversas entidades, que visam avaliar a QV de indivíduos mantendo o caráter multidimensional e valorizando a percepção pessoal. Dentre esses, há o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)*⁴² que abrange quatro grandes dimensões divididas em 24 facetas: (a) física - percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica - percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social - percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente - percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, pode-se obter a avaliação da QV percebida de modo global, mensurada por quatro itens específicos que foram computados em um único score. A partir desse, foi desenvolvida a versão abreviada, denominada WHOQOL-bref, que contém 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e, as demais, representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original⁴³.

Sabe-se que indivíduos com a presença de um estoma têm a perda do controle dos efluentes, alterando sua QV em vários fatores como dificuldades psicológicas, físicas, sociais e espirituais, necessitando de cuidados específicos que requerem um plano de cuidados contínuo^{1,3}.

Os aspectos físicos se dão em relação à mudança fisiológica na forma de eliminar os efluentes, o odor e o uso de dispositivos. Quanto aos aspectos psicológicos, o que lhes preocupa é a imagem corporal, causando insegurança, isolamento familiar e social. Quando se tem o apoio familiar a aceitação da situação é vista de uma forma mais tranquila. Já os aspectos espirituais, resumem na religiosidade e esperança da cura¹².

Os conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade estão sempre na vida dos pacientes estomizados, podendo acarretar isolamento psicológico e social, levando a uma QV afetada¹².

O paciente estomizado, ao se deparar com o estoma, passa a lidar com esta nova realidade, quando são suscitados vários sentimentos, reações e comportamentos diferentes e individuais. O impacto dessa experiência (estar estomizado) afeta não somente o paciente, mas toda a sua família e amigos mais significativos. Os sentimentos de inutilidade, desgosto, depressão, repulsa, perda da autoestima, do status social e da libido, além de reforçarem as alterações na dinâmica familiar, podem causar impacto em nível emocional e psicológico⁴⁴. Esse processo ocorre porque todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive, enfim, atende às suas necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo^{44,45}.

Além dessas modificações, a convivência com o estoma exige da pessoa estomizada a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades diárias, incluindo o aprendizado das ações de autocuidado do estoma e pele periestoma, bem como a manipulação dos dispositivos¹.

A falta de controle esfinteriano causa, nas pessoas de todas as idades, muitos conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade, permeadas pelos distúrbios de imagem corporal e identidade. Configuram-se alterações não somente de ordem física e de autocuidado, mas também psicológicas, sociais e espirituais, provavelmente, também, para as crianças e, particularmente, para seus familiares ou responsáveis mais diretos⁴⁶.

Como se observa, a QV é bastante abrangente, de forma que, às vezes é influenciada pelos desejos e anseios de cada ser humano^{29,30}. Atualmente existe um grande desenvolvimento das técnicas cirúrgicas bem como da tecnologia a ser usufruída pela pessoa estomizada, principalmente quanto aos dispositivos, o que

tem possibilitado uma melhoria significativa da sua QV. Contudo, apesar das melhorias conseguidas, estas pessoas enfrentam alterações dos seus estilos de vida, devido ao caráter de intervenção³¹.

1.9 Direitos da pessoa estomizada

O tema direito da pessoa estomizada está intimamente relacionado às condições de vida desta pessoa e de sua reabilitação. O estomizado possui necessidades maiores que ultrapassam os limites da técnica cirúrgica. Ele necessita de conhecimentos sobre o seu problema de saúde, com ensino individual para que as ações de autocuidado tenham sucesso e os recursos materiais e de estrutura de atendimento assistencial que possam garantir sua qualidade de vida⁴⁷.

Inicialmente, convém compreender o indivíduo estomizado, perante a lei, é uma pessoa portadora de deficiência.

O decreto nº 5.296/2004⁴⁸ que trata da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, determina que as pessoas com estoma sejam consideradas deficientes físicos e, portanto, tem direitos como atendimento prioritário, condições gerais de acessibilidade, acesso à informação, comunicação e ajudas técnicas⁴⁸.

A Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados dispõe que o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem especializados no pré e no pós-operatório, desde a sua internação até seu retorno ao âmbito familiar⁴⁹.

Segundo a Portaria nº 400 de 2009⁵⁰, o indivíduo estomizado é considerado um deficiente físico, exigindo uma assistência especializada, com área física adequada, recursos de materiais específicos e profissionais capacitados⁵⁰.

Nesta portaria fica explicitada a responsabilidade do sistema de saúde no atendimento ao estomizado em diferentes níveis de assistência.

Os serviços ficam classificados em **Atenção às Pessoas Ostomizadas I** e que se compõem em realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Em **Atenção às Pessoas Ostomizadas II** sua responsabilidade realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento das complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais⁵⁰.

Os profissionais de saúde que participam no atendimento a esses pacientes devem trabalhar de forma interdisciplinar, contribuindo para que a assistência aos pacientes portadores de estomas seja de qualidade²⁸.

Cabe ao enfermeiro contribuir de forma humanizada, por meio de Consulta de Enfermagem, elaborar uma sistematização individual desde o pré-operatório até seu seguimento ambulatorial, envolvendo orientações sobre a cirurgia, mudanças no estilo de vida, alimentação, manipulação com o dispositivo e prevenção de pele periestoma²⁸.

Segundo a Portaria nº 400/2009⁵⁰ é necessário que o indivíduo estomizado tenha a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas, incluindo prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança⁵⁰.

A seguir serão descritos, segundo a portaria, o que é direito mínimo dos estomizados em receber os equipamentos coletores e os adjuvantes de proteção e segurança:

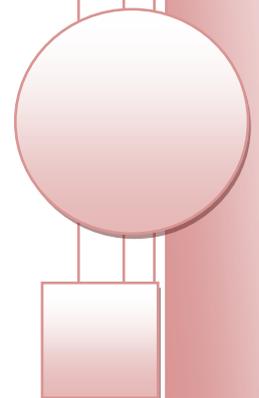
- ✓ Bolsa de colostomia fechada com adesivo microporoso: bolsa fechada para estoma intestinal ou protetor de estomia, plástico aniodor, transparente ou opaca, com filtro de carvão ativado, com ou sem resina sintética ou mista, recortável ou pré-cortada, com ou sem microporoso hipoalergênico, fornecida no máximo 60 por mês.
- ✓ Bolsa de colostomia com adesivo microporo drenável: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carvão ativado, resina sintética ou mista, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico, fornecida no máximo 30 por mês.
- ✓ Conjunto de placa e bolsa para estomia intestinal: Sistema compatível de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou protetor de estoma, plástico, antiodor, transparente ou opaca, com ou sem filtro de carvão ativado, base adesiva de resina sintética, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico, fornecida no máximo 10 por mês.
- ✓ Barreiras protetoras de pele sintética e ou mista em forma de pó, pasta e ou placa: Barreira protetora de pele, de resina sintética ou formadora de película disponibilizada como 1 tubo de pó ou 1 tubo de pasta ou 20 anéis planos ou

convexos ou 5 tiras ou 15 placas 10x10cm ou 10 placas 15x15 cm ou 8 placas 20x20 cm ou 1 frasco formador de película, fornecida 1 tubo/frasco ou 1 kit por mês⁵⁰.

JUSTIFICATIVA

Avaliando as variáveis sociodemográficas, clínicas e a QV de indivíduos estomizados, pretende-se ampliar o conhecimento sobre esta temática, com o intuito de propor novas estratégias de assistência e revisão das políticas públicas que visem melhorias na QV dessas pessoas.

Hipótese e questão do estudo



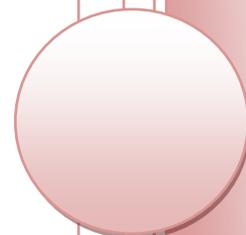
Hipótese e questão do estudo

Existem alterações nas variáveis relativas à QV dos pacientes estomizados que podem afetar não só em nível fisiológico, mas também comprometer o nível psicológico, social e legal, quando associada às características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos.

Questão do estudo:

Perante a argumentação **questiona-se**: *As variáveis sociodemográficas e clínicas e questões referentes aos atributos legais podem influenciar na QV de pacientes estomizados, atendidos em um serviço do nível II?*

Objetivos



3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a QV dos estomizados assistidos em serviço especializado e estudar a associação dos desfechos com as características sociodemográficas e clínicas.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar as variáveis sociodemográficas de pessoas estomizadas assistidas no Núcleo de Assistência ao Ostomizados (NAO) do Hospital das Clínicas de Botucatu/Unesp.

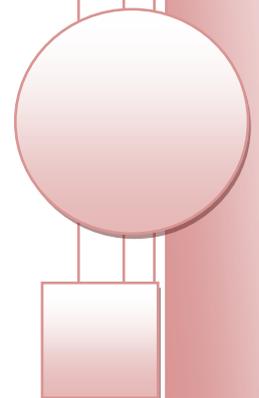
Identificar as variáveis clínicas de pessoas estomizadas.

Avaliar as variáveis relativas à QV de pessoas estomizadas.

Avaliar as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QV.

Elaborar uma cartilha para os pacientes e familiares com a descrição e acessos aos serviços, nos diferentes níveis de assistência, bem como o fluxo de atendimento e diretrizes legais que subsidiam a assistência.

Método



4. Método

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico. Esse tipo de estudo representa uma das formas de pesquisa populacional.

O estudo transversal é uma pesquisa em que a relação exposição-doença é examinada, em uma população selecionada, a partir de variáveis correlacionadas em um particular momento⁵¹.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um serviço ambulatorial do município de Botucatu-SP, de atenção secundária, intitulado Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO), criado em quatro (4) de abril de 1994, no Hospital das Clínicas de Botucatu, localizado no câmpus de Rubião Júnior, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Bloco II.

Atualmente Botucatu pertence ao Departamento Regional de Saúde (DRS VI-Bauru) e atende à Região do Polo Cuesta, com 13 municípios: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu e Distrito de Rubião Junior, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Aparecida de São Manuel, e Torre de Pedra.

O Hospital das Clínicas de Botucatu pertence ao Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS – VI), que engloba 68 municípios do estado de São Paulo.

Todos os pacientes são cadastrados no serviço e têm Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na Instituição. A assistência no ambulatório é realizada às sextas-feiras, no Bloco II, das 13 às 17 horas, por meio de Consultas de Enfermagem.

Após 22 anos de assistência, o ambulatório conta com 150 pacientes cadastrados. A população atendida sofre flutuações, pois há pacientes que reconstroem o trânsito, outros vão a óbito e muitos entram como caso novo.

4.3 População do estudo

A população do estudo constituiu-se de 150 portadores de estomias intestinais (ileostomias e colostomias), devidamente cadastrados no referido serviço ambulatorial.

A amostra foi composta por 60 estomizados, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (**ANEXO I**), sendo informados de que os dados coletados permaneceriam em sigilo.

Para conhecer o número de pacientes estomizados, por municípios pertencentes ao Polo Cuesta, foi necessária uma comunicação, por meio do telefone, com os responsáveis, no caso específico, os enfermeiros de cada município. Isto ocorreu no mês de abril de 2015, como mostra o **Quadro 2**

Quadro 2 – Distribuição do número de pacientes estomizados intestinais pertencentes ao Polo Cuesta em abril de 2015

Municípios pertencentes ao Polo Cuesta	Número de pacientes estomizados
Anhembi	2
Areiópolis	4
Bofete	3
Botucatu e Rubião Junior	92
Conchas	3
Itatinga	11
Laranjal Paulista	6
Pardinho	0
Pereiras	2
Porangaba	1
Pratânia	2
São Manuel e Aparecida de São Manuel	20
Torre de Pedra	4
Total	150

4.4 Período de Investigação

A coleta dos dados realizou-se entre os meses de outubro de 2014 a agosto de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu– UNESP, sob o número de processo 291.707/2013 (**Anexo II**). Houve mudança de pesquisador principal conforme ofício nº 70/2014 (**Anexo III**).

Aos participantes da pesquisa solicitou-se a concordância por meio do TCLE, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma.

4.6 Instrumento para a coleta de dados

Para a coleta de dados utilizaram dois instrumentos. O primeiro foi um formulário (**Anexo IV**) contendo 37 questões semiestruturadas, abordando os aspectos de caracterização sociodemográfica com as variáveis: procedência, idade, gênero, grupo étnico, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar mensal, número de moradores da residência e ocupação (empregado, aposentado ou recebendo auxílio doença); a caracterização clínica com as variáveis: tempo de estomia, doença de base (causa da estomia), outras doenças associadas, tipo de derivação, condição da derivação, seguimento médico ativo, reconstrução programada, tipo de dispositivo utilizado, tempo médio de troca do dispositivo; os aspectos fisiológicos, psicossociais, nutricionais e os legais.

O segundo instrumento foi destinado para a coleta de dados referente à “qualidade de vida”. Utilizou-se o WHOQOL-bref⁴⁴ (**Anexo V**), instrumento testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do World Health Organization Quality of Life Group da Organização Mundial da Saúde, composto por 26 questões, onde as questões 1 e 2 referem à qualidade de vida geral e as demais contemplam os quatro domínios, sendo eles, domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com suas respectivas facetas, as quais estão descritas no **Quadro 3** a seguir:

Quadro 3 - Domínios e facetas do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-bref

Domínios e facetas do WHOQOL-bref
Domínio Físico
3. Dor e desconforto 4. Dependência de medicação ou tratamentos 10. Energia e fadiga 15. Mobilidade 16. Sono e repouso 17. Atividades da vida cotidiana 18. Capacidade de trabalho
Domínio psicológico
5. Sentimentos positivos 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais 7. Pensar, aprender, memória e concentração 11. Imagem corporal e aparência 19. Autoimagem 26. Sentimentos negativos
Domínio Relações sociais
20. Relações pessoais 21. Atividade sexual 22. Suporte (apoio) social
Domínio Meio Ambiente
8. Segurança física e proteção 9. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) 12. Recursos financeiros 13. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades 14. Participação e oportunidades de recreação e lazer 23. Ambiente no lar 24. Cuidados de saúde e sociais 25. Transporte

Fonte: Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. 2000⁵²

As respostas para todas as questões do WHOQOL-bref foram obtidas por meio de uma escala do tipo likert, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5.

4.7 Procedimento de coleta

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, entre os meses de outubro de 2014 a agosto de 2015, às sextas-feiras, das 13 às 17 horas, no NAO. Os estomizados compareciam no ambulatório para a Consulta de Enfermagem agendada. Durante a consulta, a pesquisadora era apresentada como pós - graduanda pelas docentes e alunas da graduação. A pesquisa foi realizada em uma sala do próprio ambulatório, onde era esclarecido o motivo da pesquisa. A permanência do paciente na sala, durante a pesquisa, foi de 20 minutos. Em alguns casos houve a presença da família, durante a entrevista, a pedido do paciente.

Antes da coleta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes do estudo e, mediante a sua concordância em participar da pesquisa, foram apresentados os dois instrumentos os quais foram preenchidos pela própria pesquisadora.

