Esc Anna Nery 2018;22(4):e20180075

CC BY

PESQUISA | RESEARCH

www.scielo.br/EAN

Qualidade de vida da pessoa estomizada: relação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem de estomaterapia

Quality of life of ostomized person: relationship with the care provided in stomatherapy nursing consultation

Calidad de vida de la persona ostomizada: relación con los cuidados prestados en la consulta de enfermería de estomaterapia

Liliana Sofia Grilo Miranda[1]
Amâncio António de Sousa Carvalho[2]
Elisabete Pimenta Araújo Paz[3]

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE. Vila Real, Portugal.
2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal.
3. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: Analisar a relação entre a Qualidade de Vida (QV) e os cuidados prestados na consulta de enfermagem de estomaterapia. **Método:** Estudo descritivo-correlacional, com 100 participantes adultos estomizados, aos quais foi aplicado um formulário. Os dados foram tratados com o *software* SPSS versão 20.0. **Resultados:** A maioria dos estomizados (67%) apresentava uma QV positiva. Esta diferiu significativamente ($p < 0,05$) entre os tipos de estomia e a preparação prévia na consulta, sendo que os portadores de colostomia e os que fizeram marcação prévia do estoma na consulta apresentavam melhor QV. **Conclusões:** Existe relação estatística entre QV, o tipo de estomia e participação na consulta de enfermagem de estomaterapia, demonstrando a influência positiva dos cuidados de Enfermagem para o estomizado. O estudo reforça a importância dessa consulta para a adaptação de estomizados à nova condição e melhoria da sua QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Estomia; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between the Quality of Life (QoL) and the stomatherapy nursing consultation. **Method:** Descriptive-correlational study with 100 ostomized adult participants, to whom a form was applied. The data were treated with SPSS software version 20.0. **Results:** Most ostomized (67%) presented a positive perception of QoL. This differed significantly ($p < 0.05$) between the types of ostomy and previous preparation in the consultation, as the colostomy patients and the individuals who booked the appointment of the stoma previously during the consultation had a better QoL. **Conclusions:** There is a statistical relationship between QoL, the type of ostomy and the participation in the stomatherapy nursing consultation, demonstrating the positive influence of nursing care for the ostomized. The study reinforces the importance of consultation for the adaptation of ostomized people to the new condition and improvement of their QoL.

Keywords: Quality of life; Ostomy; Nursing in Community Health.

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre la Calidad de Vida (CV) y los cuidados prestados en la consulta de enfermería de estomaterapia. **Método:** Estudio descriptivo-correlacional, con 100 participantes adultos ostomizados, a los cuales se aplicó un cuestionario. Los datos fueron tratados con el *Software SPSS* versión 20.0. **Resultados:** La mayoría de los ostomizados (67%) presentaba una CV positiva. Esta ha diferido significativamente ($p < 0,05$) entre los tipos de ostomía y la preparación previa en la consulta, siendo que los portadores de colostomía y los que hicieron marcación previa del estoma en la consulta, presentaban mejor CV. **Conclusiones:** Hay relación estadística entre CV, tipo de ostomía y participación en la consulta de enfermería de estomaterapia, demostrando la influencia positiva de los cuidados de enfermería para el ostomizado. El estudio refuerza la importancia de la consulta para la adaptación de los ostomizados frente a la nueva condición y mejora de su CV.

Palabras clave: Calidad de vida; Ostomía; Enfermería en Salud Comunitaria.

Autor correspondente:
Amâncio António de Sousa Carvalho.
E-mail: amancioc@utad.pt

Recebido em 21/03/2018.
Aprovado em 24/07/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0075

INTRODUÇÃO

Em Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa de Ostomizados, em 2009 existiam cerca de 12 mil pessoas portadoras de estomias de todos os tipos, representando uma incidência de 0,12% da população estomizada, ou seja, aproximadamente 1/1000.[1]

Segundo a literatura, verificou-se que em 100 estomias de todos os tipos, 90 são de eliminação intestinal, estimando-se que existiam aproximadamente 13 mil pessoas portadoras de estomia de eliminação intestinal em Portugal no ano de 2012,[2] o que revela um aumento da prevalência dessa condição.

As estomias de eliminação intestinal podem classificar-se em jejunostomias, ileostomias e colostomias, temporárias e/ou definitivas. Cada um desses tipos de estomias apresenta especificidades próprias no que se refere à consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos de vida.

