

**Avaliação da qualidade de vida em pacientes com estomia intestinal***Evaluation of the quality of life of patients with intestinal ostomy*Fernanda Leão de Faria¹, Mariana Machado Labre¹, Ivone Félix de Sousa¹, Rogério José de Almeida^{1,2}**Resumo**

Introdução: A estomia intestinal é uma condição que pode afetar a vida das pessoas, seu convívio em sociedade, bem como ter consequências diretas para a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes com estomia intestinal atendidos em ambulatório de um hospital. **Casuística e Métodos:** Estudo transversal analítico e quantitativo. A amostra foi composta por 54 pacientes estomizados, acima de 18 anos e acompanhados há pelo menos um ano no ambulatório de estomia de um hospital de Goiânia/GO. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e a versão abreviada do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde *World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-BREF)*. Foi confeccionado um banco de dados utilizando o SPSS 18. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis e foram utilizados o teste *t* de Student e o teste de análise de variância (ANOVA) *Scheffé* para avaliar a existência ou não de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). **Resultados:** A pesquisa incluiu 54 pacientes, sendo 30 do sexo feminino e 24 do sexo masculino. Quanto à renda familiar, 61,1% informaram receber até um salário mínimo. A maioria afirmou não ter atividades de lazer (62,9%), não praticar atividade física (85,2%) e não estar empregada (92,6%). A média do escore geral da qualidade de vida foi $3,7 \pm 0,5$. Os domínios apresentaram escores indicando boa qualidade de vida. Identificou-se que não ter religião, ter filhos e maior renda são preditores relacionados a um melhor escore no domínio meio ambiente. Os que referiram melhor autoavaliação da qualidade de vida também tiveram melhores escores em satisfação com a saúde e domínios físico e psicológico. **Conclusão:** Os pacientes com estomia intestinal apresentaram boa qualidade de vida, com menores escores em meio ambiente, que se relacionam com as facetas dinheiro e lazer. Melhor autopercepção da qualidade de vida indica melhor satisfação com a saúde em geral.

Descritores: Colostomia; Estomia; Perfil de Saúde; Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Intestinal stoma is a condition that can affect people's lives and the way they interact socially. It can pose direct consequences on people's quality of life. **Objective:** To Evaluate the quality of life of patients with intestinal ostomies. **Patients and Methods:** This is a cross-sectional, analytical and quantitative study. The sample consisted of 54 patients aged 18 and over followed for at least one year at a hospital outpatient clinic in the city of Goiânia/GO. We used a sociodemographic questionnaire and the brief version of the World Health Organization instrument to evaluate quality of life, WHOQOL-BREF. We design a database using SPSS 18. In order to analyze variables, we use descriptive analysis, Student's *t*-test and the ANOVA with a Scheffé post hoc test. We used the tests to evaluate the existence or not of a statistically significant difference ($p \leq 0.05$). **Results:** The study included 54 patients (30 female and 24 male). Regarding family's income, 61.1% reported receiving up to one minimum wage. The majority affirmed that they did not have leisure activities (62.9%), did not practice physical activity (85.2%), and have no job (92.6%). The overall quality of life score was 3.7 ± 0.5 . The domains presented scores indicating a good life quality. Predictors related to a better environment domain score were to have no religion, to have children, and a higher income. Those who reported better self-rated quality of life also had better scores on satisfaction with health, physical, and psychological domains. **Conclusion:** Patients with intestinal ostomies presented a good quality of life, with lower scores in the environment domain, which is related to money to meet needs and opportunities for leisure. A best self-perception of the quality of life indicates a better satisfaction with the overall health.

Descriptors: Colostomy; Ostomy; Health Profile; Quality of Life.

¹Pontifícia Universidade Católica de Goiás-Goiânia-GO-Brasil.

²Faculdade da Polícia Militar-Goiânia-GO-Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: FLF concepção do projeto, coleta de dados, tabulação e análise estatística, delineamento do estudo e redação do manuscrito. MML concepção do projeto, coleta de dados, tabulação e análise estatística, delineamento do estudo e redação do manuscrito. IFS coleta de dados, tabulação e análise estatística, delineamento do estudo e redação do manuscrito. RJA concepção do projeto, coleta de dados, tabulação e análise estatística, delineamento do estudo, redação do manuscrito, orientador do estudo.