Optou-se pela coleta de dados na forma de entrevista, sendo que quando o paciente não entendia o significado de alguma questão do WHOQOL-bref, era relida a pergunta, de forma pausada, para o paciente, evitando dar sinônimos ou explicações às palavras, assim como a escala de respostas.

4.8 Análise Estatística

Análise feita em duas etapas. Na primeira, foram ajustados modelos de regressão linear múltipla por blocos de variáveis independentes, tendo como desfecho os escores dos domínios Whoqol. Os blocos de variáveis independentes foram: sociodemografia, aspectos nutricionais, características clínicas, agravos crônicos, condição clínica, aspectos legais, aspectos fisiológicos após estomia, aspectos psicossociais após estomia e complicações e recebeu ajuda. As variáveis mais fortemente associadas com os desfechos ($p < 0,10$) foram ajustadas em um modelo final de regressão linear múltipla. Análise de resíduos não detectou violação dos pressupostos de normalidade dos resíduos e de homocedasticidade. Relações no modelo final foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,10$. Análise feita com o software SPSS versão 21.0.

4.9 Produto do estudo

Elaborada uma cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado, pela própria autora.

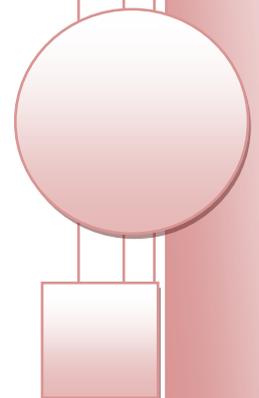
Os pacientes e familiares são o público alvo, que poderão usufruir deste material para adquirir mais conhecimento acerca do âmbito legal.

Esta cartilha constará das seguintes etapas: a descrição do estoma e suas causas, o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção a saúde, e as diretrizes legais que subsidiam a assistência do indivíduo estomizado.

Optou-se por esse produto por fazer sentido com os resultados, onde há evidências da necessidade deste conhecimento que poderá ser associado a QV do paciente.

Constará da etapa resultados por estar descrito no objetivo deste estudo.

Resultados



5. Resultados

Os resultados foram apresentados em 5 partes:

- (I) *caracterização sociodemográfica da amostra*, composta das seguintes variáveis: procedência, idade, gênero, grupo étnico, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar mensal, número de moradores da residência e ocupação (empregado, aposentado ou recebendo auxílio doença);
- (II) *caracterização clínica da amostra*, com as variáveis: tempo de estomia, doença de base (causa da estomia), outras doenças associadas, tipo de derivação, condição da derivação, seguimento médico ativo, reconstrução programada, tipo de dispositivo utilizado, tempo médio de troca do dispositivo; os aspectos fisiológicos, psicossociais, nutricionais e os legais;
- (III) *qualidade de vida da amostra*, utilizado o instrumento WHOQOL-bref;
- (IV) *associações dos domínios da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas*;
- (V) a elaboração de uma *cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado*, o produto deste trabalho que constará da descrição do estoma e suas causas, o fluxo de atendimento em nos diferentes níveis de atenção a saúde, e as diretrizes legais que subsidiam a assistência do indivíduo estomizado.

5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Os dados referentes às variáveis de caracterização dos portadores de estomas intestinais, como sexo, faixa etária, raça, procedência, estado civil, número de pessoas por residência e a ocupação registrados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	31	51,7
Masculino	29	48,3
Faixa etária		
20 a 30 anos	4	6,7
31 a 40 anos	3	5
41 a 50 anos	6	10
51 a 60 anos	11	18,3
61 anos ou mais	36	60
Raça		
Branca	56	93,3
Não branca	4	6,7
Procedência		
Botucatu	32	53,3
São Manuel	6	10
Conchas	5	8,3
Itatinga	3	5
Lençóis Paulista*	2	3,3
Bofete	2	3,3
Laranjal Paulista	1	1,7
Pereiras	1	1,7
Itaí*	1	1,7
Areiópolis	1	1,7
Santa Bárbara do Oeste*	1	1,7
Avaré*	1	1,7
Assis*	1	1,7
Bauru*	1	1,7
Campina do Monte Alegre*	1	1,7
Igaraçu do Tiete*	1	1,7
Estado civil		
Com companheiro	33	55
Sem companheiro	27	45
Número pessoas por residência		
1 a 3 moradores	46	76,7
4 a 6 moradores	11	18,3
7 ou mais moradores	3	5
Renda familiar		
Menos de 1 SM**	2	3,3
1 a 3 SM	47	78,3
4 a 6 SM	9	15
7 ou mais SM	2	3,3
Ocupação		
Aposentado	38	63,3
Não Aposentado	22	36,7

*municípios não pertencentes ao Polo Cuesta; **salários mínimos.

Do total de 60 portadores de estoma intestinal, 31 (51,7%) são do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 36 (60%) pacientes estão com mais de 61 anos de idade. Com relação à raça, 56 (93,3%) identificou-se como da raça branca e 4 (6,7%) como não brancos.

Com referência à procedência dos pacientes estomizados, 32 (53,3%) residem

na cidade de Botucatu, seguidos de 6 (10%) da cidade de São Manuel, 5 (8,3%) de Conchas, 3 (5%) de Itatinga, 2 (3,3%) Lençóis Paulista e Bofete e 1 (1,7%) das demais cidades, que são: Laranjal Paulista, Pereiras, Itaí, Areiópolis, Santa Bárbara do Oeste, Avaré, Assis, Bauru, Campina do Monte Alegre e Igaraçu do Tiête.

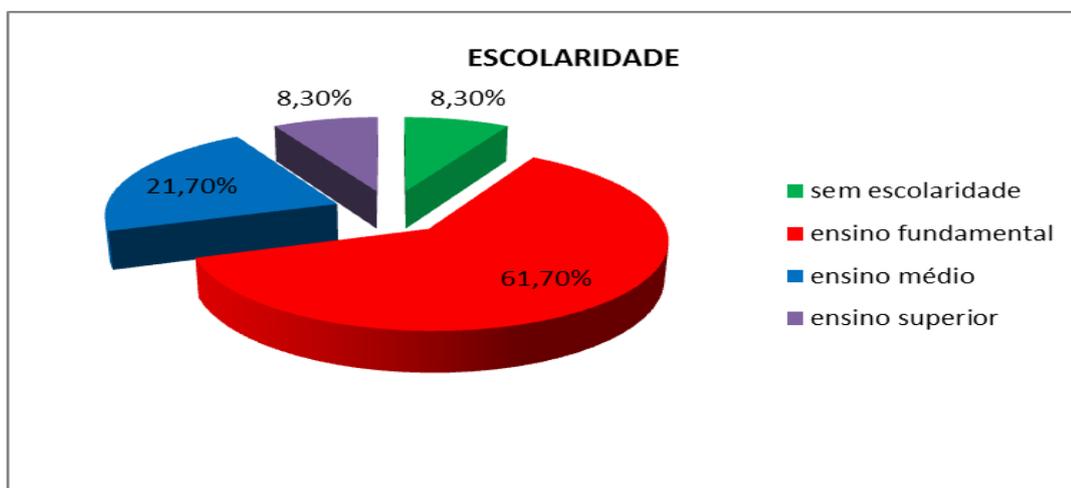
Quando indagados com quem vivem, se há um companheiro, identificou-se que 33 (55%) vivem com companheiro. No que concerne ao número de pessoas por residência, observou-se que a média foi de duas pessoas, variando entre 1 e 8 indivíduos, por residência.

Quando indagados sobre a renda familiar, 47 (78,3%) pacientes referiram de 1 a 3 salários mínimos, 9 (15%) de 4 a 6 salários mínimos, 2 (3,3%) de 7 ou mais salários mínimos e 2 (3,3%) menos que 1 salário mínimo.

Quanto à ocupação, verificou-se que 38 (63,3%) pacientes são aposentados.

Referente ao nível de escolaridade dos indivíduos estomizados, segue **Figura 2** abaixo:

Figura 2 – Distribuição das frequências relativas do nível de escolaridade (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.



Observou-se que 37 (61,7%) pacientes estudaram até o ensino fundamental, 13 (21,7%) possuem até o ensino médio, 5 (8,3%) ensino superior e analfabetos, respectivamente.

5.2 Caracterização clínica da amostra

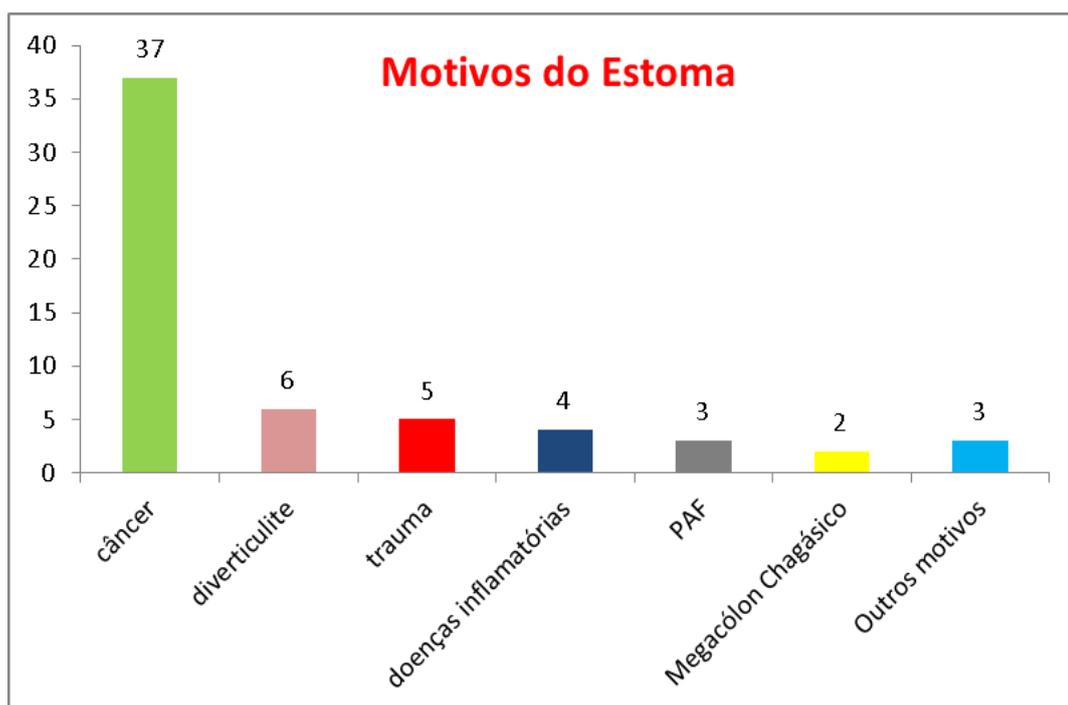
As características clínicas estão divididas em cinco itens: história do estoma, aspectos fisiológicos, psicossociais, nutricionais e os legais.

5.2.1 História do estoma

Referente ao tempo de estoma, 43 (71,7%) indivíduos referiram estarem estomizados em média há 6 anos, 14 (23,3%) indivíduos estão estomizados, em média, há 4 meses e 3 (5,0%) indivíduos estão estomizados, em média, há 44 dias.

Os motivos que levaram a confecção do estoma estão representados na **Figura 3**.

Figura 3 – Distribuição das frequências absolutas dos motivos da confecção do estoma (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015



Observa-se que o câncer prevaleceu em 37 (61,7%) indivíduos, seguidos da diverticulite 6 (10%), 5 (8,3%) à trauma, 4 (6,7%) às doenças inflamatórias do intestino, 3 (5%) pacientes referiram polipose adenomatose familiar (PAF), 2 (3,3%) ao megacólon chagásico e 3 (5%) indivíduos referiram a fístula perianal, tuberculose intestinal e o abdome agudo obstrutivo.

Os agravos crônicos estudados serão descritos na **Tabela 2**.

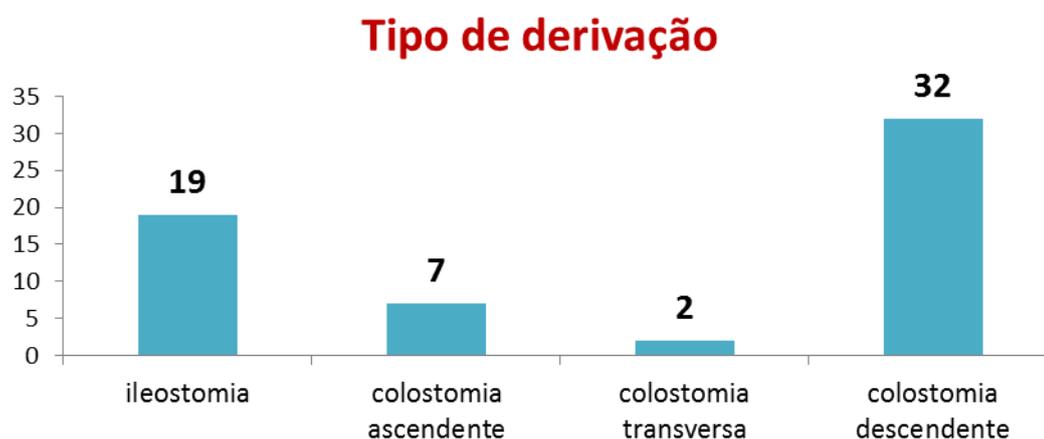
Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos agravos crônicos (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015

Agravos crônicos	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Diabetes Melitus	12	20	48	80
HAS	19	31,7	41	68,3
Tabagismo	7	11,7	53	88,3
Alcoolismo	4	6,7	56	93,3

Quanto aos agravos crônicos, 12 (20%) indivíduos estomizados são diabéticos, 19 (31,7%) são hipertensos, 7 (11,7%) são tabagistas, 4 (6,7%) referiram apreciar bebida alcoólica.

Quanto ao tipo de derivação será ilustrado na **Figura 4**, de acordo com a sequência, no aparelho digestório.

Figura 4 - Distribuição das frequências absolutas do tipo da derivação de acordo com a sequência do aparelho digestório (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015



Quanto à porção do intestino que foi confeccionado o estoma, 19 (31,7%) pacientes estão com o estoma localizado na porção ileal, as ileostomias, 41 (68,3%) na porção do cólon, sendo 7 (17,1%) colostomias ascendentes, 2 (4,9%) colostomias transversas e 32 (78%) pacientes com colostomia descendentes.

Com relação à condição da derivação, ou seja, o tempo de permanência do estoma observou-se que 30 (50%) dos indivíduos possuem o estoma temporário, destes, 18 (30%) indivíduos estão com a reconstrução intestinal programada e 30 (50%) possuem o estoma definitivo, ou seja, não será possível sua reconstrução.

Quanto ao tipo de dispositivo coletor para os efluentes, 48 (80%) pacientes utilizam o dispositivo coletor de 1 peça drenável e 12 (20%) pacientes utilizam o dispositivo de 2 peças (bolsa e a base adesiva).