Por sua vez, as patologias que podem conduzir a uma intervenção cirúrgica, resultando na construção de uma estomia de eliminação intestinal, são: *i)* Neoplasias do cólon e reto (obstrução); *ii)* Diverticulite; *iii)* Perfuração intestinal; *iv)* Fístulas (anais, retovaginais e retouretrais); *v)* Doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa e doença de Crohn); *vi)* Doenças congênitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa).[3]

Estudo realizado com 114 indivíduos portadores de estomias intestinais concluiu que a causa predominante para a construção do estoma definitivo foram as neoplasias (81,4%), e para o estoma temporário, o traumatismo anorretal.[4] Sabendo que a causa com maior incidência de pessoas estomizadas se relaciona com a neoplasia do colo retal, é importante salientar e debruçarmo-nos sobre a incidência que ocupa esse grupo. De acordo com os dados do relatório Globocan 2008, da Agência Internacional de Investigação da Doença Oncológica (IARC), a neoplasia do colo retal era a terceira forma mais comum de neoplasia nos homens (663.904 casos, 10% do total) e a segunda forma mais comum nas mulheres (571.204 casos, 9,4% do total) em todo o mundo. Em Portugal, esse tipo de neoplasia é também o mais frequente.[5]

O impacto da presença da estomia determina uma alteração da imagem corporal, que possibilita o aparecimento de diversas reações, além da perda de parte de seu corpo, vivenciada pela pessoa. O aparecimento da estomia obriga a grandes transformações pessoais, podendo ocorrer estresse quando surgem exigências que sobrecarregam ou excedem as capacidades adaptativas de um indivíduo.[6]

A morbilidade associada a uma cirurgia para realização de uma estomia inclui também efeitos significativos na Qualidade de Vida (QV) do doente.[7] Um estudo realizado em Portugal,[8] na região Nordeste, com uma amostra de 105 portadores de estomia, revelou que a QV da maioria dos doentes estomizados era positiva, embora sentissem o impacto negativo na atividade laboral, com abandono do trabalho, redução da atividade sexual e na adequação da dieta à sua nova condição de vida.

Por sua vez, um estudo realizado na Romênia,[9] no qual participaram 56 doentes diagnosticados com cancro colo retal, concluiu que a estomia continua a ter um impacto negativo na QV dos doentes, sendo influenciada por diversos fatores como a etiologia da estomia, a localização do estoma e a depressão provocada pela doença e presença do estoma. A QV de uma amostra de 76 doentes estomizados na China[10] não era a ideal, sendo que os doentes experienciavam dificuldades laborais, em situações sociais, na sexualidade, imagem corporal e funcionamento da estomia. Outro estudo, realizado no Brasil[11] com 70 doentes estomizados, evidenciou que os participantes tiveram um decréscimo da QV e enfrentavam diversas mudanças na sua vida diária em nível fisiológico, psicológico, emocional e social.

O portador de estomia de eliminação intestinal necessita de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados, considerando todas as repercussões que essa condição implica em suas vidas: 35% deixaram de trabalhar, 98% referiram problemas na vida sexual,[12] 78,5% apresentavam complicações físicas na integridade da pele e estoma, manifestando-se sob a forma de complicações pós-estomia.[13]

No que se refere à atenção de enfermagem, a consulta em estomaterapia tem por finalidade o acompanhamento do estomizado desde o pré-operatório até à sua autonomia, minimizando e solucionando os problemas subjacentes, ajudando-o e à família na reabilitação e obtenção da melhor QV, pois a pessoa, ao vivenciar novas situações - como é o caso da estomia -, sofre um potencial desajustamento, e o enfermeiro é um profissional que impacta positivamente nesse processo de transição, que requer aceitação e adaptação à nova condição de vida.[14]

O estudo denominado "epidemiologia-investigação-cuidados em estomia (epico)", realizado em Portugal, entre 2004 e 2009, mostrou que a informação e aconselhamento que melhor satisfazem as necessidades da pessoa estomizada provêm dos enfermeiros com formação específica em estomaterapia (47%), seguidos do médico-cirurgião (16%) e dos enfermeiros do internamento (14%).[15]

Outro estudo, realizado na Inglaterra, comprovou que os estomizados atendidos em consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, apresentavam menores taxas de complicações do estoma e menor ansiedade no pós-operatório.[16]