Contato para correspondência: Escola de ciências médicas, farmacêuticas e biomédicas. Curso de Medicina. Avenida Universitária n. 1440, Área 4, Bloco K – Setor Universitário. CEP: 74605-010 – Goiânia/Goiás.

E-mail: rogeriopucgo@gmail.com

Recebido: 27/11/2017; **Aprovado:** 18/05/2018

Introdução

Estomia é um termo derivado do grego *stomia* que significa “boca” ou “abertura”. A estomia é uma medida cirúrgica utilizada para comunicar uma víscera oca ao meio externo, suprindo a função do órgão afetado, seja de maneira temporária ou definitiva¹. As estomias têm como local principal de realização o trato gastrointestinal, sendo as mais frequentes as de eliminação intestinal, chamadas de colostomias e ileostomias, podendo ocorrer em todas as fases da vida, especialmente em idosos. Essas podem ser realizadas em condições de urgência ou eletivas, bem como tratamentos curativos ou paliativos de diversas condições²⁻³.

O paciente estomizado passa a deparar-se com questões físicas, emocionais e psicossociais que interferem de maneira profunda na vivência cotidiana. Surgem limitações à sua autonomia, como as provocadas pela falta de controle na eliminação de gases intestinais e incontinência fecal, além de mudanças em seus hábitos de vida e de autocuidados⁴. Apesar de ser uma situação relativamente comum, os dados epidemiológicos de pacientes estomizados, tanto em âmbito nacional quanto internacional, são escassos, desatualizados e inconclusivos¹.

Empreende-se uma nova realidade corporal de perda da função primária de eliminação fecal, ausência do ânus associado a uma abertura permanente no abdome, situação que por si, já é responsável por grandes mudanças na vida dos pacientes⁵. A intensidade dessa condição pode afetar a vida de cada indivíduo, dependendo de sua capacidade adaptativa e emocional, bem como da forma de enfrentamento dessa situação, não deixando de provocar sentimentos de exclusão, constrangimento e rejeição, com a possível consequência da diminuição da qualidade de vida desses pacientes⁵.

Nesse contexto se insere a necessidade de se investigar a qualidade de vida desses pacientes. Esse conceito vem englobar a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente⁶⁻⁷.

O presente estudo se justifica pelo fato de que aspectos relacionados à qualidade de vida desse grupo de pacientes, como grau de dependência, capacidade de realização de atividades cotidianas, laborais, autoestima, dentre outras, podem afetar diretamente a percepção de saúde e de qualidade de vida.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com estomia intestinal, determinando o perfil sociodemográfico e ocupacional, bem como os aspectos relacionados aos domínios físico, psicológico, ambiental e de relações sociais, que compõem a qualidade de vida.

Casística e Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa⁸. A pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados aos pacientes estomizados intestinais que realizavam acompanhamento médico no ambulatório de estomia de um Hospital da cidade de Goiânia/GO. Esta pesquisa foi desenvolvida entre os meses de fevereiro a maio de 2017.

Para tanto, calculou-se a representatividade dos participantes desta pesquisa pelo método de seleção por conveniência utilizando fórmula estatística⁹. A escolha da amostra foi realizada de forma intencional com a finalidade de viabilizar a coleta de dados, visto que pacientes com estomia intestinal possuem pouca disponibilidade para participarem de estudos.

Assim, a definição do tamanho da amostra atendeu aos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, foram pesquisados pacientes estomizados intestinais com idade igual ou superior a 18 anos, que possuíam a estomia há mais de um ano e que estavam frequentando regularmente o ambulatório de estomia. Pacientes com três faltas subsequentes no seguimento ambulatorial e com algum transtorno psiquiátrico diagnosticado ou com déficit cognitivo foram excluídos da amostra.