Quando indagados sobre a frequência de consultas médicas regularmente, 90% referiram seguimento médico regular.

Com relação ao tempo de troca dos dispositivos coletores, 20 (33,3%) pacientes trocam de 3 em 3 dias, 13 (21,7%) indivíduos de 2 em 2 dias, 9 (15%) trocam com mais de 4 dias de uso, 8 (13,3%) indivíduos trocam de 4 em 4 dias, 5 (8,33%) trocam 1 vez por dia e 5 (8,33%) trocam mais de 1 vez ao dia.

5.2.2 Aspectos fisiológicos

Para os aspectos fisiológicos as variáveis avaliadas serão a presença de insônia pré e pós estomia e os exercícios físicos antes e após a estomia, conforme **Tabela 3 e 4**, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição das frequências absolutas e relativas da presença de insônia no pré e pós estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015

INSÔNIA	N	%
PRÉ ESTOMIA	18	30
PÓS ESTOMIA	21	35

Verificou-se que a insônia esta presente no dia a dia dos indivíduos estomizados, 18 (30%) referiam insônia pré e 21 (35%) atribuíam insônia pós.

Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos exercícios físicos antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.

Exercícios físicos	Antes da estomia				Pós da estomia			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Andar a pé	47	78,3	13	21,7	28	46,7	32	53,3
Andar de bicicleta	14	23,3	46	76,7	5	8,3	55	91,7
Natação	5	8,3	55	91,7	1	1,7	59	98,3
Dança	5	8,3	55	91,7	1	1,7	59	98,3
Ginástica	5	8,3	55	91,7	0	0	60	100

Em relação aos exercícios físicos, andar a pé destaca-se tanto antes como após a confecção do estoma 47 (78,3%) e 28 (46,7%), respectivamente.

5.2.3 Aspectos psicossociais

Para os aspectos psicossociais serão abordadas as seguintes variáveis: dificuldade de adaptação com o estoma, atividade sexual, as atividades sociais e os aspectos emocionais envolvidos antes e após o estoma. A **Tabela 5** apresenta as dificuldades de adaptação.

Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas e relativas das dificuldades no autocuidado (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015

Dificuldades	Muita		Pouca		Nenhuma	
	N	%	N	%	N	%
Autocuidado com a estomia	39	65	4	6,7	17	28,3
Autocuidado com a bolsa	37	61,7	3	5	20	33,3

Quando abordados sobre a dificuldade no autocuidado com o estoma e com a bolsa, 39 (65%) e 37 (61,7%) referiram ter “muita” dificuldade no autocuidado com o estoma e com a bolsa, respectivamente.

Quando indagados sobre a atividade sexual, 38 (63,3%) estomizados relataram ter relação sexual antes da confecção do estoma, desses, apenas 12 (20%) mantiveram a atividade sexual após a confecção do estoma.

A **Tabela 6** apresenta as atividades sociais dos indivíduos estomizados.

Tabela 6 – Distribuição das frequências absolutas e relativas das atividades sociais antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015

Atividades sociais	Antes estoma		Após estoma	
	N	%	N	%
Visita aos amigos	47	78,3	35	58,3
Atos religiosos	44	73,3	35	55

Em comparação às atividades sociais, 47 (78,3%) estomizados realizavam visita aos amigos antes do estoma, após o evento, somente 35 (58,3%) mantiveram essa atividade. Quanto aos atos religiosos antes do estoma, 44 (73,3%) indivíduos relataram ir à igreja, após o estoma apenas 33 (55%) indivíduos permaneceram

nessa atividade. Para as demais atividades abordadas (ir ao clube e ir à praia), 100% dos pacientes não faziam.

Os aspectos emocionais antes e após a confecção do estoma estão apresentados na **Tabela 7**.

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos aspectos emocionais antes e após a estomia (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.

Aspectos emocionais	Antes				Após			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Solidão	14	23,3	46	76,7	18	30	42	70
Desprezo	8	13,3	52	86,7	8	13,3	52	86,7
Choro fácil	17	28,3	43	71,7	25	41,7	35	58,3
Dependência	8	13,3	52	86,7	30	50	30	50

Observa-se na Tabela 7 que o aspecto emocional choro fácil está entre 25 (41,7%) dos indivíduos estomizados, já o aspecto dependência evidenciou que, após a confecção do estoma, 30 (50%), necessitam de alguém para as atividades diárias.

Questionados sobre se receberam ajuda quando foram estomizados, do total de 60 pacientes, 100% relataram ter recebido ajuda dos familiares e demais pessoas. A **Tabela 8** apresenta a relação de pessoas que ajudaram na estomização.

Tabela 8: Distribuição das frequências absolutas e relativas com relação a ajuda recebida quando foram estomizados (n=60). Botucatu, SP, Brasil 2015.

Ajuda recebida	N	%
Família	60	100
Amigos	5	8,3
Outro estomizado	4	6,7
Vizinho	4	6,7
Assistente Social	3	5
Médico	12	20
Enfermeiro	19	31,7
Psicólogo	2	3,3
Outro	1	1,7

Nota: Houve mais de uma resposta por entrevistado

A respeito das complicações com o estoma do total de 60 pacientes, 33 (55%) indivíduos apresentaram complicações. Dentre elas, 12 (36,3%) indivíduos apresentaram hérnias periestomal, 7 (21,2%) tiveram dermatites irritativas, 5 (15,1%) prolapsos, 2 (6%) sangramento, 2 (6%) fístulas de crescimento tumoral, 2 (6%) estenose, 1 (3%) isquemia, 1 (3%) retração estomal e 1 (3%) sepse estomal.

Quando abordados se receberam orientações sobre o estoma no pós-operatório, 58 (96,7%) indivíduos relataram ter recebido orientações, destes, 56 (93,3%) indivíduos receberam orientações da enfermaria da gastrocirurgia e do ambulatório especializado, pertencentes ao Hospital das Clínicas, e 2 (3,3%) indivíduos receberam do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú, e 2 (3,3%) indivíduos estomizados relataram não ter recebido nenhuma orientação no pós-operatório.

5.2.4 Aspectos nutricionais

Com relação à restrição alimentar, 16 (26,7%) citaram necessitar de alimentação restrita. Entre os alimentos restritos estão às leguminosas, hortaliças, refrigerantes, doces, carne vermelha, derivados do leite e alimentos hipergordurosos, principalmente nos indivíduos que são ileostomizados, devido às características dos efluentes.

Quanto à ingesta hídrica, ou seja, a quantidade de água que os indivíduos consomem por dia, 30 (50%) indivíduos ingerem de 1 a 2 litros de água por dia e 18 (30%) ingerem menos de 1 litro de água por dia. Foi observado que nos pacientes ileostomizados, 12 (20%) ingerem mais de 2 litros de água por dia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵³, o índice massa corpórea (IMC) é considerado um bom indicador, mas não está totalmente correlacionado com a gordura corporal. Para classificar os pacientes do estudo baseou-se na classificação do IMC da OMS.

Portanto, 5 (8,3%) indivíduos estão no que se considera baixo peso (< 18,5 kg/m²), 29 (48,3%) estão no peso normal (18,5 – 24,9 kg/m²), 17 (28,3%) estão no pré-obeso (25,0 – 29,9 kg/m²), 6 (10%) indivíduos estão no que se considera Obeso I (30,0 – 34,9 kg/m²), 2(3,3%) estão Obeso II (35,0 – 39,9 kg/m²) e 1(1,7%) está no Obeso III (≥ 40,0 kg/m²)⁵³.

5.2.5 Aspectos legais

Quando indagados acerca do conhecimento sobre os direitos legais do indivíduo estomizado, com a condição de portadores de necessidades especiais e ter pela portaria nº 400/2009⁵⁰ seus direitos para o acesso aos dispositivos e adjuvantes, constatamos que 12 (20%) pacientes conhecem seus direitos.

Relacionado ao número de dispositivos coletores mais utilizados, 14 (23,3%) pacientes utilizam o dispositivo de 1 peça drenável, o de até 64 milímetros (mm) de diâmetro, ou seja, o dispositivo é recortável e o indivíduo recorta de acordo com o tamanho do seu estoma, seguidos de 11 (18,3%) pacientes com bolsas de 1 peça de até 32 mm. Os demais pacientes variou de 25 mm a 102 mm de diâmetro.

Na questão sobre a quantidade de dispositivos coletores entregues pelos municípios ser suficiente, 48 (80%) pacientes relataram ser satisfatória.

5.3 Qualidade de vida

Para avaliar a QV, utilizou-se o instrumento WHOQOL-bref, que foi criado no pressuposto que a QV é uma construção subjetiva (percepção individual). Na **Tabela 9** estão expressos os escores de QV por domínios.

Tabela 9 - Pontuação do WHOQOL-bref por domínios, n=60. Botucatu, SP, Brasil 2015

Domínios da Qualidade de Vida	Mínimo	Máximo	Mediano
Físico	7,1	96,4	67,8
Psicológico	8,3	100	70,8
Social	33,3	100	66,6
Meio Ambiente	25	100	62,5

As questões 1 e 2, de avaliação global da QV do instrumento do WHOQOL-bref, foram avaliadas em separado.

Na questão **como você avaliaria sua qualidade de vida**, 28 (46,7%) pacientes avaliaram como boa, 15 (25%) como nem boa nem ruim, 11 (18,3%) como muito boa, 5 (8,3%) como ruim e 1 (1,7%) avaliou como muito ruim.

Na questão **quão satisfeito você está com a sua saúde**, 37 (61,7%) pacientes disseram estar satisfeitos, 10 (16,7%) muito satisfeitos, 9 (15%) nem satisfeitos nem insatisfeitos, 3 (5%) insatisfeitos e 1 (1,7%) estar muito insatisfeito.

5.4 Associações dos domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra

Para a correlação dos domínios da QV foi utilizado o modelo de regressão que permite relacionar o comportamento de uma variável com a outra. ~~Neste estudo o modelo de regressão mostrou algumas associações~~ e para refinar essas correlações, foi utilizado o método de seleção Backward, ou seja, um método de seleção capaz de identificar as associações mais significativas do estudo⁵⁴.

5.4.1 Domínio físico e variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra

As associações do domínio físico com as variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas estão apresentadas na **Tabela 10**.

Tabela 10 – Associação do domínio físico do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	ep	p	IC95%	
Sociodemografia					
Idade (anos)	0,00	0,04	0,978	-0,07	0,08
Homens	1,45	1,04	0,171	-0,65	3,54
Branco	4,69	1,99	0,023	-8,69	-0,68
Vive com companheiro	0,61	0,99	0,539	-1,38	2,60
No mínimo ensino médio (Ref = Até fundamental)	1,18	1,28	0,360	-1,39	3,76
Aposentado	0,38	1,14	0,740	-1,91	2,67
Mais que 4 salários mínimos (Ref = Até 3 sm)	0,40	1,36	0,770	-3,12	2,32
Número de pessoas na residência	0,52	0,35	0,145	-1,24	0,19
Aspectos Nutricionais					
IMC elevado (Kg/m ²)	0,13	0,08	0,102	-0,28	0,03
Tem restrição alimentar	1,63	1,03	0,119	-3,69	0,43
Ingestão hídrica	1,35	0,64	0,038	0,08	2,63
Características Clínicas					
Tempo de estomia (anos)	0,05	0,09	0,572	-0,13	0,24
Tipo de derivação	0,36	0,56	0,524	-0,76	1,48
Derivação temporária (Ref=definitiva)	0,57	1,25	0,650	-3,08	1,94
Tipo de dispositivo	0,88	1,32	0,505	-1,75	3,52
Troca entre 3 a 4 dias (Ref=Até 2 dias)	1,03	1,01	0,310	-0,99	3,06
Diâmetro do dispositivo	0,00	0,03	0,866	-0,05	0,06
Agravos crônicos					
Diabetes	2,75	1,14	0,020	-5,04	-0,45
Hipertensão	0,65	0,95	0,495	-2,56	1,26
Tabagismo	1,11	1,52	0,466	-1,93	4,16
Alcoolismo	3,53	1,80	0,055	-7,15	0,09
Condição clínica					
Faz seguimento médico regularmente	4,10	1,42	0,006	1,24	6,96
Aspectos Legais					
Acha suficiente a quantidade de dispositivos fornecidos	0,20	1,19	0,866	-2,58	2,17
Conhece os direitos	1,40	1,19	0,242	-0,97	3,78
Aspectos fisiológicos após estomia					
Tem Insônia	0,51	0,96	0,601	-2,43	1,42
Anda a pé	1,34	0,92	0,152	-0,51	3,18
Anda de bicicleta	2,88	1,92	0,140	-0,98	6,74
Dança	4,87	4,03	0,233	12,96	3,22
Aspectos psicossociais após estomia					
Ter atividade sexual	2,60	1,20	0,035	0,19	5,00
Visitar amigos	0,42	1,09	0,699	-1,76	2,60
Participar de atividade religiosa	1,56	0,99	0,121	-0,42	3,54
Sentir solidão	0,00	1,11	0,999	-2,23	2,23
Sentir desprezo	0,94	0,92	0,312	-0,90	2,78
Chorar fácil	0,19	0,83	0,816	-1,86	1,47
Sentir dependência	2,52	1,08	0,024	-4,69	-0,34
Ter dificuldade no autocuidado com a estomia	0,79	1,25	0,528	-1,71	3,29
Ter dificuldade no autocuidado com a bolsa	0,43	1,27	0,738	-2,99	2,13
Complicações e recebeu ajuda					
Apresentou complicações com estoma	1,60	1,00	0,118	-3,61	0,42
Recebeu orientação	0,23	2,74	0,932	-5,27	5,74

Todas as variáveis foram submetidas ao cruzamento com a QV do domínio físico, porém somente as variáveis, raça branca, ingestão hídrica, os agravos crônicos como a diabetes mellitus e alcoolismo; seguimento médico regular, atividade sexual após estomia e aspecto emocional de dependência após estomia obtiveram um p-valor < 0,10, ou seja, essas variáveis interferem na QV dos pacientes estomizados.

Ao aplicar método de seleção Backward houve a associação mais significativa do domínio físico com as variáveis diabetes mellitus ($p = 0,021$), seguimento médico regular ($p = 0,007$) e o aspecto emocional de dependência após estomia ($p = 0,016$), expressos na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio físico. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	ep	p	IC95%	
Constante	11,64	1,38	0,000	8,88	14,41
Diabetes Mellitus	-2,44	1,03	0,021	-4,50	-0,38
Fez seguimento médico regularmente	3,79	1,35	0,007	1,09	6,49
Sente dependência pós estomia	-1,82	0,73	0,016	-3,28	-0,36
Backward (5passos) pSW=0.584					
R2=30%					

5.4.2 Domínio psicológico e variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra

As associações do domínio psicológico com as variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas estão apresentadas na **Tabela 12**.