A realização de uma estomia implica, sempre que possível e previamente à cirurgia, a escolha e a marcação do local provável para o estoma. A marcação do estoma deve ser realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta - se possível na presença do cirurgião -, tendo como objetivo principal a escolha adequada do local do estoma para que o doente se torne autônomo e independente no seu cuidado, promovendo, desse modo, o autocuidado. Além disso, uma boa localização do estoma permitirá a boa aderência do dispositivo coletor.[17]

As exigências, conferidas pela pessoa estomizada, levam a repensar a prestação de cuidados necessários para maior eficácia no desempenho dos profissionais de enfermagem, promovendo a articulação de serviços e a continuidade de cuidados à pessoa, família e comunidade.[18]

A consulta de enfermagem de estomaterapia ainda não era uma realidade em todos os hospitais portugueses em 2016, mesmo nas principais cidades do litoral,[19,20] mas, principalmente, nas cidades do interior, nas quais se começou a despertar, recentemente, para a importância da implementação dessa consulta.[8] Também em 2016 o organismo responsável pela elaboração de normas orientadoras para Portugal,[21] para o setor da saúde, emitiu as recomendações para a implementação da consulta de estomaterapia. Os doentes estomizados consideram muito importante o apoio recebido do enfermeiro estomaterapeuta nas unidades de saúde, nas quais existe essa consulta.

Em Portugal, e especificamente na região interior Norte, a investigação acerca da QV dos doentes estomizados é quase inexistente, sendo pertinente conhecer a percepção das pessoas portadoras de estomia acerca da sua QV, para que os cuidados de enfermagem possam ser mais específicos para a realidade individual e familiar, e constituírem um suporte essencial na transição doença-saúde em contexto comunitário.

É nesse âmbito de preocupação que surge este estudo, para o qual se definiram os seguintes objetivos: i) avaliar o impacto da estomia na QV do estomizado; ii) analisar a relação entre a QV e os cuidados prestados na consulta de enfermagem de estomaterapia.

MÉTODO

Estudo descritivo-correlacional, transversal, de abordagem quantitativa.[22] A população do estudo é composta por 100 indivíduos, número total de pessoas portadoras de estomia de eliminação intestinal acompanhadas na consulta de enfermagem de estomaterapia do Serviço de Consulta Externa, de um Centro Hospitalar do Norte, no interior de Portugal, na data da coleta de dados.

Definiu-se como critérios de inclusão: *i)* ser portador de uma estomia de eliminação intestinal; *ii)* ser acompanhado na consulta de enfermagem de estomaterapia do centro hospitalar. Como critérios de exclusão, consideramos: *i)* não apresentar um nível cognitivo intato avaliado por meio da escala de Folstein; ii) não compreender o português falado. Toda a população satisfez esses critérios. Por se tratar de uma população pequena, não foi aplicada qualquer técnica de amostragem, incluindo-se toda a população com estomia intestinal.

A escala de Folstein mede a severidade da perda cognitiva em um momento específico e segue o curso de mudanças cognitivas do indivíduo no tempo, contendo 11 itens, divididos em duas seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita sobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). O escore varia de 0 a 30 pontos. De 0 a 22 pontos corresponde à escolaridade de 0 a 2 anos; entre 23 a 24 pontos se apresenta de 3 a 6 anos de escolaridade; e 27 ou mais pontos, com 7 ou mais anos de escolaridade.[23] Eram excluídos os participantes com menos de 22 pontos, tendo todos os participantes obtido um escore superior.

Como instrumento de recolha de dados, foi utilizado um formulário constituído por quatro partes: a parte I visava obter os dados sociodemográficos; a parte II caracterizar o nível socioeconômico; a parte III incluía a escala *Quality of life questionnaire for a pacient with an ostomy*[24] e pretendia avaliar a QV dos participantes; a parte IV e última era constituída por questões relacionadas ao acompanhamento dos doentes na consulta de enfermagem de estomaterapia.