No ambulatório de estomia, no período que foi realizada a pesquisa, havia 62 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Calculou-se a amostra representativa e encontrou-se uma quantidade de 54 pacientes. Não houve perdas ao longo do estudo. Coletaram-se os dados com 54 pacientes seguindo os critérios para população finita, com nível de confiança de 95% e erro de 5%⁹.

Foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário estruturado para avaliar as questões sociodemográficas ocupacionais, com objetivo de conhecer o perfil dos pacientes participantes do estudo. O questionário, confeccionado pela equipe de pesquisa com foco no objetivo de estudo, continha perguntas referentes a idade, sexo, estado civil, filhos, ocupação atual, religião, escolaridade, renda mensal, com quem reside, atividades física e de lazer.

O segundo instrumento utilizado foi a versão abreviada do questionário para avaliar a qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref). Este questionário, adaptado e validado no Brasil por Fleck et al.¹⁰, busca avaliar a qualidade de vida dos indivíduos dentro de uma perspectiva transcultural e internacional. Pode ser aplicado tanto para populações saudáveis quanto para indivíduos acometidos por doenças crônicas.

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo a primeira questão referente à qualidade de vida de modo geral e a segunda sobre a satisfação com a própria saúde. As demais 24 questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁰. As respostas das questões seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida)¹⁰.

O WHOQOL-Bref foi avaliado a partir de uma síntese proposta pelo “WHOQOL Group”^{11,12}. Por meio do SPSS 18, primeiramente foram invertidos os valores da escala para as facetas 3, 4 e 26; em seguida, agruparam-se as facetas em domínios; depois foram calculados os escores de cada domínio (de 1 a 5, por meio da média) e finalmente, os escores foram transformados em escalas para cada domínio. Para analisar a qualidade de vida por meio dos escores do WHOQOL-Bref, levou-se em consideração as categorias de resultados: de 1 a 1,99 necessita melhorar; de 2 a 2,99 regular; de 3 a 3,99 boa; e de 4 a 5 muito boa¹¹⁻¹².

Após a aplicação dos instrumentos, foi confeccionado um banco de dados utilizando o *software IBM SPSS Statistics 18*. Por meio deste, foi realizada uma análise descritiva das variáveis referentes ao tema em estudo, utilizando-se frequência, porcentagem, média e desvio padrão. Os testes utilizados para avaliar a existência ou não de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre amostras independentes e múltiplas variáveis, foram o teste *t* de *Student* e o teste de análise de variância (ANOVA) *Scheffé*, respectivamente. Todos os itens do questionário sociodemográfico ocupacional foram categorizados e descritos por meio da frequência, porcentagem e mediana, com exceção da idade, que foi tratada como variável escalar e, portanto, foram descritos frequência, porcentagem, média e desvio padrão.

Antes da aplicação do questionário, o paciente lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deixava clara a garantia de sigilo sobre a identidade do participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com CAAE: 62563816.3.0000.0037 e Parecer nº 1.940.537.

Resultados

A pesquisa incluiu 54 pacientes atendidos no ambulatório de estomia do hospital pesquisado. Entre esses, a proporção de pacientes do sexo feminino foi similar à do sexo masculino, com predomínio da faixa etária dos 60 a 79 anos de idade. A maioria dos pacientes tinha filhos, não consumia álcool nem era fumante (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de pacientes com estomia intestinal (n=54), Goiânia/GO 2017.