Tabela 12 - Associação do domínio psicológico do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	ep	p	IC95%	
Sociodemografia					
Idade (anos)	0,01	0,03	0,659	0,05	0,07
Homens	1,63	0,84	0,058	0,06	3,32
Branco	3,04	1,61	0,064	6,27	0,19
Vive com companheiro	0,78	0,80	0,334	0,83	2,38
No mínimo ensino médio (Ref = Até fundamental)	2,00	1,03	0,058	0,07	4,07
Aposentado	0,06	0,92	0,952	1,79	1,90
Mais que 4 salários mínimos (Ref = Até 3 sm)	0,70	1,09	0,526	2,89	1,50
Número de pessoas na residência	0,21	0,29	0,460	0,79	0,36
Aspectos Nutricionais					
IMC elevado (Kg/m ²)	0,11	0,06	0,077	0,23	0,01
Tem restrição alimentar	0,84	0,82	0,313	2,48	0,81
Ingestão hídrica	1,41	0,51	0,007	0,39	2,43
Características clínicas					
Tempo de estomia (anos)	0,06	0,08	0,465	0,10	0,21
Tipo de derivação	0,45	0,45	0,321	0,45	1,36
Derivação temporária (Ref = definitiva)	0,31	1,01	0,760	2,34	1,72
Tipo de dispositivo	1,10	1,07	0,308	1,04	3,23
Troca entre 3 a 4 dias (Ref = Até 2 dias)	0,23	0,82	0,783	1,41	1,87
Diâmetro do dispositivo	0,00	0,02	0,909	0,04	0,05
Agravos crônicos					
Diabetes Mellitus	1,70	0,97	0,085	3,66	0,25
Hipertensão	1,58	0,81	0,056	3,20	0,04
Tabagismo	0,98	1,29	0,452	1,61	3,56
Alcoolismo	1,30	1,53	0,401	4,37	1,78
Condição Clínica					
Faz seguimento médico regularmente	2,78	1,21	0,026	0,35	5,21
Aspectos Legais					
Acha suficiente a quantidade de dispositivos fornecidos	0,71	0,96	0,459	2,63	1,20
Conhece os direitos	1,45	0,96	0,136	0,47	3,36
Aspectos fisiológicos após estomia					
Tem Insônia	0,46	0,75	0,538	1,97	1,04
Anda a pé	0,56	0,72	0,437	0,88	2,00
Anda de bicicleta	1,55	1,50	0,305	4,56	1,46
Dança	0,26	3,14	0,934	6,05	6,57
Aspectos psicossociais após estomia					
Ter atividade sexual	1,62	0,93	0,089	0,26	3,49
Visitar amigos	2,59	0,85	0,004	0,89	4,29
Participar de atividade religiosa	0,51	0,77	0,511	1,04	2,05
Sentir solidão	1,37	0,92	0,143	3,23	0,48
Sentir desprezo	1,05	0,76	0,175	0,48	2,58
Chorar fácil	0,18	0,69	0,801	1,21	1,56
Sentir dependência	2,10	0,90	0,024	3,90	-0,29
Ter dificuldade no autocuidado com a estomia	0,47	1,04	0,655	1,62	2,55
Ter dificuldade no autocuidado com a bolsa	0,65	1,06	0,541	2,78	1,48
Complicações e recebeu ajuda					
Apresentou complicações com estoma	0,36	0,83	0,664	2,04	1,31
Recebeu orientação	0,39	2,28	0,866	4,96	4,19

Todas as variáveis foram submetidas ao cruzamento com a QV do domínio psicológico, porém somente as variáveis, sexo masculino, a escolaridade até o ensino médio, o IMC mais elevado, a ingestão hídrica elevada, os agravos crônicos a diabetes mellitus e hipertensão, o seguimento médico regular, os aspectos psicossociais após estomia (atividade sexual e visitar amigos) e o aspecto emocional de dependência obtiveram um p-valor < 0,10, ou seja, essas variáveis interferem na QV dos pacientes estomizados.

Ao aplicar método de seleção Backward houve a associação mais significativa do domínio psicológico com as variáveis, seguimento médico regular ($p = 0,062$), atividade sexual pós estomia ($p = 0,035$) e visita amigos pós estomia ($p = 0,000$), conforme mostra a **Tabela 13**.

Tabela 13 - Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0.10$) ao domínio psicológico. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	B	ep	p	IC95%	
(Constant)	11,58	0,99	0,000	9,59	13,57
Fez seguimento médico regularmente	2,03	1,07	0,062	0,10	4,17
Ter atividade sexual após	1,76	0,81	0,035	0,13	3,40
Visitar amigos após	2,52	0,66	0,000	1,19	3,84
Backward (8 passos) pSW=0.939					
R2= 42%					

5.4.3 Domínio social e variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra

As associações do domínio social com as variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas estão apresentadas na **Tabela 14**.

Tabela 14 - Associação do domínio social do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	ep	p	IC95%	
Sociodemografia					
Idade (anos)	0,00	0,03	0,955	0,05	0,06
Homens	0,74	0,75	0,332	0,77	2,25
Branco	0,85	1,44	0,555	3,74	2,03
Vive com companheiro	0,47	0,72	0,515	1,91	0,97
No mínimo ensino médio (Ref= Até fundamental)	1,52	0,93	0,106	0,34	3,38
Aposentado	0,03	0,82	0,968	1,62	1,68
Mais que 4 salários mínimos (Ref= Até 3 sm)	1,12	0,98	0,260	0,85	3,08
Número de pessoas na residência	0,36	0,26	0,160	0,88	0,15
Aspectos Nutricionais					
IMC elevado (Kg/m ²)	0,11	0,06	0,063	0,22	0,01
Tem restrição alimentar	0,72	0,76	0,346	2,23	0,80
Ingestão hídrica elevada	0,34	0,47	0,467	0,59	1,28
Características Clínicas					
Tempo de estomia (anos)	0,07	0,06	0,276	0,20	0,06
Tipo de derivação	0,41	0,38	0,289	0,36	1,18
Derivação temporária (Ref=definitiva)	1,29	0,86	0,138	0,43	3,02
Tipo de dispositivo	1,18	0,90	0,197	0,63	2,99
Troca entre 3 a 4 dias (Ref=Até 2 dias)	0,08	0,69	0,908	1,47	1,31
Diâmetro do dispositivo	0,01	0,02	0,623	0,05	0,03
Agravos crônicos					
Diabetes Mellitus	0,89	0,92	0,337	2,72	0,95
Hipertensão	0,26	0,76	0,737	1,79	1,27
Tabagismo	0,89	1,21	0,468	1,55	3,32
Alcoolismo	0,03	1,44	0,981	2,93	2,86
Condições clínicas					
Faz seguimento médico regularmente	1,94	1,14	0,095	0,35	4,23
Aspectos Legais					
Acha suficiente a quantidade de dispositivos fornecidos	0,69	0,83	0,410	2,36	0,98
Conhece os direitos	1,22	0,83	0,147	0,44	2,89
Aspectos fisiológicos após estomia					
Tem Insônia	1,11	0,67	0,105	2,45	0,24
Anda a pé	0,62	0,64	0,336	0,66	1,91
Anda de bicicleta	1,87	1,34	0,169	4,56	0,82
Dança	1,27	2,81	0,652	4,37	6,91
Aspectos psicossociais após estomia					
Ter atividade sexual	1,35	0,83	0,111	0,32	3,03
Visitar amigos	1,82	0,76	0,020	0,30	3,34
Participar de atividade religiosa	0,29	0,69	0,676	1,09	1,67
Sentir solidão	1,32	0,74	0,080	2,81	0,16
Sentir desprezo	0,32	0,61	0,603	0,91	1,55
Chorar fácil	0,58	0,55	0,305	0,54	1,69
Sentir dependência	1,53	0,72	0,039	2,98	- 0,08
Ter dificuldade no autocuidado com a estomia	0,72	0,83	0,392	0,95	2,39
Ter dificuldade no autocuidado com a bolsa	0,41	0,85	0,629	1,29	2,12
Complicações e recebeu ajuda					
Apresentou complicações com estoma	0,37	0,67	0,583	1,71	0,97
Recebeu orientação	2,71	1,83	0,145	0,97	6,38

Todas as variáveis foram submetidas ao cruzamento com a QV do domínio social, porém somente as variáveis IMC elevado, seguimento médico regular, visitar amigos e os aspectos emocionais como solidão e dependência, após estomia, obtiveram um p-valor < 0,10, ou seja, essas variáveis interferem na QV dos pacientes estomizados.

Ao aplicar método de seleção Backward houve a associação mais significativa do domínio social com as variáveis visitar amigos após estomia ($p = 0,007$), sente dependência após estomia ($p = 0,032$), conforme **Tabela 15**.

Tabela 15 - Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0,10$) ao domínio psicológico. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	B	ep	p	IC95%	
Constante	14,51	0,54	0,000	13,42	15,60
Visita amigos pós estomia	1,77	0,63	0,007	0,50	3,04
Sente dependência pós estomia	-1,22	0,56	0,032	-2,33	-0,11

Backward (5passos) pSW=0.043
R2=22%

5.4.4 Domínio ambiental e variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.

As associações do domínio ambiental com as variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas estão apresentadas na **Tabela 16**.

Tabela 16 - Associação do domínio ambiental do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	ep	p	IC95%	
Sociodemografia					
Idade (anos)	0,02	0,02	0,470	-0,06	0,03
Homens	0,23	0,63	0,720	-1,50	1,04
Branco	2,61	1,21	0,035	-5,04	-0,18
Vive com companheiro	1,31	0,60	0,034	0,10	2,51
No mínimo ensino médio (Ref=Até fundamental)	0,32	0,78	0,682	-1,24	1,88
Aposentado	0,53	0,69	0,447	-0,86	1,92
Mais que 4 salários mínimos (Ref= Até3 sm)	1,31	0,82	0,116	-0,34	2,96
Número de pessoas na residência	0,23	0,21	0,297	-0,66	0,20
Aspectos nutricionais					
IMC elevado (Kg/m ²)	0,09	0,05	0,081	-0,18	0,01
Tem restrição alimentar	0,13	0,66	0,847	-1,45	1,20
Ingestão hídrica	0,60	0,41	0,145	-0,22	1,42
Características Clínicas					
Tempo de estomia (anos)	0,03	0,06	0,642	-0,14	0,09
Tipo de derivação	0,13	0,34	0,708	-0,55	0,80
Derivação temporária (Ref=definitiva)	0,02	0,75	0,978	-1,49	1,54
Tipo de dispositivo	0,99	0,79	0,220	-0,61	2,58
Troca entre 3 a 4 dias (Ref=Até 2 dias)	0,85	0,61	0,170	-0,37	2,07
Diâmetro do dispositivo	0,02	0,02	0,160	-0,01	0,06
Agravos crônicos					
Diabetes Mellitus	0,56	0,76	0,469	-2,09	0,98
Hipertensão	0,93	0,64	0,148	-2,21	0,34
Tabagismo	1,99	1,01	0,056	-0,05	4,02
Alcoolismo	0,38	1,21	0,755	-2,80	2,04
Condição Clínica					
Fez segmento médico regularmente	1,62	0,95	0,095	-0,29	3,53
Aspectos Legais					
Acha suficiente a quantidade de dispositivos fornecidos	0,90	0,70	0,204	-2,31	0,50
Conhece os direitos	1,90	0,70	0,009	0,50	3,31
Aspectos Fisiológicos após estomia					
Tem Insônia	0,09	0,64	0,889	-1,20	1,38
Anda a pé	0,48	0,61	0,436	-0,75	1,72
Anda de bicicleta	0,55	1,29	0,669	-2,03	3,13
Dança	-2,71	2,70	0,320	-8,12	2,70
Aspectos Psicossociais após estomia					
Ter atividade sexual	1,61	0,80	0,049	0,01	3,22
Visitar amigos	0,35	0,73	0,635	-1,11	1,81
Participar de atividade religiosa	1,01	0,66	0,132	-0,31	2,33
Sentir solidão	0,19	0,71	0,792	-1,25	1,63
Sentir desprezo	0,04	0,59	0,946	-1,15	1,23
Chorar fácil	0,76	0,54	0,164	-0,32	1,83
Sentir dependência	-1,88	0,70	0,009	-3,28	-0,48
Ter dificuldade no autocuidado com a estomia	0,29	0,80	0,717	-1,32	1,91
Ter dificuldade no autocuidado com a bolsa	-0,75	0,82	0,368	-2,39	0,90
Complicações e recebeu ajuda					
Apresentou complicações com estoma	0,06	0,65	0,922	-1,24	1,36
Recebeu orientação	0,67	1,77	0,708	-2,88	4,21

Todas as variáveis foram submetidas ao cruzamento com a QV do domínio ambiental, porém nas variáveis sexo masculino, raça branca, IMC elevado, o agravo crônico tabagismo, seguimento médico regular, conhecimento sobre os direitos do estomizado, atividade sexual após estomia e o aspecto emocional de dependência após estomia, em que obtiveram um p-valor < 0,10, ou seja, essas variáveis interferem na QV dos pacientes estomizados.

Ao aplicar método de seleção Backward houve a associação mais significativa do domínio ambiental com as variáveis IMC elevado ($p = 0,009$), conhecimento sobre os direitos ($p = 0,001$) e o aspecto emocional de dependência ($p = 0,027$), expressos na **Tabela 17**.

Tabela 17 - Associação ajustada a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas que mais se associaram ($p < 0.10$) ao domínio ambiental. Botucatu, SP, Brasil 2015

Variável	β	Ep	p	IC95%	
Constante	16,88	1,07	0,000	14,73	19,02
>IMC	-0,12	0,04	0,009	-0,21	-0,03
Conhece os direitos	2,30	0,67	0,001	0,96	3,63
Sente dependência	-1,05	0,46	0,027	-1,97	-0,12

Backward (6passos) pSW=0.132
R2=25%

5.5 Cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado

Essa cartilha foi elaborada como produto desta investigação e tem por finalidade esclarecer e orientar os pacientes e familiares quanto aos direitos legais. A construção desta cartilha justifica-se pela observação de que 80% dos portadores de estoma não têm conhecimento prévio dos aspectos legais.

Os temas abordados na cartilha foram a descrição do estoma e suas causas, o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção a saúde e as diretrizes legais que subsidiam a assistência do indivíduo estomizado,

A aquisição deste conhecimento poderá contribuir para a melhora na QV, uma vez que esse indivíduo sofre mudanças na sua vida diária e precisará de recursos de várias ordens para ter melhor QV.