A escala de avaliação da QV do estomizado, validada para a língua portuguesa,[25] é constituída por 34 questões fechadas com três opções de resposta: sim, não e não se aplica, organizadas em vários temas - trabalho, apoio social, atividade sexual, suporte psicológico, vestuário, alimentação, implicações nutricionais, cuidados diários com o estoma e tipo de dispositivo usado para recolha de fezes -, cujo objetivo é avaliar o impacto da estomia no estilo de vida da pessoa. A segunda parte dessa escala pretende avaliar o impacto da estomia na QV da pessoa e inclui 43 itens, organizados em quatro domínios da seguinte forma: *i)* Domínio Bem-Estar Físico - itens 1 a 11; *ii)* Domínio Bem-Estar Psicológico - itens 12 a 24; *iii)* Domínio Bem-Estar Social - itens 25 a 36; *iv)* Domínio Bem-Estar Espiritual - itens 37 a 43. Este artigo foca apenas a QV global, que engloba a pontuação total dos 43 itens dos quatro domínios, da segunda parte da escala. As respostas são codificadas em uma pontuação de 0 a 10, em que 0 corresponde a péssima ou má QV e 10 a ótima ou excelente QV. A pontuação dos itens 1 a 12, 15, 18, 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37 foi invertida, de acordo com as indicações dos autores, uma vez que a pontuação 10 estava atribuída a situações de pior QV. O preenchimento do formulário ocorreu durante a consulta de enfermagem de estomaterapia, aplicado pelos investigadores, em uma área reservada, garantindo a privacidade da pessoa. A pesquisa desenvolveu-se entre agosto de 2012 e julho de 2013.

Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2012, tendo sido armazenados em um banco de dados construído especificamente para esse fim. A conclusão do banco de dados ocorreu em novembro de 2012, a partir do qual se iniciou a análise de dados. O banco de dados encontra-se no repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro[26] - https://repositorio.utad.pt/handle/10348/2919.

O tratamento dos dados foi efetuado por intermédio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20, com cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis em estudo, e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis rácio. Para o tratamento estatístico inferencial, utilizaram-se os testes paramétricos t de *Student* e Anova e, em alternativa, quando não se verificavam os pressupostos para a sua utilização, os testes não paramétricos *Kruskal Wallis* e *Mann Whitney*. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.[27]

Obteve-se Parecer favorável prévio do estudo da Comissão de Ética e Conselho de Administração do centro hospitalar, contexto de estudo (Protocolo de 1/08/2012 sem numeração), para sua realização, tendo sido solicitado a todos os participantes, na fase de coleta de dados, o consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo.

RESULTADOS

Em um primeiro momento, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes, seguida da caracterização das estomias e resultados relativos à QV dos participantes.

Caracterização sociodemográfica dos participantes - Do total de participantes, a maioria era do sexo masculino (62%), pertencia à faixa etária dos 65-90 anos (65%), possuía o 1º ciclo do ensino básico (54%), encontrava-se aposentado quanto à condição de trabalho (78%) e enquadrava-se na classe social média (83%) (Tabela 1). A média da idade foi de 68 ± 12,8 anos (dado que não consta da Tabela).

Quanto às características, o tipo de estomia predominante em nosso estudo foi a colostomia (79%), de caráter permanente (81%), sendo a neoplasia a causa etiológica mais prevalente para a construção de uma estomia de eliminação intestinal (73%). A maioria dos participantes não teve consulta de estomaterapia prévia à construção do estoma (86%), mas 55% reconheceram ter-lhes sido marcado o local de construção do estoma (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização % sociodemográfica dos participantes, Vila Real, Portugal (n = 100)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	62	**62,0**
Feminino	38	38,0
Faixa etária		
30-64 anos	35	35,0
65-90 anos	65	**65,0**
Habilitação Acadêmica ou Escolarização(*)		
Sabe ler e escrever	22	22,0
1º ciclo do ensino básico	54	**54,0**
2º ciclo do ensino básico	8	8,0
3º ciclo do ensino básico	10	10,0
Ensino secundário	3	3,0
Ensino superior	3	3,0
Situação profissional*		
Empregado	1	1,0
Desempregado	6	6,0
Aposentado	78	**78,0**
Baixa	10	10,0
Nunca trabalhou	5	5,0
Nível socioeconômico*		
Classe I - alta	5	5,0
Classe II - média alta	12	12,0
Classe III - média	83	**83,0**
Total	**100**	**100,0**

Fonte: Elaborado pelos autores, * a partir de estudos de Miranda[26]

Tabela 2. Caracterização % das estomias e participação na consulta de enfermagem, Vila Real, Portugal (n = 100)