Variáveis		N	%
Faixas etárias	18 a 39 anos	7	13,0
	40 a 59 anos	16	29,6
	60 a 79 anos	29	53,7
	Acima de 79 anos	2	3,7
Sexo	Feminino	30	55,6
	Masculino	24	44,4
Religião	Católica	20	37,0
	Evangélica	23	42,6
	Espírita	2	3,7
	Testemunha de Jeová	1	1,9
	Nenhuma	8	14,8
Grau de envolvimento com a religião	Nenhum	3	6,5
	Baixo	7	15,2
	Moderado	18	39,1
	Alto	18	39,1
Renda mensal (em salários mínimos)	Até 1	33	61,1
	1 a 3	18	33,3
	4 a 6	1	1,9
	Acima de 7	2	3,7
Estado civil	Solteiro	8	14,8
	Casado	32	59,3
	Viúvo	11	20,4
	Divorciado	3	5,6
Tem filhos?	Sim	46	85,2
	Não	8	14,8
Tempo de uso de bolsa em categorias	1 a 2 anos	35	64,8
	3 a 5 anos	9	16,7
	Acima de 5 anos	10	18,5
Escolaridade	Ensino fundamental	28	51,9
	Ensino médio	17	31,5
	Ensino superior incompleto	1	1,9
	Ensino superior completo	8	14,8
Atividade de lazer	Não	34	63,0
	Sim	20	37,0
Pratica atividade física	Não	46	85,2
	Sim	8	14,8
Atualmente está empregado	Não	50	92,6
	Sim	4	7,4
Faz uso de Álcool	Não	48	88,9
	Sim	6	11,1
Você é fumante?	Não	48	88,9
	Sim	6	11,1

Em relação à religião, as principais citadas foram a evangélica e a católica, com grau de envolvimento de moderado a alto. Houve predominância do estado civil casado. Observou-se que a maioria dos pacientes tinha renda familiar até um salário mínimo. Em relação à pergunta sobre o grau de escolaridade, a maioria cursou até o ensino fundamental (Tabela 1).

A maioria dos pacientes afirmou que não tinha atividades de lazer, não praticava atividade física e não estava empregada. A predominância de tempo de uso da bolsa coletora foi de um a dois anos (Tabela 1).

A análise geral da qualidade de vida do grupo de pacientes estomizados apresentou média de $3,7 \pm 0,5$. A percepção da qualidade de vida apresentou uma média de $3,7 \pm 1,1$ e a satisfação pessoal com a saúde de $3,7 \pm 1,1$ (Tabela 2).

Ao analisar cada domínio separadamente, todos eles apresentaram escores médios, indicando boa qualidade de vida, assim descritos: físico ($3,6 \pm 0,7$), psicológico ($3,9 \pm 0,6$), relações sociais ($3,9 \pm 0,6$) e meio ambiente ($3,5 \pm 0,6$) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref nos pacientes com estomia intestinal (n=54), Goiânia/GO, 2017.

Variáveis	Médias das escalas	DP	Médias dos escores	DP
Domínio físico	65,8	18,0	3,6	0,7
Domínio psicológico	73,3	14,6	3,9	0,6
Domínio relações sociais	72,2	14,2	3,9	0,6
Domínio meio ambiente	62,0	15,4	3,5	0,6
Percepção da qualidade de vida	66,7	27,0	3,7	1,1
Satisfação pessoal com a saúde	66,7	26,6	3,7	1,1
QV TOTAL	67,2	13,1	3,7	0,5

No entanto, quando se avaliam as facetas que compõem os domínios, observa-se que algumas delas apresentaram médias que indicam qualidade de vida regular. São elas: no domínio meio ambiente, “o dinheiro” (escore médio $3,0 \pm 1,1$) e “o lazer” (escore médio $2,7 \pm 1,3$) (Tabela 3).

Ao avaliar a relação entre percepção de qualidade de vida, satisfação com a saúde e qualidade de vida total do WHOQOL-Bref com as variáveis sociodemográficas ocupacionais, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa na relação religião e meio ambiente, em que aqueles que afirmaram não ter religião apresentaram melhor escore ($p=0,025$). Outro achado identificado mostrou que aqueles que tinham filhos apresentaram escore mais alto no domínio meio ambiente ($p=0,050$).

Ao desenvolver uma análise estatística de correlação entre as variáveis investigadas, observou-se associação estatisticamente significativa entre renda mensal e meio ambiente ($r=0,290$; $p=0,034$), sendo quanto maior a renda, melhor a relação do indivíduo com o meio ambiente (Tabela 4).

Outras variáveis correlacionadas apresentaram significância estatística na relação com a melhora da qualidade de vida. Aqueles que referiram melhor escore na autoavaliação da qualidade de vida tendem a ter uma maior satisfação com sua saúde ($r=0,639$; $p<0,001$), melhor domínio físico ($r=0,479$; $p<0,001$) e melhor domínio psicológico ($r=0,530$; $p<0,001$).