CARTILHA DOS DIREITOS LEGAIS DO INDIVÍDUO ESTOMIZADO



ÍNDICE

1 - DESCRIÇÃO DOS ESTOMAS E SUAS CAUSAS	82
1.1 Você sabe o que é um estoma intestinal?	82
1.2 Causas do estoma intestinal	82
2 - FLUXO DE ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO ESTOMIZADO	83
2.1 O atendimento ao indivíduo setorizado	83
2.2 Serviços de atendimento ao indivíduo estomizado	83
2.2.1 Atenção Primária	83
2.2.2 Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I	84
2.2.3 Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II	84
2.3 Quais são os profissionais de saúde que podem atender o indivíduo estomizado?	84
2.4 Você sabia que Botucatu tem um ambulatório para atender os indivíduos estomizados?	84
2.5 Quais são os objetivos do Núcleo de Assistência ao Ostomizado?	85
3- DIREITOS LEGAIS	86
3.1 Você sabia que existem leis para os indivíduos estomizados?	86
REFERÊNCIAS	90

1 – DESCRIÇÃO DO ESTOMA E SUAS CAUSAS

1.1 Você sabe o que é um estoma intestinal?

Estoma intestinal é uma abertura no abdome em uma parte do intestino que podem ser as colostomias que atinge o intestino grosso ou as ileostomias que atinge o intestino delgado, que desviará as fezes para uma bolsa coletora que fica presa ao abdome, podendo permanecer no indivíduo por um período, geralmente estabelecido pelo médico ou para sempre na vida desse indivíduo.

Pode ser dito como sinônimo o termo estomia e ostomia e estomizado e ostomizado.

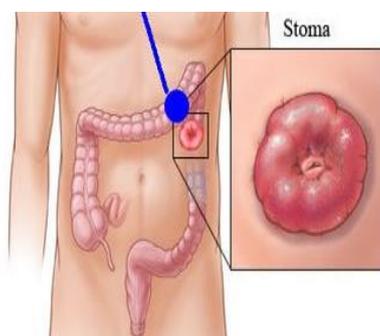


Figura 1 - Local da confecção do estoma

1.2 Causas do estoma intestinal

As causas mais comuns são: o câncer do intestino, ferimentos por arma de fogo (revólver) ou arma branca (faca), as doenças inflamatórias crônicas intestinais, polipose adenomatose familiar, infecções perianais graves e diverticulites, dentre outras causas.

O câncer do intestino é o maior reponsável pela necessidade de um estoma, no mundo todo, tornando um grande problema de saúde pública.

2- FLUXO DE ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO ESTOMIZADO

2.1 O atendimento ao indivíduo estomizado

Para organizar o atendimento aos indivíduos estomizados alguns itens são necessários como:

- ✓ Cadastrar o indivíduo com estoma na rede de saúde do município.
- ✓ Organizar ações em postos de saúde.
- ✓ Realizar uma assistência adequada para a possível reversão, ou seja, sem a presença do estoma.
- ✓ Ensinar os indivíduos estomizados a manusear o estoma e a trocarem a bolsa coletora.
- ✓ Acompanhar esses indivíduos regularmente.
- ✓ Promover educação continuada nos postos de saúde e nos hospitais.

O atendimento ao indivíduo estomizado pode ser realizado em três níveis em Atenção Primária, Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I e II.

2.2 Serviços de atendimento ao indivíduo estomizado

2.2.1 Atenção Primária

São ações voltadas para o autocuidado, ou seja, o próprio indivíduo consegue ser independente para cuidar de seu estoma e na prevenção de complicações nos estomas, realizada nas unidades básicas de saúde.

As complicações mais comuns são: sangramento, retração do estoma (queda), infecção, estenose (diminuição do estoma), prolapso, hérnia periestomal, dermatites de pele e varizes.

2.2.2 Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I

São ações voltadas na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nos estomas e fornecimento de equipamentos coletores de proteção e segurança.

2.2.3 Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II

São ações especializadas e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma buscando sua reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento das complicações nas estomias, capacitação.

2.3 Quais são os profissionais de saúde que podem atender o indivíduo estomizado?

Existem profissionais de saúde à disposição dos indivíduos estomizados como os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, para orientar a respeito aos cuidados com o estoma e à sua vida.

2.4 Você sabia que Botucatu tem um ambulatório para atender os indivíduos estomizados?

Existe desde 1994 um Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO) que é um serviço ambulatorial especializado, presta assistência **Atenção às Pessoas Ostomizadas II**, localizado no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Hoje o NAO atende 13 municípios conhecido como Região do Pólo Cuesta composto por: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu e Rubião Junior, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Aparecida de São Manuel e Torre de Pedra.

Todos os pacientes são cadastrados no serviço e tem Prontuário Eletrônico do Paciente na Instituição. A assistência no ambulatório é realizada às sextas-feiras no Bloco II, das 13 às 17 horas e em todas as consultas de Enfermagem, as avaliações e condutas são registradas

Todas as pessoas vindas destes municípios podem ser atendidas neste ambulatório para avaliação e acompanhamento, independente do encaminhamento realizado por serviços público ou privado.

A partir de 2013, o NAO é responsável apenas por consultas de enfermagem/nutrição e retornos periódicos ao indivíduo estomizado e à família. Os dispositivos e adjuvantes são entregues nas secretarias de saúde de cada município.

2.5 Quais são os objetivos do Núcleo de Assistência ao Ostomizado?

1. Para dar uma assistência humanizada aos indivíduos portadores de estomas e as famílias, visando a sua reintegração à sociedade.
2. Atender os 13 municípios e demais pertencentes a DRS VI, composta por 68 municípios quando solicitado. Pode também atender outros municípios além dos citados, por ser o Hospital das Clínicas referência.
3. Integrar as assistências dos postos de saúde e dos hospitais, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, cumprindo as principais orientações do Sistema Único de Saúde.
4. Promover a extensão dos serviços da Universidade à comunidade por meio da formação acadêmica, constituindo o NAO em campo de ensino e pesquisa às profissionais de saúde.
5. Realizar consulta de enfermagem, avaliando as condições de saúde do indivíduo estomizado.
6. Prescrever os dispositivos e adjuvantes adequados ao indivíduo estomizado.

Dispositivos são as bolsas coletoras para a saída das fezes
Adjuvantes são produtos que auxiliam no cuidado com a pele e com o estoma



Figura 2 – Adjuvante



Figura 3 – Bolsa coletora

Figura 2 – <http://www.coloplast.com.br/Produtos/Bolsas-e-acessorios-para-estomias/>

Figura 3 – <http://www.coloplast.com.br/>

3- DIREITOS LEGAIS

3.1 Você sabia que existem leis para os indivíduos estomizados?

Decreto nº 3.298 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

- ✓ Art. 2º - Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos:



- ✓ Art. 4º - É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:



- ✓ Art. 19º - Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social.
- ✓ Parágrafo único. São ajudas técnicas:
 - **“IX - bolsas coletoras para os portadores de ostomia”.**

**VOCÊ SABIA QUE O INDIVÍDUO ESTOMIZADO TEM DIREITO AS
BOLSAS COLETORAS E ADJUVANTES GRATUITAMENTE?**

Lei nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica.

- ✓ *“Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.”*

A deficiência física é definida como uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano acarretando o comprometimento da função física, em destaque a **ostomia**. Os benefícios que os portadores de deficiência têm por direito são:

- ✓ Assentos de uso preferencial sinalizados;
- ✓ Espaços e instalações acessíveis;
- ✓ A acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, classificados em urbano, metropolitano, intermunicipal e interestadual é disponibilizado para o indivíduo estomizado;
- ✓ Banheiro adaptado



Figura 4 - Ilustração de sanitário adequado para indivíduos estomizados. ABRASO

Portaria nº 400/2009, reconhece que os serviços de saúde devem oferecer:

- ✓ Estrutura especializada;
- ✓ Área física adequada;
- ✓ Recursos materiais específicos;
- ✓ Profissionais capacitados;

Recomendações (Guideline) importantes para o indivíduo que será estomizado.

O indivíduo que será submetido a uma cirurgia para a confecção de um estoma, tem alguns direitos, como:

- ✓ A demarcação do local no pré-operatório, ou seja, antes de ir para a cirurgia para confecção de um estoma;
- ✓ Orientações pré-operatórias juntamente com a família;
- ✓ Identificação de complicações com o estoma e com a pele;
- ✓ Planejamento de cuidados para a melhora da QV;
- ✓ Auxílio de uma equipe de saúde especializada;
- ✓ E esclarecimentos de dúvidas que venha a surgir.

Lei nº 12.738 de novembro de 2012, torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos **PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, ou seja, os hospitais particulares.

Lei nº 13.031 de setembro de 2014, dispõe a **OBRIGATORIEDADE** da colocação de forma visível do símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada em todos os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização por essas pessoas, principalmente no acesso aos banheiros públicos e/ou privados.



Figura 5 - Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada

Lei nº 11.506 de 2007, estabelece que o dia **16 de Novembro** o Dia **Nacional dos Ostomizados** e o dia 2 de Outubro o Dia **Mundial do Ostomizados**.



Figura 6 – Dia Nacional do Estomizado

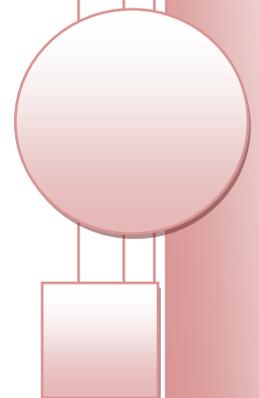
Figura 5 – http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.html

Figura 6 – <http://www.abraso.org.br/dianacionalostomizados.html>

REFERÊNCIAS

- ✓ Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu; 2015.
- ✓ Santos VLCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. Rev Estima. 2007; 5(1):31-8.
- ✓ Belato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto Contexto Enferm. 2006;15(2):334-42.
- ✓ Pavan ECP. Condutas terapêuticas à pessoa com ostomia intestinal em um Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2008.
- ✓ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso 13 Mar 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html
- ✓ Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. [acesso 07 Set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm
- ✓ Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso 07 Set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
- ✓ Wcet Internacional Ostomy Guideline recommendations. WCET Journal. v. (34) nº 2. April/june 2014
- ✓ Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Decreto nº 12.738 de 30 de novembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso 07 Set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm

Discussão



6. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a QV dos estomizados, assistidos em serviço especializado, e estudar a associação destes desfechos com as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos mencionados.

6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Diante das características demográficas deste estudo observou-se o predomínio do sexo feminino (51,7%) corroborando com outros estudos na literatura que referem predominância do sexo feminino^{47,55-62}. Esses achados podem se justificar pelo fato das mulheres procurarem assistência médica com menos resistência do que os homens. Segundo autores^{63,64}, vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo aos acidentes de trânsito e às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.

Quanto à idade dos indivíduos estudados, constatou-se o predomínio de pacientes com 61 anos ou mais, encontrado, também, em outros estudos^{60,65}. Isso pode ser atribuído pela incidência das neoplasias ocorrerem em pessoas com idade superior a 40 anos^{57,66}. Somado a isso, existe um aumento da população idosa no mundo, ao mesmo tempo em que ocorre uma diminuição da proporção de grupos mais jovens na sociedade e a expectativa de vida dos brasileiros ser de 73 anos^{65,67}.

Um aspecto importante referente à situação conjugal é o essencial apoio do parceiro/ou parceira para que se desenvolvam atitudes positivas frente à uma situação de doença, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação, facilitando o retorno das atividades de vida diária⁴⁵. Nesse estudo verificou-se que 55% dos indivíduos vivem com companheiros. Este resultado se assemelha a outros estudos^{61,65,66,68}. É importante destacar, que a família é primordial nesta fase, por dois motivos: o enfrentamento da doença e a adaptação à nova condição de vida, auxiliando nos cuidados necessários com o estoma⁶⁰.

O grau de escolaridade encontrada foi, predominantemente, o ensino fundamental (61,7%), indo de encontro com outros estudos^{61,65}. A baixa escolaridade apresentada pelos pacientes acompanhados pelo Núcleo de Assistência ao Ostomizado pode estar relacionada ao fato de serem idosos, que apresentaram menor oportunidade de estudo e, igualmente, ao tipo de serviço que

esses pacientes foram acompanhados, ou seja, serviço ambulatorial de caráter público⁶⁵. Nesse contexto, autores⁵⁷ ressaltam que o grau de instrução é considerado fator preocupante, devido aos esclarecimentos sobre a doença e o tratamento, relacionando-se à adesão dos pacientes ao autocuidado. O conhecimento da escolaridade dos estomizados pelo enfermeiro permite que este se amolde ao nível de entendimento do paciente^{5,45,62}.

Observou-se que o predomínio do baixo nível de escolaridade reflete diretamente na condição financeira dos pacientes⁶⁹⁻⁷¹. Neste estudo, 78,3% dos pacientes tinham renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos e 63,3% destes pacientes eram aposentados. Outros autores^{5,62}, relatam que a baixa escolaridade, bem como a renda familiar estão interligadas, pois remetem à dificuldade do indivíduo estomizado compartilhar seu problema com os profissionais da saúde que farão parte do seu tratamento e cuidado.

Perante a Portaria nº 400/2009⁵⁰, do Ministério da Saúde, o indivíduo estomizado tem direito ao atendimento e ao fornecimento de equipamentos e adjuvantes, desde que a indicação seja realizada pelo médico especializado e o mesmo esteja cadastrado na Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, dentro da área de abrangência de cada regional de saúde. Contudo, os indivíduos estomizados não necessitarão dispensar seu salário para a compra destes, o que se torna uma vantagem, pois a maioria desses indivíduos não retorna ao trabalho.

6.2 Caracterização clínica da amostra

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, as neoplasias vêm ganhando importância no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito e configurando-se como um problema de saúde pública. No entanto o câncer de cólon e reto encontra-se entre os dez primeiros tipos de câncer mais incidentes no Brasil, para ambos os sexos⁷². Sabe-se que o câncer de cólon e reto é o terceiro câncer mais comum entre mulheres e o quarto entre homens. O motivo que levou os indivíduos deste estudo à confecção de um estoma foi o câncer, 61,7%, corroborando com vários outros estudos^{61,65,73-75}. A literatura mostra que, quando a população é mais carente, possui hábitos e costumes que podem potencializar o aparecimento do câncer, sendo também resultado de um serviço, de saúde ineficiente, o que leva a população a procurar este serviço mais tardiamente. Deste modo, não é mais possível a prevenção e detecção precoce, e sim diagnóstico tardio, resultando na confecção de um estoma⁷⁶.

Além dos estomas, os pacientes em questão apresentavam agravos crônicos como a diabetes mellitus, hipertensão, tabagismo e o alcoolismo, ganhando destaque a diabetes Mellitus (20%) e a hipertensão (31,7%), como mostram outros estudos⁷⁷.

A introdução de um estoma na vida de um indivíduo, seja qual for a derivação, pode causar um impacto significativo sobre o bem-estar social⁷⁸⁻⁸¹, alteração da imagem corporal e uma nova percepção de vida³¹. O tipo de derivação predominante nesse estudo foi a colostomia descendente, (53,3%), conforme apontado nos estudos^{65,82}.