Variáveis	N	%
Tipo de estomia*		
Jejunostomia	1	1,0
Ileostomia	20	20,0
Colostomia	79	**79,0**
Tempo de permanência*		
Permanente	81	**81,0**
Temporária	17	17,0
Paliativa	2	2,0
Etiologia*		
Neoplasia	73	**73,0**
Fístula	3	3
Perfuração intestinal	8	8,0
Diverticulite	4	4,0
Doença inflamatória intestinal	4	4,0
Outra	8	8,0
Consulta de enfermagem de estomaterapia prévia à construção do estoma		
Sim	14	14,0
Não	86	**86,0**
Foi-lhe marcado previamente o local de construção do estoma?		
Sim	55	**55,0**
Não	45	45,0

Fonte: Elaborado pelos autores, * a partir de estudos de Miranda[26]

Na avaliação das alterações em nível da atividade laboral, sexual, vestuário e alimentação, foram evidentes as alterações pós-estomias, pois 99% dos indivíduos não exerciam qualquer atividade laboral em tempo integral e 100% em tempo parcial, sendo que 28% deixaram de trabalhar devido à estomia. Relativamente à atividade sexual, constatamos que 48% dos indivíduos sexualmente ativos antes da estomia reduziram a atividade sexual depois de sua construção, admitindo-se insatisfeitos atualmente (44%), e entre os homens 88,7% referiram problemas na ereção ou a sua manutenção. Quanto ao vestuário, a maioria dos participantes (56%) referiu que não alterou seu estilo de vestuário devido à estomia. No que se refere à alimentação, observamos que a maioria (57%) não a reajustou por causa da estomia, nem alterou a sua dieta para prevenir a emissão de gases em público (64%). No entanto, referiram evitar ingerir bebidas com gás (91%) e comer petiscos (87%) (Tabela 3).

Qualidade de vida dos participantes - A pontuação total da escala da QV varia entre 0 e 430 pontos. A média da pontuação da QV foi de 257,81 ± 71,029 pontos, o mínimo 94 e o máximo 392 pontos. Se levarmos em conta o ponto médio

Tabela 3. Impacto da estomia % nas atividades laboral, sexual, vestuário e alimentação, Vila Real, Portugal (n = 100)

Variáveis	Itens	Não		Sim		Não se Aplica	
		N	%	N	%	N	%
Atividade laboral	Trabalha a tempo inteiro?	99	**99,0**	1	1,0	0	0,0
	Trabalha em tempo parcial?	100	100,0	0	0,0	0	0,0
	Deixou de trabalhar devido à estomia?	72	72,0	28	**28,0**	0	0,0
Atividade Sexual*	Era sexualmente ativo antes da cirurgia?	52	52,0	48	**48,0**	0	0,0
	Reduziu a sua atividade sexual depois de ter uma estomia?	37	37,0	48	**48,0**	15	15,0
	Está satisfeito com a sua atividade sexual?	44	**44,0**	10	10,0	46	46,0
	Se é homem, tem problemas na ereção ou na sua manutenção?	7	11,3	55	**88,7**	0	0,0
Vestuário*	A localização da estomia causa-lhe problemas?	62	**62,0**	38	38,0	0	0,0
	Teve que alterar o estilo do seu vestuário devido à estomia?	56	**56,0**	44	44,0	0	0,0
Alimentação*	Reajustou a sua alimentação por causa da estomia?	57	**57,0**	43	43,0	0	0,0
	Alterou a sua dieta para prevenir a emissão de gases em público?	64	**64,0**	36	36,0	0	0,0
	Evita beber bebidas com gás?	9	9,0	91	**91,0**	0	0,0
	Evita comer produtos derivados de leite?	78	78,0	22	22,0	0	0,0
	Evita comer frutos?	100	100,0	0	0,0	0	0,0
	Evita comer petiscos?	12	12,0	87	**87,0**	1	1,0
	Evita comer vegetais?	98	98,0	2	2,0	0	0,0

Fonte: Elaborado pelos autores, * a partir de estudos de Miranda[26]

da pontuação da escala (215 pontos) como ponto de corte na categorização da QV, constatamos que a maioria dos participantes no estudo (67%) apresentava uma QV positiva e razoável.

Na codificação de 0 a 10 pontos, a média da QV foi de 5,996 ± 1,652 pontos, o mínimo de 2,19 e o máximo de 9,12 pontos, localizando-se também ligeiramente acima do ponto médio.

A média da pontuação da QV não diferiu significativamente em termos estatísticos quanto ao sexo (t de Student: $p \geq 0,645$), classe etária (t de Student: $p \geq 0,163$), habilitações acadêmicas (ANOVA: $p \geq 0,940$) e nível socioeconômico (Kruskal-Wallis: $p \geq 0,295$).

Verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas entre a média da pontuação das diferentes etiologias para a construção de uma estomia de eliminação intestinal (t de Student: $p < 0,005$), dos tipos de estomia (Kruskal-Wallis: $p < 0,035$), quanto ao usufruir de preparação prévia (Mann-Whitney: $p < 0,000$) e caso se verificou ou não marcação prévia do estoma (t de Student: $p < 0,000$). Contudo, entre os participantes cuja etiologia do estoma foi a neoplasia, os portadores de colostomia, os estomizados que tiveram preparação prévia e marcação do estoma apresentavam melhor QV (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino era previsível, uma vez que em Portugal, o sexo masculino é o mais afetado por doenças do aparelho digestivo.[28] Também se previa que a faixa etária superior aos 65 anos fosse a mais prevalente, não só pelo aumento da esperança média de vida, mas também pelo fato de ser o grupo etário com maior incidência de neoplasia do colorretal, etiologia principal para a confecção de uma estomia de eliminação intestinal.

Um estudo realizado em Portugal, também na região Norte, com uma amostra de 112 homens colostomizados, constatou que a maioria pertencia ao grupo etário dos 32-64 anos (87,5%), possuía o 1º ciclo do ensino básico (43,7%), era casada (83,9%), não ativa-aposentada (67,9%) e enquadrava-se na classe média (58,0%).[29] Este estudo, em todas essas características sociodemográficas, só difere no grupo etário, uma vez que a nossa população incluía pessoas mais velhas, possivelmente devido ao fato de o estudo em comparação ser constituído por uma amostra apenas de homens.

Uma investigação com participação de 140 estomizados norte-americanos, da cidade de New York,[13] apresentou resultados similares aos nossos quanto à idade, em que a amostra tinha idades compreendidas entre os 23 e os 89 anos e uma média de idade de 65,02 anos, média ligeiramente inferior à do presente estudo. O predomínio do sexo feminino (59,3%) e das habilitações acadêmicas mais elevadas naquele estudo, uma vez que 39,3% da amostra possuíam o ensino superior, podem ser explicados com base nas diferenças culturais e por se tratar de indivíduos oriundos de uma grande cidade cosmopolita.

Tabela 4. Resultados dos testes estatísticos entre a pontuação da QV e as características sociodemográficas, da estomia e preparação prévia dos participantes, Vila Real, Portugal (n = 100)

Variáveis	Teste	Valor do teste (F)	Graus de liberdade	*p*
QV x sexo	T	0,462	98	0,645
QV x classes etárias	T	-1,404	98	0,163
QV x habilitações acadêmicas	Anova	0,062	2	0,940
QV x nível socioeconômico	*Kruskal Wallis*	2,441	2	0,295
QV x etiologia	T	2,860	98	**0,005**
QV x tipo de estomia	*Kruskal Wallis*	6,679	2	**0,035**
QV x preparação prévia	*U Mann Whitney*	101,500		**0,000**
QV x marcação do estoma	T	5,271	98	**0,000**

Os indivíduos incluídos no nosso estudo pertencem a uma população tipicamente rural, com características próprias e escolaridade básica.[30]

Outra pesquisa com uma amostra de 215 pessoas, realizada na cidade de São Paulo (Brasil),[31] constatou que 51,6% dos indivíduos eram do sexo masculino, com idade superior a 50 anos (73%), casados (52,1%), majoritariamente com o 1º ciclo do ensino básico (48,4%) e 80,9% sem ocupação, em que foram incluídos os aposentados e as domésticas, características sociodemográficas bastante coincidentes com as do nosso estudo.

Os dados referentes às caraterísticas das estomias vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados nesse âmbito, como o realizado na cidade de Lisboa (Portugal),[32] onde as colostomias também eram o tipo de estomia de eliminação intestinal mais presente (72,5%) e majoritariamente definitivas (79,8%).

Também o estudo realizado no Brasil, na cidade de S. Paulo,[31] apresentava uma amostra com características das estomias semelhantes às dos participantes do nosso estudo, em que 67,4% das estomias intestinais correspondiam à colostomia, 63,7% eram de caráter definitivo e cuja causa predominante era a neoplasia (59,1%).