Tabela 3. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref nos pacientes com estomia intestinal (n=54), Goiânia/GO 2017.

Domínio e facetas correspondentes	Mediana	Média	Desvio padrão
FÍSICO			
3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3	3,6	1,3
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3	3,3	1,1
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	4	3,9	1,0
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4	4,4	0,8
16 - Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	4	3,5	1,1
17 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	4	3,8	1,1
18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3	3,2	1,2
PSICOLÓGICO			
5 - O quanto você aproveita a vida?	4	3,5	0,9
6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	4	4,3	0,6
7 - O quanto você consegue se concentrar?	4	3,6	1,1
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4	3,9	1,0
19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4	4,0	0,9
26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	4	4,2	0,9
RELAÇÕES SOCIAIS			
20 - Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4	4,3	0,5
21 - Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	3	3,3	1,0
22 - Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4	4,1	0,9
MEIO AMBIENTE			
8 - Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	4	3,9	0,8
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	4	3,7	1,0
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3	3,0	1,1
13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4	3,7	1,0
14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2	2,7	1,3
23 - Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	4	3,5	1,2
24 - Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4	3,7	1,0
25 - Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	4	3,7	1,1

Os pacientes que tiveram melhores escores médios na avaliação da satisfação com a própria saúde tendem a ter melhores escores nos domínios físico ($r=0,513$; $p<0,001$) e psicológico ($r=0,539$; $p<0,001$) (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo identificou que a maioria dos pacientes com estomia intestinal tinha idade entre 60 e 79 anos. Este achado vai ao encontro das evidências de outros estudos, que mostraram também uma maioria dos pacientes estomizados com idade superior a 60 anos^{3,13}. Porém quanto ao sexo, houve discrepância com os dados encontrados na literatura, que mostram que a maioria dos estomizados é do sexo masculino³.

A maioria dos pacientes afirmou não ter atividades de lazer, não praticar atividade física e não estar empregado, com a predominância de tempo de uso da bolsa coletora de um a dois anos. A perda da autoestima, as limitações e o constrangimento

provocados pela bolsa, o medo de “acidentes com a bolsa”, como rompimento, a perda do *status* social, o receio pela rejeição dos amigos e familiares, são importantes pontos que prejudicam ou até impedem o retorno desses pacientes às atividades diárias e aos momentos de lazer. Isso acaba por dificultar o relacionamento social desses pacientes, que tendem a passar grande parte do tempo dentro de casa¹⁴⁻¹⁵.

Os pacientes do estudo apresentaram uma boa avaliação na análise geral da qualidade de vida, incluindo também uma boa percepção da qualidade de vida e da satisfação pessoal com a saúde. Todos os domínios analisados obtiveram escores indicando boa qualidade de vida. Três facetas, sendo duas no domínio meio ambiente e uma no psicológico merecem atenção, pois apresentaram escores baixos para a maioria dos entrevistados, especificamente os relacionados a “ter dinheiro suficiente” e “oportunidades de lazer”, bem como escore alto em “presença de sentimentos negativos”. Essas três facetas corroboram com os dados epidemiológicos encontrados, nos quais a renda mensal informada pela maioria foi de até um

Tabela 4. Análise de correlação de Pearson nos pacientes com estomia intestinal (n=54), Goiânia/GO, 2017.