Referente ao tempo de permanência da estomia estudada não houve diferença estatística, ou seja, 50% dos indivíduos possuem estomas temporários e 50% definitivos, que contrapõe com outros estudos^{65,74,75,83}, onde relataram que a maioria dos indivíduos possuem derivação permanente. Vale ressaltar que quem possui estomia permanente compreende a necessidade de adaptar-se a ela e quem possui estomia temporária aguarda ansioso a oportunidade de seu fechamento, pois acredita não ser capaz de conviver com ela⁸⁴. Para os autores⁸⁵, essa adaptação ocorre de forma lenta e depende das experiências vivenciadas.

Com relação à presença de insônia antes e após a confecção do estoma, neste

estudo, pôde-se observar um aumento dos indivíduos que referiram a insônia após a estomia (35%). Qualquer alteração no hábito diário do paciente pode alterar o padrão do sono, como a aposentadoria, a insegurança financeira e até mesmo o processo de envelhecimento natural. Isso pode justificar o aumento de insônia, após a estomia, entre os entrevistados, pois precisam conviver com a eliminação intestinal incontrolada, necessitando do uso de bolsas coletoras, além da insegurança pela possibilidade de serem rejeitados ou não na sociedade^{77,86}. Para outros autores^{86,87} o uso da bolsa coletora é a principal causa para a interrupção do sono, refletindo assim na piora da QV. As queixas para interrupção do sono entre homens e mulheres são idênticas, indicando insegurança e medo de extravasamento da bolsa coletora, necessidade de realizar cuidados frequentes e até troca do equipamento. Além disso, há dificuldade para posicionamento de conforto para dormir devido à presença da bolsa e à sensação de incômodo.

Observou-se que todos os pacientes desse estudo realizavam pelo menos uma atividade física antes da estomia, tendo como prevalência “andar a pé” 78,3%. Isso diminuiu após a confecção do estoma, em todas as atividades, corroborando com outros estudos⁶⁰. Para os autores^{74,88}, a reabilitação do estomizado visa reintegrá-los às atividades sociais e melhorar a QV diante da presença de um estoma, seja ele temporário ou definitivo, mas isso é necessário aceitar o estoma e compreender que o mesmo foi realizado a fim de preservar a sua saúde.

Autores⁸⁹⁻⁹¹ destacam a importância da orientação ao paciente estomizado e seu familiar/cuidador, para a realização do autocuidado com segurança em seu domicílio. O ensino do autocuidado deve se iniciar logo após a decisão sobre o procedimento terapêutico a ser realizado. No período pré-operatório, logo após admissão hospitalar, o paciente deve receber as orientações sobre sua futura condição de vida e os cuidados necessários. No pós-operatório imediato e tardio, o paciente deverá esclarecer suas dúvidas, demonstrar suas habilidades e mostrar-se capaz de realizar os cuidados domiciliares ou com ajuda de um familiar/cuidador. No momento da alta, o paciente será encaminhado ao serviço especializado, para um atendimento adequado e fornecimento dos equipamentos necessários à sua nova condição de vida. Diante das dificuldades de adaptação do autocuidado dos pacientes participantes dessa pesquisa, a maioria apresentou “muita” dificuldade de autocuidado com o estoma e com a bolsa, totalizando, 65% e 61,7%, respectivamente. A capacidade para a realização do autocuidado deve ser avaliada

a partir do desenvolvimento de habilidades do paciente e do familiar, a fim de que estes possam ter autonomia e independência para a tomada de decisões sobre os tipos de cuidados, que conseguem assumir no domicílio, bem como identificar a necessidade de auxílio de outras pessoas da família⁹². As informações em vários períodos faz com que o paciente absorva melhor essas informações e isso contribui no pós-operatório tendo uma melhor recuperação e sucesso no autocuidado. É ressaltado que todas as informações pré-operatórias contribuem para o ensino pós-operatório, o qual deve ser contínuo e focado nas dificuldades dos pacientes e seus familiares/cuidadores⁸⁹⁻⁹¹.

A sexualidade é vista pelos indivíduos estomizados como um dos inúmeros desconfortos percebidos durante essa fase da vida. Para os autores⁹³ a alteração nos hábitos sexuais dá-se pela baixa autoestima, sendo um fator desencadeante, também, para o parceiro, pois carecem de mais informações a respeito desse assunto. Dos estomizados deste estudo, 20% mantêm atividade sexual regular. Após a confecção do estoma, a função sexual fica prejudicada, por alterar a imagem corporal do indivíduo e, às vezes se sentem sujos, perdem a libido e, principalmente, têm vergonha do parceiro⁸⁵. “A privação do sexo é tida como uma das fortes causas da depressão”⁹³.

O estoma intestinal não altera somente o sistema biológico, pode alterar também o emocional e o físico do indivíduo, prejudicando sua convivência social. A consequência de um estoma é a presença de um dispositivo aderido ao abdome para coletar seus efluentes, isso gera sentimentos de insegurança e indiferença em relação à sociedade. Para minimizar essas alterações, logo, é preciso mostrar costumes e valores que facilitem sua inclusão social⁴⁵. Neste estudo os aspectos emocionais abordados antes e após a confecção de um estoma foram a solidão, desprezo, choro fácil e dependência, em destaque o “choro fácil” com 28,3% antes da estomia e 25% após a estomia, que corrobora com o estudo⁶⁰. Esse aspecto “choro fácil” está relacionado à presença da bolsa, que é referida pelos indivíduos estomizados, como um único recurso para a sobrevivência⁹².

A fim de abordar a pessoa com colostomia de forma abrangente, entende-se que esta deva ser vista como os outros, dentro de um contexto familiar ao qual pertence e ao qual interaja, por meio de relações interpessoais⁹⁵.

O envolvimento da família no processo, em todos os níveis de atenção, é imprescindível⁹⁶, pois torna uma referência para os profissionais, que lhes permitem

desenvolver planos de cuidados. Nesse sentido, os serviços e profissionais de saúde devem estar preparados e organizados para desafios, pois o cuidado da família é indispensável no processo de doenças crônicas, impactando positivamente na saúde pública⁹⁷.

Além dos familiares, os profissionais da saúde ganham destaque, pois surgem como uma figura de apoio à transição para novas experiências^{98,99}.

Dentro da equipe de saúde, o enfermeiro destaca-se como o articulador desse processo. Os familiares veem a figura desse profissional como a mais próxima, a que interage mais em relação ao cuidado, à educação e apoio contínuo, tanto para os familiares como aos pacientes em adaptação^{27,100,101}. Referente à ajuda recebida, no processo de confecção do estoma, 100% dos pacientes deste estudo obtiveram este requisito no meio familiar, conforme citado em outros estudos, onde os indivíduos estomizados enfatizam essa necessidade e consideram esse fato imprescindível para melhor aceitação da situação⁷⁴. Os indivíduos estomizados recebem as primeiras orientações técnicas dos profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, sobre como realizar a limpeza e a troca da bolsa¹⁰². Conhecer essas orientações é fundamental, pois estimula o indivíduo a praticar o autocuidado e, conseqüentemente, a conquistar sua autonomia^{103,104}.

Quanto às complicações relacionadas ao estoma, estudos mostram que as mesmas estão diretamente relacionadas ao procedimento cirúrgico, ou seja, a maneira como foi confeccionado esse estoma²⁰. Há também fatores que são intrínsecos às condições clínicas do paciente. De forma global, 55% dos estomizados desse estudo apresentaram complicações, destacando as hérnias periestomais, que divergem dos trabalhos^{79,107}, onde as complicações prevalentes foram as dermatites.

Referente ao conhecimento sobre os direitos legais dos estomizados neste estudo, 80% não conhece seus direitos legais, o que contrapõe aos dados de outro estudo¹⁰⁶, onde relata que 53,3% dos estomizados conhecem seus direitos legais como um deficiente físico, o direito de recebimento dos dispositivos coletores e adjuvantes. É fundamental ressaltar a importância de que todos os pacientes e profissionais da saúde tenham conhecimento da portaria nº 400/2009⁵⁰, do Ministério da Saúde, onde garante aos indivíduos estomizados a atenção integral à saúde, por meio de intervenções especializadas, área física adequada e recursos de materiais específicos⁵⁰.

Quanto à quantidade de dispositivos fornecidos no mês, 80% dos indivíduos deste estudo relataram ser suficiente, o que se assemelha ao estudo⁶⁰. Para o autor¹⁰⁷ é fundamental que os profissionais de saúde encaminhem os estomizados ao polo de distribuição de equipamentos coletores. Os pacientes devem estar munidos de um relatório médico ou de um enfermeiro estomaterapeuta ou com expertise para essa prática clínica. Deve constar dados de relato sobre a cirurgia realizada, a CID (Classificação Internacional de Doenças), o tipo de estoma, a permanência e qual o tamanho e protusão do estoma, para que possam usufruir de seus benefícios, pois estes dispositivos são indispensáveis ao atendimento na necessidade de eliminação das pessoas com estoma. Destaca-se que os dispositivos não podem ser considerados “genéricos”, pois há especificações para cada situação clínica e cada indivíduo com suas características.

6.3 Qualidade de vida

A QV envolve muitas variáveis, as quais dificultam o estabelecimento exato dos determinantes para a sua obtenção e manutenção. Fatores como bem-estar, dor, satisfação no trabalho, devem ser considerados, na avaliação da QV do indivíduo estomizado^{30,108-110}.

A avaliação da QV, por meio de domínios específicos, oferece a possibilidade de conhecer quais aspectos falíveis da vida das pessoas ou grupos específicos podem estar sendo afetados e assim percebidos por ela^{111,112}. A confecção de um estoma intestinal, seja qual for a causa, resulta na alteração no corpo físico e um sofrimento quanto ao novo estilo de vida, afetando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e o meio ambiente, que levam ao comprometimento da QV¹¹³.

Em relação à análise global de QV, observa-se que grande parte dos indivíduos estomizados avalia sua QV de maneira positiva, pois a maioria das respostas variou entre boa e muito boa, corroborando com outro estudo¹¹⁴.

Pôde-se observar que a QV dos indivíduos estomizados, avaliada pelo WHOQOL-bref, em todas as dimensões (física, psicológica, relações sociais e meio ambiente) teve comprometimento de leve a moderado, considerando-se os valores mínimo (pior) e máximo (melhor) entre 7,1-100, respectivamente.

No presente estudo, o domínio psicológico apresentou a média mais elevada 70,8. Esse domínio avalia sentimentos positivos e negativos, autoimagem e aparência. Chama a atenção o fato de que embora a autoimagem esteja prejudicada por conta da confecção de um estoma, esse domínio tem uma avaliação melhor, comparada com os outros domínios da QV. De acordo com Costa¹¹⁵, o homem é considerado um ser imprevisível, pois depende de cada indivíduo, e como encara as limitações decorrentes da confecção de um estoma em sua vida.

No domínio físico, os itens principais enfocam a presença de dependência de medicação, atividades da vida cotidiana, sono e repouso, entre outros. Nesse estudo obteve a média de 67,8, considerada uma avaliação “boa”. Para o indivíduo estomizado a QV é caracterizada pelo alcance máximo de bem-estar e autonomia, além do seu retorno para as atividades diárias¹¹⁶.

O domínio social apresentou a média de 66,6, caracterizando neste estudo uma QV “boa”. Esse domínio avalia suporte pessoal, atividade sexual e relações

pessoais. Assim, a convivência em família e entre amigos é fundamental, uma vez que tenham a possibilidade de trocarem informações e se conhecerem, com um objetivo único de melhorar a QV do indivíduo estomizado¹¹⁷.

No domínio meio ambiente a média foi de 62,5. Esse domínio avalia as facetas como segurança, recursos financeiros, oportunidade de adquirir informações e habilidades. Entre os domínios do instrumento Whoqol-bref, o domínio meio ambiente foi o que apresentou menor escore médio. Para os autores¹¹⁸, esse menor escore justifica-se por ser um domínio que compreenda elementos relacionados ao meio ambiente, não estão, necessariamente, relacionados entre si.

6.4 Associação dos domínios da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra

Para correlacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios da QV, neste estudo, utilizou-se o Modelo de Regressão Linear, que permite relacionar o comportamento de uma variável com a outra, ou seja, as que fortemente correlacionaram aos seus respectivos domínios.

As variáveis *diabetes mellitus* e “*sente dependência após estomia*”, quando associadas com o domínio físico, resultou na piora da percepção sobre a QV dos indivíduos estomizados. A *diabetes mellitus* é considerada uma doença crônica, relacionada a vários fatores e demanda expressivamente auxílio dos serviços de saúde e medicamentos, predispondo a morbimortalidade e conseqüentemente piorando a QV dos indivíduos, os quais se encontram nessa situação desfavorável, o que justifica nossos achados^{119,120}.

A variável “*sente dependência após estomia*”, influenciou negativamente nos domínios físico, social e ambiental. Constatou-se que a família é importante na vida do indivíduo estomizado, pois auxilia no processo de reabilitação, portanto pode minimizar ou não as conseqüências advindas da estomia¹²¹. No intuito de cuidar do estomizado, a família pode oferecer uma superproteção¹²², tornando assim o indivíduo dependente e incapaz para exercer qualquer tipo de atividade, prejudicando o autocuidado, resultando em uma piora da QV¹²³. Cabe salientar que o papel da família é o de dar suporte uns aos outros, desenvolvendo o senso de unidade e equilíbrio, pois também encontra-se fragilizada, necessitando de ajuda. Nessa perspectiva de compreensão, precisa ser preparada pelo enfermeiro, uma vez que estará auxiliando o estomizado, diretamente no seu cuidado físico e emocional. Trata-se do preparo para o autocuidado, que deve ocorrer desde o início do tratamento¹²³.

A variável “*faz seguimento médico regularmente*”, afeta positivamente a QV nos domínios físico e psicológico. O conhecimento da Portaria nº 400/2009⁵⁰, favorece esse achado, pois assegura ao indivíduo estomizado um atendimento especializado, de natureza interdisciplinar, desde a prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

No domínio psicológico, as associações significativas foram “*ter atividade*

sexual após a estomia” e *“visitar os amigos após a estomia”* resultaram positivamente, na QV.

A confecção do estoma causa diversos transtornos ao paciente, dentre eles a mudança no aspecto sexual, devido a problemas físicos com o dispositivo coletor, gerando um sentimento de sujeira, vergonha ou medo da não aceitação do parceiro¹²⁴. Nesse quesito a abordagem do profissional de saúde é de extrema importância, pois pode disponibilizar ajuda com objetivo de que o paciente e o parceiro se adaptem-se às novas condições e busquem estratégias de enfrentamento a fim de uma vida sexual ativa e prazerosa¹²⁵. Entende-se que a sexualidade é um aspecto fundamental da vida e que está presente desde o nascimento até a morte, apresentando características próprias em cada período da vida¹²⁶. É considerada uma necessidade humana básica, onde não envolve somente deveres biológicos, mas em contrapartida, um vínculo emocional, inúmeros sentimentos, além de valores sociais e culturais. Ressalta-se que a forma como a sexualidade se manifesta é muito pessoal⁴⁷. Embora a atividade sexual sofra modificações no estomizado, neste estudo, dos 38 pacientes que tinham vida sexual ativa antes da confecção da estomia, 12% destes mantiveram atividade sexual pós estomia. Os pacientes que mantiveram vida sexual ativa foram associados positivamente com o domínio psicológico da QV.