O estudo realizado em New York (USA)[13] apresenta resultados em relação a esses parâmetros um pouco diferentes dos nossos, nomeadamente, no tipo de estomia, em que o maior número são as ileostomias (61,4%), todas permanentes (100%), justificado pela etiologia dominante para a presença de um estoma intestinal nesses doentes, a colite ulcerosa (39,3%), ainda que seguida da neoplasia (27,9%).

Na investigação realizada com uma amostra de 51 pessoas estomizadas na cidade da Guarda, Região da Beira, no interior de Portugal,[18] a maioria dos inquiridos apresentava uma colostomia (96,0%) e de caráter permanente (90,2%), recebeu informação pré-operatória (76,5%), e 35,7% recorreu à consulta de enfermagem de estomaterapia. As características da colostomia são coincidentes com as do nosso estudo, mas na referida investigação nota-se uma subida acentuada dos inquiridos que participaram na consulta de enfermagem de estomaterapia, provavelmente devido ao fato de aquela ser mais recente do que a nossa e as consultas estarem a ter maior demanda.

Quanto aos resultados relativos à marcação do estoma, esta foi presente em 72,9% dos indivíduos inquiridos nos EUA (New York),[13] percentual superior ao obtido no presente estudo. Aquele valor coaduna-se com o fato de, naquele país, a estomaterapia ser uma realidade antiga, precisamente desde a década de 1960, sendo acessível a um maior percentual de doentes.[3] Na realidade portuguesa, a consulta de enfermagem de estomaterapia ainda está em uma fase de implementação.

No que diz respeito à atividade laboral, na pesquisa efetuada em New York, 47,9% dos participantes a exerciam após a estomia, mas 23,8% admitiram ter alterado o seu trabalho;[13] enquanto na nossa pesquisa a quase totalidade dos participantes não exercia qualquer atividade laboral, e o percentual de estomizados que a alterou devido a essa condição foi muito semelhante. A discrepância entre os dois estudos pode dever-se às diferenças culturais entre os dois povos e à forma como ambos reagem a essa condição. Contudo, os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura consultada,[33] que afirma que a presença de uma estomia pode ser um elemento que incapacita a pessoa de desenvolver ou até de manter a atividade laboral, tendo um caráter mais negativo no homem.

Quanto ao impacto da estomia na atividade sexual, 58,2% da amostra de estomizados investigada em Lisboa[32] apresentaram alterações na qualidade da sua sexualidade após a estomia, refletindo-se na satisfação conjugal, percentual ligeiramente superior ao do presente estudo. Essa dimensão da vida humana também foi abordada no estudo realizado nos EUA,[13] tendo-se verificado que 71,4% dos participantes reduziram a atividade após cirurgia e 69% dos homens admitiram ter problemas na ereção ou a sua manutenção, resultados que diferem do presente estudo, tanto no primeiro percentual, que é mais elevado naquele estudo, como no segundo percentual, que é mais elevado em nosso estudo.

A sexualidade é um aspecto que depende de muitas variáveis e da realidade de cada pessoa, o que torna difícil explicar essas diferenças. No entanto, está de acordo com resultados apresentados em estudo de revisão integrativa realizado no Brasil, que refere que a presença do estoma interfere de forma significativa na atividade sexual, afetando ambos os sexos, podendo a mulher apresentar perda da libido e o homem diminuição ou ausência de ereção.[34]

Em termos de alimentação, a maioria dos participantes em nosso estudo não alterou a sua dieta, mas referiu evitar bebidas com gás (91%) e comer petiscos (87%), resultados que corroboram o estudo brasileiro, o qual relata restrição alimentar e que muitos estomizados evitam comer alimentos que causem gases ou são de rápida digestão.[34]

Em relação à média da pontuação da QV de 0 a 10 pontos, esta é inferior ao do estudo realizado em New York,[13] que foi de 7,56 ± 1,59 pontos. Essa diferença poderá ser explicada pelo fato de a consulta de enfermagem de estomaterapia estar há mais tempo implementada nos EUA e a consulta em Portugal ainda não dar apoio suficiente a esses utentes.

Embora o estudo realizado na cidade da Guarda (Portugal)[18] tivesse utilizado o SF36 para avaliar a QV dos inquiridos, verificou-se que 78,4% da amostra classificavam a sua QV entre excelente e razoável - percentual um pouco superior ao do presente estudo -, e obteve na escala uma média global de 50,2 pontos, significando uma percepção positiva da QV, um pouco acima do ponto médio.