Variáveis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 – Idade	R	1										
	P											
2 - Renda mensal	R	0,393**	1									
	P	0,003										
3 – Escolaridade	R	0,000	0,480**	1								
	P	0,998	0,000									
4 - Satisfação com atendimento	R	-0,011	0,117	0,213	1							
	P	0,937	0,400	0,122								
5 - Tempo de uso da bolsa coletora	R	0,129	-0,010	-0,182	-0,184	1						
	P	0,353	0,945	0,188	0,184							
6 - Avaliação da qualidade de vida	R	0,040	0,040	-0,077	0,078	0,067	1					
	P	0,774	0,772	0,578	0,576	0,632						
7 - Satisfação com sua saúde	R	0,027	-0,107	-0,079	0,079	-0,005	0,639**	1				
	P	0,848	0,442	0,572	0,570	0,972	0,000					
8 – Físico	R	0,054	0,232	0,084	0,041	-0,216	0,479**	0,513**	1			
	P	0,701	0,092	0,548	0,771	0,117	0,000	0,000				
9 – Psicológico	R	-0,141	-0,184	-0,093	0,000	-0,167	0,530**	0,539**	0,553**	1		
	P	0,310	0,182	0,505	1,000	0,227	0,000	0,000	0,000			
10 - Relações Sociais	R	-0,173	0,074	-0,173	-0,148	-0,048	0,205	0,115	0,310*	0,283*	1	
	P	0,212	0,597	0,210	0,284	0,728	0,137	0,409	0,022	0,038		
11 - Meio Ambiente	R	-0,044	0,290*	0,247	-0,044	-0,190	0,200	0,231	0,450**	0,321*	0,449**	1
	P	0,754	0,034	0,072	0,753	0,168	0,147	0,093	0,001	0,018	0,001	

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*.A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

salário mínimo, bem como a informação dada pela grande maioria de que não realizava atividades de lazer.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Um deles, por exemplo, identificou boa qualidade de vida nos pacientes com estomias, principalmente naqueles acima de 65 anos de idade¹⁶. Outro estudo realizado com pacientes que tiveram diagnóstico de câncer colorretal; mostrou que, em longo prazo, pacientes que permaneceram com colostomia definitiva não tiveram pior qualidade de vida em comparação com os que realizaram cirurgia poupadora de esfíncter anal¹⁷. Mas, por outro lado, há estudos que identificaram nos pacientes com estomias intestinais, prejuízo na autoestima, bem-estar subjetivo e qualidade de vida^{3,5}. Essa variação de resultados vem demonstrar que a qualidade de vida desses pacientes depende de inúmeros fatores.

Quanto ao envolvimento com alguma religião, o que foi observado é que a maioria dos entrevistados referiu possuir algum grau de envolvimento. Entretanto, os que relataram não ter qualquer envolvimento apresentaram melhor avaliação no domínio meio ambiente com significância estatística. Esse resultado é contrário ao que a literatura científica já demonstrou^{18,19}.

Em um estudo que também aplicou WHOQOL-Bref em 39 pacientes estomizados do Hospital de Base do Distrito Federal, ficou demonstrado que houve um aumento da fé entre os

pacientes estomizados depois da confecção da estomia. Assim, a religião foi uma importante ferramenta de auxílio no processo de adaptação a nova realidade desses pacientes, diminuindo a ansiedade e ajudando na busca de um novo significado de vida¹⁸. Outro estudo também mostrou que a espiritualidade e a religião agiram fortalecendo o autocuidado e a reabilitação dos pacientes estomizados¹⁹.

Outro achado significativo do presente estudo se refere ao fato de que os pacientes com filhos apresentaram melhores escores no domínio meio ambiente, o que confirma a importância do apoio familiar na adequação do ambiente e rotina à nova realidade do paciente com estomia. Um estudo realizado com 70 pacientes estomizados de Pouso Alegre/RS mostrou que após a realização da colostomia os pacientes experimentam um período de mudanças no âmbito emocional ou psicológico que afetava a qualidade de vida, autoestima, a imagem corporal, sexualidade e, que sem o devido apoio dos familiares e dos profissionais de saúde, essas mudanças culminavam em ansiedade e depressão⁵. Outro estudo realizado com depoimentos de 12 familiares de pacientes estomizados em Montevidéu/Uruguai mostrou que a adaptação à estomia ocorria mais rapidamente se houvesse, não só apoio familiar, como também o apoio da equipe de saúde²⁰.