A variável *“visitar os amigos pós estomia”* foi associada aos domínios psicológico e social da QV. Os indivíduos sofrem modificações em seu corpo, impondo seus limites e delimitando sua capacidade. Percebe-se que enfrentam várias perdas, tais como o prazer em realizar atividades que antes da estomia eram valorizadas⁸⁵, ocasionando o isolamento psicológico e social e afetando negativamente as relações interpessoais⁷⁹. Neste estudo mostrou que visitar os amigos pós estomia melhorou a QV nos domínios psicológico e social.

Para Brasil¹²⁷, 1/3 do câncer colorretal (CCR) está intimamente ligada com a obesidade, o excesso do álcool e a ingestão excessiva de carne, principalmente a vermelha. Estudo¹²⁸ prospectivo aponta que existe uma relação forte entre os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) e o elevado risco de desenvolvimento do CCR, ou seja, quanto maior for o IMC maior a probabilidade de adquirir o CCR¹²⁹. Neste estudo a correlação do IMC com o domínio ambiental da QV os indivíduos estomizados apresentaram um IMC elevado, caracterizando a ausência de atividade física e piora da QV.

A variável “*conhece os direitos*”, refletiu positivamente no domínio ambiental da QV. É importante que todos os pacientes estomizados e profissionais da saúde tenham conhecimento acerca da Portaria nº 400/2009⁵⁰. Conhecer os seus direitos facilita a assistência qualificada e o autocuidado.

6.5 Cartilha dos direitos legais do indivíduo estomizado

Um dos objetivos propostos deste estudo foi elaborar uma cartilha com a finalidade de disseminar informações ao indivíduo estomizado. Observou-se, que apenas 20% dos indivíduos estomizados, de um ambulatório especializado, conhecem seus direitos legais.

Segundo os autores¹³⁰, a atividade educativa do enfermeiro com o paciente é considerada antiga e teve origem na Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale, no século XIX.

Com as transformações sócio-culturais ocorridas nas últimas décadas, a atividade educativa do enfermeiro vem se destacando como fundamental para a promoção e manutenção da saúde, obtendo assim, a participação do paciente no tratamento e reabilitação¹³¹.

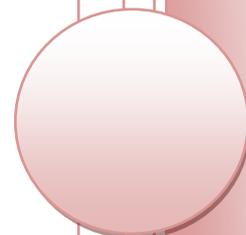
As orientações de enfermagem tem um impacto positivo na QV dos indivíduos estomizados, uma vez que as mesmas estão centradas no contexto sócio-cultural e até mesmo no econômico¹³¹.

Outro aspecto importante sobre as orientações fornecidas pelo enfermeiro são os aspectos legais dos indivíduos estomizados. Segundo os autores¹³² os indivíduos valorizam a amplitude dessas informações, possibilitando seu retorno às de atividades de lazer e sociais, gerando assim uma melhora QV.

Contudo, o enfermeiro tem um papel importante como um educador e deve ter como premissa básica facilitar estratégias de orientação para a saúde e autocuidado, a partir do conhecimento da realidade socioeconômica e psicossocial de cada indivíduo estomizado.

Portanto, a finalidade desta cartilha é proporcionar conhecimento acerca de seus direitos legais e contribuir para que o indivíduo aprenda a conviver com a nova condição, possibilitando uma melhor QV.

Conclusão



7. Conclusão

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

7.1. Identificar as variáveis sociodemográficas de pessoas estomizadas assistidas no Núcleo de Assistência ao Ostomizados (NAO) do Hospital das Clínicas de Botucatu.

- ✓ Os indivíduos estomizados participantes do estudo foram principalmente do sexo feminino (51,7%), com idade acima de 61 anos (60%), procedentes da cidade de Botucatu (53,3%), que vivem com companheiros (55%), têm renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (78,3%), onde o ensino fundamental prevaleceu (61,7%) e são aposentados (63,3%).

7.2. Identificar as variáveis clínicas de pessoas estomizadas.

- ✓ 71,7% dos indivíduos convivem com o estoma em média de 6 anos, o principal motivo da confecção do estoma foi o câncer, com 61,7%, destacam-se as colostomias descendentes, 90% faz seguimento médico regularmente, o exercício físico em destaque foi o “andar a pé” antes (78,3%) e após (46,7%) estomia, apresentaram “muita” dificuldade no autocuidado com a estomia (65%) e com a bolsa (61,7%), 20% apenas mantém atividade sexual, 50% dos indivíduos sentem dependência após a estomia, a família destacou-se com 100% na ajuda recebida e 80% não conhece seus direitos legais.

7.3. Avaliar as variáveis relativas à qualidade de vida de pessoas estomizadas.

- ✓ O domínio da QV em destaque foi o psicológico, com uma média de 70,8.

7.4. Avaliar as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida.

- ✓ As variáveis que se associaram significativamente ao domínio físico da QV foram: a diabetes mellitus, faz seguimento médico regularmente e o sente dependência

após estomia.

- ✓ As variáveis que apresentaram significância associadas ao domínio psicológico da QV foram: faz seguimento médico regularmente, ter atividade sexual após estomia e visitar os amigos após a estomia.
- ✓ As variáveis que apresentaram significância associadas ao domínio social da QV foram: visitar os amigos após estomia e sente dependência após estomia.
- ✓ As variáveis que apresentaram significância associadas ao domínio ambiental da QV foram: IMC elevado, conhece os direitos legais e sente dependência após estomia.

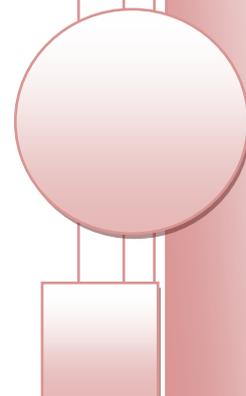
7.5. Elaborar uma cartilha para os pacientes e familiares com a descrição do estoma e suas causas, o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção a saúde e as diretrizes legais que subsidiam a assistência do indivíduo estomizado.

- ✓ A elaboração permitiu a disseminação do conhecimento, acerca dos direitos legais do indivíduo estomizado já que somente 20% tem conhecimento. Estar de posse dessas informações poderá facilitar o acesso aos serviços, seguindo o fluxo e níveis de atenção a saúde e adquirir os dispositivos e adjuvantes para o cuidado diário com estoma, possibilitando melhor QV.

Como fator limitante deste estudo destaca-se a definição da amostra, tendo em vista o fato dela não ser aleatória. Outra limitação importante trata-se do tamanho amostral, uma vez que foi necessário ajustá-lo para o prazo estimado da conclusão deste trabalho. A amostra reduzida permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Como estudos futuros pretende-se a capacitação de profissionais de enfermagem e o treinamento de pessoas leigas para proporcionarem assistência integral e qualificada às pessoas estomizadas no processo de reabilitação.

Portanto, conclui-se que os indivíduos estomizados deste estudo avaliaram a QV de maneira positiva e que com a aquisição de novos conhecimentos dos direitos legais, haverá uma melhora da QV.

Referências



8. Referências

1. Santos VLCCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu; 2015.
2. Martins M, Pereira VC, Silva R, Fangier A. A Enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: Kalinowski CE. Sistema de Educação em Saúde Continuada à distância (SESCAD). Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Associação Brasileira de Estomaterapia [Internet]. Cursos de Especialização em Estomaterapia no Brasil [acesso 18 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/estomaterapia.asp>.
4. Santos VLCCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. Rev Estima. 2007; 5(1):31-8.
5. Belato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto Contexto Enferm. 2006;15(2):334-42.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativa 2010. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; 2010 [acesso 20 Set 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
9. Associação Brasileira de Ostomizados. Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [acesso 22 Dez 2015]. Disponível em: http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm
10. Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na

- visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002; 10(1):34-40.
11. Furlani R, Ceolim MF. Conviver com um ostoma definitivo: modificações relatadas pelo ostomizado. *Rev Bras Enferm.* 2001;55(5):586-91.
 12. Barros E JL, Santos SSC, Erdmann AL. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):595-601.
 13. Rocha JJR. Estomas intestinais. In: *Coloproctologia: princípios e práticas.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 111-8.
 14. Smeltzer SC, Bare BG. Cuidados aos pacientes com distúrbios intestinais e retais. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1038-79.
 15. Martins ML, Pereira VC, Fangier A, Silva RDM. A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: Kalinowski CE. *Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto.* Porto Alegre: Artmed; 2007. Cap. 6, p. 127-66.
 16. Boog MCF, Ceolim MF. *Orientações para uma nova vida.* Campinas: Unicamp; 1993.
 17. Kretschmer KP. *Estomas intestinais.* Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
 18. Pavan ECP, Dell'Acqua MCQ, Medolago NB. *Manual de orientação para ostomizados.* Botucatu: PROEX, UNESP; 2011.
 19. Millan M, Tegido M, Biondo S, Granero EG. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Dis.* 2010;8(1):88-9.
 20. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg.* 2002;68(11):961-6.
 21. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(4):431-5.

22. Martins S, Lamelas J, Rodrigues M. Estomas digestivos. Bol Hosp São Marcos. 2007;23(2):199-204.
23. III Simpósio sobre feridas e estomas em pacientes oncológicos, demarcação: como e porque fazer? [Internet] [acesso 14 Nov 2015]. Disponível em: http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/ritade_cassiabandeira.pdf
24. Mealy K, O'Broin E, Donohue J, Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy - what is the outcome? Dis Colon Rectum. 1996;39:1227-31.
25. Gray M, Colwell JC, Golberg MT. What treatment are effective for the management of peristomal hernia. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(2):87-92.
26. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum. 1998;41(12):1562-72.
27. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva D, Silva F. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1043-7.
28. Martins PAF. Compartilhando saberes e práticas com clientes ostomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação: uma proposta educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
29. Radunz V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. 2a ed. Goiânia: AB; 1999.
30. Brunner LS, Suddarth DS. Tratamento de pacientes com distúrbios intestinais e retais. In: Brunner LS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1087-133.
31. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Cancerol. 2002;48(3):341-8.
32. Macedo LMVS. Educação para a alta à pessoa com estoma. Rev Sinais Vitais. 2006;67:51-3.
33. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-Am Enferm. 2004;12(6):875-83.

34. Santos EMM, Bandeira RC, Scianni R, Rossi BM, Lopes A. Complicações de estomas intestinais no tratamento do câncer: análise de 56 casos. *Acta Oncol Bras.* 2002;22(2):270-5.
35. Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centrooeste de Minas Gerais. *Rev Enferm Cent. Oeste Min.* 2012;2(3):337-46.
36. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales.* 2a ed. Buckingham: University Press;1997.
37. Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(2):164-72.
38. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs.* 1995;22:502-8.
39. Canavarro MC, Serra AV, coordenadores. *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da OMS.* Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenk; 2010.
40. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-10.
41. Nobre MRC. Qualidade de vida [editorial]. *Arq Bras Cardiol.* 1995;64(4):229-300.
42. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.
43. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):19-28.
44. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):163-7.
45. Silva ALS, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa

- com estomia intestinal definitiva. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(4):483-90.
46. Barreire SG, Oliveira OA, Kazama W, Kimura M, Santos VLGG. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. J Pediatr. 2003;79(1):55-62.
 47. Kimura CA. Qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
 48. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Política nacional de Saúde da Pessoa portadora de deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [acesso 15 Jan 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicanacionalsaude/deficiencia.pdf>.
 49. Associação Brasileira de Ostomizados. Declaração dos Direitos dos Ostomizados [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [acesso 6 Ago 2013]. Disponível em: www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm.
 50. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso 13 Mar 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
 51. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 77.
 52. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos H, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
 53. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 256. (WHO Obesity Technical Report Series; n. 284).
 54. Montgomery DC, Peck EA. Introduction to linear regression analysis. New York: Wiley & Sons; 1992.

55. Moraes AA, Balbino CM, Souza MMT. O desconforto em pacientes ostomizados. *Rev Pró-univerSUS*. 2015;6(1):1-20.
56. Boccara de Paula MA, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproct*. 2009;29(1):77-82.
57. Santos VLCG, Paula CAD, Secoli SR. Estomizado adulto no município de São Paulo: um estudo sobre o custo de equipamentos especializados. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):249-55.
58. Dell'Acqua MCQ, Barnabé NC. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas estomizadas. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(4):4712-9.
59. Cakmak A, Aylaz G, Kuzu MA. Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. *World J Surg*. 2010;34:2872-6.
60. Esteves AMSD. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de estomas intestinais [dissertação]. Alfenas: Universidade José do Rosário Vellano; 2009. p. 174.
61. Lino AIA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais: aplicando o processo de enfermagem [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
62. Coelho AMS, Oliveira CG, Bezerra STF, Almeida ANS, Cabral RL, Coelho MMF. Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora. *Rev Enferm UFPE Online*. 2015;9(10):9528-34.
63. Nardi A, Glina S, Favorito LA. Primeiro estudo epidemiológico sobre o câncer de pênis no Brasil. *Int Braz J Urol*. 2007;33:1-7.
64. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de ostomizados - João Pessoa - Brasil. *Gerokomos*. 2010; 21(4):183-90.
65. Barbosa MH, Dal Poggetto MT, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. *REAS*. 2014;3(1):64-73.
66. Macedo MS, Nogueira LT, Luz MHBA. Perfil dos estomizados atendidos em

- hospital de referência em teresina. Rev Estima. 2005;3(4):25-8.
67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Indicadores de desenvolvimento sustentável – Brasil 2010 [acesso 22 Abr 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticiaimpressao.php?id_noticia=1703
68. Attolini RC, Gallon CW. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. Rev Bras Coloproct. 2010;30(3):289-98.
69. 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 Enferm. 2012;20(1):[08 telas].
70. Sampaio FAA, Aquino PS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):94-100.
71. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de Orem. Rev Rene. 2013;14(2):301-10.
72. Rowland HJ, Speaker S. Outcome assessment: cancer specific quality of life measures beyond the research setting. Am Soc Clin Oncol. 1997;10:92-118.
73. Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centrooeste de Minas Gerais. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2012;2(3):337-46.
74. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. Rev Bras Coloproct. 2005; 25(2):146-9.
75. Nieves CB, Montoro CH, Mañas MC, Marín CR, Crisol IS, Asencio JMM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. Index Enferm. 2013;22(4):209-13.
76. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Sci Med. 2011;1(18):26-30.

77. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev Bras Coloproct.* 2011;30(4):385-92.
78. Grant M, Mc Kullen CK, Altschler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum.* 2011;38(5):587-96.
79. Kimura CA, Kamada I, Fortes RC, Monteiro PS. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. *Comum Ciênc Saúde.* 2009;20(4):333-40.
80. Swan E. Colostomy, management and quality of life for the patient. *Br J Nurs.* 2011;20(22):24-8.
81. Perrin A. Quality of life after ileo-anal pouch formation: patient perceptions. *Br J Nurs.* 2012;21(16):11-9.
82. 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.* 2009;18(1):140-6.
83. Kameo SY, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm.* 2014;4(2):19-26.
84. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. *Cogitare Enferm.* 2004;9(1):25-32.
85. Coelho AR, Santos FS, Dal Poggetto MT. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Rev Min Enferm.* 2013;17(2):258-67.
86. Baldwin CM, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton LJ, McMullen C, et al. Gender differences in sleep disruption and fatigue on quality of life among persons with ostomies. *J Clin Sleep Med [Internet].* 2009 [acesso 11 Jun 2014];5(4):335-43.
87. Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life outcomes in cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res [Internet].* 2007 [acesso 19 Jun 2014];138(1):79-87.

88. Boccara de Paula MA. Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
89. Santos GS, Leal SMC, Vargas MA. Knowing the experiences of women with an ostomy: contributions to the planning of nursing care. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2006 [acesso 12 Apr cited];5(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/82/27>.
90. Cesaretti IUR, Vianna LAC. Occluder system or occluder intermittent colostomy: an alternative for the rehabilitation of the person colostomizada. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(3):98-108.
91. O'Connor G. Teaching stoma-management skills: the Importance of self-care. *Br J Nurs*. 2005;14(6):320-4.
92. Silva J. Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2013. p. 213.
93. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(5):28-33.
94. Dázio EMR. O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
95. Santana J, Dutra B, Tameirão M, Silva P, Moura I, Campos A. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):631-8.
96. Bachelet V, Collet G, Ribal A. The role of the stoma therapy nurse in the preoperative period. *Rev Infirm*. 2012;(181):25-6.
97. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2011;37(4):488-99.
98. Kingsley L, Simmons J. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma

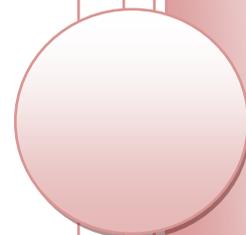
- care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*. 2011;60(6):627-35.
99. Popek S, Grant M, Gemmill R, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, et al. Overcoming challenges: life with an ostomy. *Am J Surg*. 2010;200(5):640-5.
100. Bachelet V. The training of stomatherapy nurses. *Rev Infirm*. 2012;(181):29.
101. Umpiérrez AF, Fort ZF. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(2):241-7.
102. Poletto D, Silva DMGV. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. *Rev. Latino-Am Enferm*. 2013;21(2):[08 telas].
103. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Júnior, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 41-80.
104. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):185-8.
105. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do Paciente Ostromizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. *Rev Bras Coloproct*. 2007;27(1):16-9.
106. Kamada I, Faustino AM, Silva AL, Vieira ABD, Borges CT. Conhecimento acerca da estomia intestinal por pacientes acompanhados em um serviço ambulatorial de enfermagem em estomaterapia: estudo qualitativo. *Rev Estima*. 2011;9(4):21-7.
107. Cesaretti IUR. Cuidando da pessoa com estoma no pós-operatório tardio. *Rev Estima*. 2008;6(1):27-32.
108. Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol*. 2000;26(4):207-13.
109. Santos VLCG, Kimura M. Qualidade de vida e a reabilitação do ostromizado. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência e estomaterapia: cuidados do*

- ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 453-75.
110. Teixeira FR. Qualificação para o trabalho: uma proposta para a clientela de terceira idade [dissertação]. Florianópolis: UFSC, USP; 2001.
 111. Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15(3):480-6.
 112. Palhares VC. Qualidade de vida, qualidade do sono e fatores de risco cardiovascular de profissionais de enfermagem em um hospital universitário [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2012.
 113. Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo estomizado quanto a sua situação. *Rev Bras Prom Saúde.* 2008;21(1):13-8.
 114. Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2007;25(4):357-63.
 115. Costa SPR. Perfil da qualidade de vida dos portadores de colostomia [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.
 116. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu AML. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev Soc Bras Psicol Hosp.* 2008;11(2):27-39.
 117. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meirelles BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(1):7-14.
 118. Michelone AP, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004;12(6):875-83.
 119. Kamiji MM, Oliveira RB. Features of Chagas disease patients with emphasis on digestive form, in a tertiary hospital of Ribeirão Preto, SP. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38(4):305-9.
 120. Seow A, Yuan JM, Koh WP, Lee HP, Yu MC. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer in the Singapore Chinese Health Study. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(1):135-8.

121. Silva R, Tieixeira R. Aspectos psico-sociais do paciente estomizado. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba (MG): Pinti; 1997. p. 193-204.
122. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
123. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da rede de apoio ao estomizado. Rev Bras Enferm. 2007;60(3):307-11.
124. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Fortes RC. Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. J Coloproctol. 2013;33(3):145-50.
125. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitiva. Rev Bras Coloproct. 2009;29(1):77-82.
126. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago; 2002.
127. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
128. Sá PMG. Cancro do colon e recto [dissertação]. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior de Covilhã; 2008.
129. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and câncer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. J Nutr USA. 2002;132(34):568-648.
130. Aguillar OM, Angerami ELS. Avaliação da orientação sistematizada na reabilitação da voz de paciente laringectomizado. Rev Esc Enfermagem USP, São Paulo. 1983;17(1):47-60.
131. Melles AM, Zago MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto. 1999;7(5):85-94.

132. Mendonça SN, Lameira CC, Souza NVDO, Costa CCP, Maurício VC, Silva PAS. Guidelines for nursing and implications for the quality of life of stomized people. J Nurs UFPE Recife. 2014;9(1):296-304.

Anexos



Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente estudo propõe-se a identificar as características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes ostomizados cadastrados no Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO). Os dados serão relevantes para ações de saúde direcionadas ao tratamento do paciente.

Sem obrigação a nada, nós o(a) convidamos a participar deste projeto de pesquisa. Para solucionar qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (14) 3811-6143.

Eu _____, após devidamente esclarecido(a), aceito participar do projeto de pesquisa **“Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais”** assistidos no ambulatório especializado em Botucatu-SP no Núcleo de Assistência ao Ostomizado - NAO do Hospital das Clínicas – UNESP de Botucatu, podendo a qualquer momento, esclarecer dúvidas e desistir de participar do mesmo sem qualquer prejuízo ao meu tratamento.

Fui informado(a) de que meu nome não aparecerá quando os resultados forem divulgados, assegurando, assim, minha privacidade e anonimato.

Botucatu, _____ de _____ 2015.

Assinatura do entrevistado(a)

Patrícia Ap. Francelino Crepalde
Pesquisador Responsável

Pesquisadora: Patrícia Ap. Francelino Crepalde e-mail: patyfrancelino@hotmail.com

Endereço da pesquisadora: R: Gregório Pedro Garcia, 1008 Jd. Itamarati- Telefone da pesquisadora: (14) 98162-3700

Orientadora: Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua e-mail:mqueiroz@fmb.unesp.br

Co-orientadora: Profa. Dra. Valéria de Castilho Palhares e-mail: valeria@fmb.unesp.br

Endereço da orientadora/ co-orientadora: Departamento de Enfermagem FMB - UNESP
Telefone: (14) 3880-1303

ANEXO II - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES OSTOMIZADOS INTESTINAL

Pesquisador: VALÉRIA DE CASTILHO PALHARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15962513.0.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 291.707

Data da Relatoria: 03/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de pacientes atendidos no Núcleo de Assistência ao Ostomizado do Hospital das Clínicas da FMB, que pretende identificar características demográficas e clínicas deste grupo de pacientes e analisar sua associação com Qualidade de Vida. Para isto foi elaborado um questionário que será aplicado aos sujeitos, no qual foi inserida a WHO-QOL brief - um instrumento desenvolvido e validado pela Organização Mundial de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as características demográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados cadastrados no Núcleo de Assistência ao Ostomizados (NAO).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício, os autores incluem a possibilidade de melhor manejo das características associadas a pior qualidade de vida, por exemplo, através de ações de educação em saúde. Os autores apontam que não há riscos em potencial, embora se saiba que a aplicação de questionários pode suscitar afetos desagradáveis nos sujeitos.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP**

Continuação do Parecer: 291.707

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam todas as declarações necessárias e suficientes para a apreciação e aprovação do projeto. O termo de consentimento é claro, adequado e feito na forma de convite.

Recomendações:

Com relação à questão do risco mencionada acima, sugere-se que os pesquisadores, ao final de cada entrevista, questionem os entrevistados sobre como se sentem ou o desejo de comentar alguma questão que tenha lhes causado desconforto. Isto permitira ao sujeitos expor seus sentimentos e ser acolhido pelo entrevistador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado em reunião do CEP de 03/06/13, sem necessidade de envio à CONEP.

BOTUCATU, 03 de Junho de 2013

**Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)**

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo III- Ofício de substituição do autor principal



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA



Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP - RUIBÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1328/ 3880-1326
E.Mail: amartini@fmb.unesp.br

Ofício nº 70/2014

Botucatu, 15 de Abril de 2014.

Prezado senhor

Vimos por meio deste solicitar a vossa senhoria a mudança de pesquisador principal do projeto intitulado "**Identificação de características demográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes ostomizados intestinal**" (Parecer nº 291.707) de Valéria de Castilho Palhares para Patrícia Aparecida Francelino Crepalde.

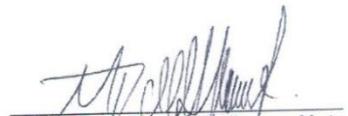
Solicitamos também alteração na equipe dos demais pesquisadores, excluindo Jeslei Vani e Aristides Augusto Palhares Neto deste projeto.

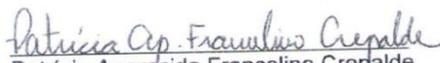
Tal pedido justifica-se pela nova conformação deste projeto aplicando-o para um mestrado profissional.

Todas as demais características do projeto serão mantidas.

Atenciosamente,


Valéria de Castilho Palhares


Aristides Augusto Palhares Neto


Patrícia Aparecida Francelino Crepalde


Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua


Jeslei Vani

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Trajano Sardenberg
DD Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – FMB - UNESP

Anexo IV – Formulário para a coleta de dados

Parte I – Características sociodemográficas

A- Histórico do Paciente

- Nome: _____
- 1-Procedência: _____
- 2-Idade: _____
- 3- Sexo: ()M () F
- 4-Grupo étnico: ()branco ()não branco
- 5-Estado civil: ()solteiro ()casado ()amasiado ()separado/divorciado()viúvo ()outro
- 6- Escolaridade: () Sem Escolaridade() Ensino Fundamental() Ensino Médio() Curso Superior
- 7- Profissão: _____
- 8-Renda familiar ()menos de 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 7 ou mais salários mínimos
- 9- Número de moradores da residência: _____
- 10-Ocupação:() auxílio-doença () aposentado () trabalhando ()outra: _____

Parte II – Características clínicas

I História da estomia

- 11- Tempo de estomia: () D-dias () S-semanas () M-meses () A-anos
- 12-Diagnóstico para cirurgia e CID: _____ Tipo de cirurgia: _____
- 13-Comorbidades: () DM () HAS () tabagismo () DLP () alcoolismo
- 14-Tipo de derivação () ileostomia () Colostomia ascendente () colostomia descendente () colostomia transversa
- 15-Condição da derivação () Temporária () Definitiva () outras: _____
- 16- Se temporária, tem reconstrução programada? () Sim () Não
- 17-Faz seguimento médico regularmente com coloproctologista pós estomia? () Sim () Não
- 18- Tipo de dispositivo utilizado: () 1 peça () 2 peças () Descartável () autoirrigação () outra
- 19-Tempo médio de troca de dispositivos: () + de 1/dia () 1/dia () 2/2 dias () 3/3 dias () 4/4 dias () mais de 4/4 dias

II Aspectos fisiológicos

- 20.Sono () tranquilo () agitado () insônia
- Insônia **Antes da estomia**() Sim () Não **Após a estomia**() Sim () Não

21.Exercícios físicos

	Antes	Depois	Não fazia
Andar a pé	()	()	()
Andar de bicicleta	()	()	()
Natação	()	()	()
Ginástica	()	()	()
Dança	()	()	()
outros	()	()	()

III Aspectos psicossociais

22.Dificuldade de adaptação

	Muita	Pouca	nenhuma
Autocuidado com a estomia	()	()	()
Autocuidado com a bolsa	()	()	()

23.Atividade Sexual

	Sim	Não
Antes da estomia	()	()
Depois da estomia	()	()

24. Atividades Sociais			
	Antes	Depois	Não fazia
Visitar amigos	()	()	()
Ir a atos religiosos	()	()	()
Ir ao clube	()	()	()
Ir a praia	()	()	()
Outra	()	()	()
25. Sentimentos antes da estomia			
	Muita	Pouca	Nenhuma
Solidão	()	()	()
Desprezo	()	()	()
Choro fácil	()	()	()
Dependência	()	()	()
26. Sentimentos após a estomia			
	Muita	Pouca	Nenhuma
Solidão	()	()	()
Desprezo	()	()	()
Choro fácil	()	()	()
Dependência	()	()	()
27. Quando você foi estomizado, qual (ais) foi (foram) a (s) pessoa (as) que lhe ajudou?			
() Família	() Médico		
() Amigos	() Enfermeiro		
() Outro estomizado	() Psicólogo		
() Vizinho	() outro		
() Assistente Social			
28. Apresenta alguma complicação com a estomia? () Sim () Não			
29. Se sim, qual (ais)?			
() Sangramento	() Prolapso		
() Isquemia/Necrose	() Hérnia periestomal		
() Retração estomal	() Dermatites periestomais		
() Sepses estomal	() Varizes periestomais		
() Estenose estomal			
30. Recebeu orientação no pós-operatório quanto os cuidados com o estoma e a troca dos dispositivos? () Sim () Não			
Se sim em qual serviço? _____			
IV-Aspectos nutricionais			
31-Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____			
32-Restrição alimentar: _____			
33-Ingesta hídrica. Quantos litros /dia: () – 1 litro/dia () 1 a 2 litros/dia () + 2 litros/dia			
V- Aspectos Legais			
34. Número do dispositivo utilizado: _____mm			
35. Em que serviço você adquire os dispositivos? _____			
36. Você acha que a quantidade de dispositivos fornecidos é suficiente? () Sim () Não			
37. Você conhece os seus direitos como Estomizado?			
() Sim. Quem lhe informou? _____() Não			

Anexo V- Questionário de qualidade de vida. (WHOQOL – bref)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e assinale o que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

		Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com sua vida?					

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida?					
5	O quanto você aproveita a vida?					
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
7	Em que medida você consegue se concentrar?					
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária					
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim/Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?					

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com seu sono?					
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?					
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					