Nesse sentido, é preciso considerar esse indivíduo dentro do contexto familiar no qual está inserido, uma vez que a família

tem um forte impacto na adaptação e aceitação desse paciente à sua nova condição. Além disso, deve ser colocado que a família também tem sua vida afetada por essa nova situação, necessitando ser mantida a par de todo o processo pré-, intra e pós-operatório²⁰⁻²¹. O familiar passa a se ver no papel de cuidador, mesmo sem ter o conhecimento necessário, com toda a carga laboral e emocional que esse trabalho demanda. Para que essa relação se firme e os familiares ajam como um estímulo ao paciente, é preciso que os vínculos de cuidado e intimidade se fortaleçam. A família é por muitas vezes o intermédio entre o indivíduo com estomia e o serviço de saúde, e deve ser considerada como sujeito ativo nesse processo²⁰⁻²¹.

A falta de conhecimento sobre a estomia, as dificuldades em lidar com essa situação e com a presença da bolsa coletora, as barreiras para reintegração social, a perda do emprego e em alguns casos a incapacidade laboral, também são questões que permeiam a mente desses indivíduos¹⁴. No presente estudo, 92,6% dos participantes encontravam-se afastados do mercado de trabalho. Tal fato pode corroborar o surgimento de dificuldades financeiras, principalmente se o paciente com estomia for o provedor principal da família. Esse resultado contribui para justificar a relação estatisticamente significativa entre o aumento da renda mensal e melhor escore no domínio meio ambiente.

Pacientes que dispõem de mais recursos financeiros podem dispor de ferramentas que o ajudem a superar a vulnerabilidade do seu estado de saúde, como meio de transporte mais rápido para as unidades de saúde, maior segurança para compra de medicamentos, maior facilidade para realização de exames²². Outro estudo, por outro lado, identificou alta porcentagem de pacientes sem trabalho remunerado prévio, havendo, assim, maior aceitação de sua condição econômica atual²³.

A qualidade de vida pressupõe uma percepção do indivíduo e de sua vida em sociedade, marcada sobremaneira por vales e expectativas próprias. Essa perspectiva engloba a saúde física, mental, nível de independência, as interações sociais e crenças⁶⁻⁷. É uma visão catalisada pelas ciências humanas e biológicas que procura ampliar o olhar para os sintomas, a diminuição da morbimortalidade e o aumento da expectativa de vida⁷.

Em concordância com os estudos mais recentes, a presente pesquisa demonstrou que aqueles que relataram melhor escore na autoavaliação da qualidade de vida, tendem a ter uma maior satisfação com sua saúde. Identificou-se também que aqueles que marcaram maiores escores na satisfação com a própria saúde, tendem a ter melhores escores nos domínios físico e psicológico.

Os achados demonstraram bem o perfil dos pacientes investigados, corroborando outro estudo que identificou o fato de que pacientes mais velhos, submetidos a uma cirurgia para estomia, tendem a ter uma melhor qualidade de vida em comparação aos mais novos¹⁶. A satisfação com a saúde envolve muito mais do que a noção de autocuidado com a bolsa, ou manter-se saudável. O apoio da equipe médica e principalmente dos familiares, a aceitação do próprio corpo, o retorno ao convívio em sociedade e ao trabalho são fatores essenciais para se avaliar a saúde desses pacientes¹⁶.

Outro ponto relevante, que também contribui de maneira essencial para a satisfação com a própria saúde, é a compreensão sobre a real importância da estomia para a sua condição e para a perpetuação da saúde¹⁶. Para isso, é preciso de toda reabilitação médica e psicológica a fim de garantir a reintegração desse paciente à vida cotidiana que influencia sobremaneira na melhora da sua qualidade de vida²⁴.

Conclusão

A análise geral da qualidade de vida dos pacientes com estomia apresentou um bom escore, sendo todos os domínios enquadrados nessa classificação, embora algumas facetas apresentadas mereçam atenção: não ter dinheiro suficiente, não ter oportunidades de lazer e a presença de sentimentos

negativos. A autoavaliação referente à satisfação com a saúde também apresentou média de escore alta, indicando uma boa percepção da própria qualidade de vida, com correlação positiva com os domínios físico e psicológico.

A variável religião, que muitas vezes é considerada fator influenciador positivo na percepção da qualidade de vida, porém no presente trabalho, aqueles que afirmaram não ter religião apresentaram melhor escore no domínio meio ambiente. Observou-se associação significativa entre renda mensal e meio ambiente, sendo quanto maior a renda, melhor a relação do indivíduo com o meio ambiente. Embora mais da metade dos pacientes tenham informado renda familiar de até um salário mínimo.

O presente estudo contribui com a caracterização da realidade dos pacientes estomizados e da importância do atendimento médico especializado e do suporte psicológico, a fim de que esses pacientes enfrentem melhor esse período de tantas mudanças, incluindo imagem corporal, sexualidade e convívio social.

Torna-se importante estímulo à prática de atividades de lazer desses pacientes, como busca de um aumento na percepção da qualidade de vida. Novas pesquisas se fazem necessárias, avaliando, tanto a qualidade de vida desses pacientes, como também a atualização de dados epidemiológicos sobre pacientes estomizados no Brasil.

Referências

1. Santos OJ, Sauaia Filho EN, Barros Filho AKD, Desterro VS, Silva MVT, Prado RPS, et al. Children and adolescents ostomized in a reference hospital. Epidemiological profile. J Coloproctol (Rio J.). 2016;36(2):75-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.03.005>.
2. Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. Cultura Cuidados. 2014;18(39):115-23.
3. Salomé GM, Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. J Coloproctol (Rio J.). 2014;34(3):159-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.005>.
4. Silva ES, Castro DS, Romero WG, Garcia TR, Primo CC. Protocolo de enfermagem para as alterações psicossociais e espirituais da pessoa com colostomia. Cogitare Enferm. 2015;20(3):467-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40664>.
5. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J Coloproctol (Rio J.). 2014;34(4):231-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.009>.
6. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>.
7. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev Bras Educ Fis Esporte. 2012;26(2):241-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
8. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Praxis. 2011;3(6):59-62. DOI: <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>.
9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2012.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Rev Saúde Públ. 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
11. Harper A, Power M. Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-Bref [monografia na Internet]. [acesso em 2017 Ago 14]. Disponível

em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Sintaxe.pdf>.

12. Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.

13. Lins Neto MAF, Fernandes DOA, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2016;36(2):64-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.016>.

14. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1043-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>.

15. Silva ES, Castro DS, Garcia TR, Romero WG, Primo CC. Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *REME – Rev Min Enferm*. 2016;20(1):e931. DOI: 10.5935/1415-2762.20160001.

16. Wong SK, Young PY, Widder S, Khadoroo RG. A descriptive survey study on the effect of age on quality of life following stoma surgery. *Ostomy Wound Manage*. 2013;59(12):16-23.

17. Campelo P, Barbosa E. Funcional outcome and quality of life following treatment for rectal cancer. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2016;36(4):251-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.001>.

18. Fortes RC, Monteiro TMRC, Kimura CA. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2012;32(3):253-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-93632012000300008>.

19. Moreira CNO, Marques CB, Salomé GM, Cunha DR, Pinheiro FAM. Health locus of control, spirituality and hope for healing in individual with intestinal stoma. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2016;36(4):208-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.013>.

20. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(2):241-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3247.2408>.

21. Weiland LA, Cazali EA, Neumann ABT, Rosanelli CP, Loro MM, Kolankiewicz AB. A família e seu ente colostomizado no domicílio. *Rev Contexto Saúde*. 2011;10(20):77-84.

22. Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):288-95. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0161>.

23. Benício CDAV, Carvalho NAR, Noletto IRSG, Miranda SM, Luz MHBA. Convivendo con una estoma húmedo: un estudio acerca de la calidad de vida. *Cultura Cuidados*. 2016;20(46):165-70.

24. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Monteiro PS. Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2013;33(4):216-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.08.007>.

Fernanda Leão de Faria é médica, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), médica residente em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: nanda.leofaria@gmail.com

Mariana Machado Labre é médica, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). E-mail: marianam.labre@gmail.com

Ivone Félix de Sousa é psicóloga, mestre em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e professora do curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). E-mail: ivonefelixsousa@gmail.com

Rogério José de Almeida é Cientista Social, mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG),

doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), pós-doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), professor do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e professor da Faculdade da Polícia Militar (FPM). E-mail: rogeriopucgo@gmail.com