Numa pesquisa realizada no município de Uberaba (MG--Brasil),[35] com uma amostra de 850 idosos, a maioria percebia a QV como boa (58,2%), que corresponde à percepção positiva no presente estudo, no qual obtivemos um percentual ligeiramente mais elevado.

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as caraterísticas sociodemográficas e a QV no nosso estudo, tal como sucedeu no estudo da Guarda (Portugal),[18] - exceto quanto à escolaridade -, uma vez que neste estudo os participantes com maior escolaridade apresentaram melhor QV em quase todas as dimensões.

Tal como neste estudo, também no estudo de Minas Gerais[35] não se constataram diferenças estatísticas significativas entre a QV das duas classes etárias. No entanto, quando verificamos a diferença estatística entre a média da QV quanto à marcação prévia do local do estoma, enquanto no nosso estudo observamos uma diferença estatística significativa, com os estomizados que fizeram marcação prévia do estoma a referirem melhor QV, no estudo realizado nos EUA[13] não foram encontradas diferenças estatísticas significativas. A explicação para essa diferença entre os dois estudos poderá residir no fato da grande maioria da amostra de estomizados americanos participar na consulta de estomaterapia.

Os resultados dos testes relativos à influência da preparação prévia do estomizado e informação que receberam antes da cirurgia revelam, tanto neste estudo como no estudo da Guarda (Portugal),[18] diferenças estatísticas significativas, com a melhor QV a ser percebida pelos estomizados que receberam preparação prévia, respeitante a cuidados de enfermagem, no âmbito da consulta de estomaterapia. Isto significa que os cuidados de enfermagem oriundos da consulta de enfermagem, contribuíram para a melhoria da QV. Esses resultados corroboram também com os obtidos em pesquisa realizada na Inglaterra,[16] que demonstrou que a consulta de enfermagem no pré-operatório diminuiu a taxa de complicações e contribui para uma melhor QV.

As principais limitações deste estudo relacionam-se com o fato de não se tratar de uma amostra aleatória, e de ser um estudo transversal. Com a realização de um estudo longitudinal, seria possível confirmar o efeito positivo dos cuidados prestados, na consulta de estomaterapia, na QV dos participantes.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O padrão dos participantes no estudo correspondeu a indivíduo do sexo masculino, idoso, casado, com o 1º ciclo do ensino básico, aposentado e da classe social média. Era portador de colostomia permanente, cuja etiologia foi a neoplasia, com preparação prévia e consequente marcação do estoma na consulta de enfermagem de estomaterapia.

O impacto da estomia nas AVD dos participantes no estudo foi maior na atividade laboral, verificando-se que 28% deixaram de trabalhar devido à estomia, e na atividade sexual, na qual houve a redução de 48%, e 88,7% dos homens referiram problemas de ereção. A QV dos participantes pode considerar-se ser razoável.

Não se observou existir relação entre a QV e as características sociodemográficas dos participantes. Quanto à relação entre a QV e as características das estomias (etiologia e tipo de estomia), bem como a participação na consulta de enfermagem de estomaterapia (preparação prévia do doente para a estomia, marcação prévia do estoma), constatamos a existência dessa relação. Isto demonstra que a preparação do paciente na consulta e os cuidados de enfermagem prestados se revelam indispensáveis para a adaptação das pessoas à sua nova condição de vida e, por conseguinte, contribuem para melhorar a sua QV.

A realização desta investigação permitiu salientar a importância dos cuidados de enfermagem, no âmbito da consulta de enfermagem de estomaterapia, no acompanhamento e apoio personalizados à pessoa nas diferentes fases de adaptação à sua nova condição de vida.

Esses aspectos surgem como um desafio para o enfermeiro, exigindo uma otimização e personalização das intervenções de enfermagem, ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa, facilitando o processo de sua transição e capacitação para o autocuidado à estomia.

Diante desses resultados e considerações, parece-nos mais do que justificada a existência de uma consulta de estomaterapia, nos cuidados de saúde diferenciados com protocolos de referenciação à saúde primários, facilitando a continuidade da assistência na comunidade à pessoa estomizada, constando esta temática no plano formativo dirigido aos enfermeiros prestadores de cuidados, nas unidades funcionais de saúde dos agrupamentos de centro de saúde da região.

Emergiu, ainda, a importância de pesquisas em prol da melhoria dos cuidados prestados aos estomizados, bem como da sua qualidade de vida. Nosso estudo tem contribuído para motivar outras investigações deste âmbito (não publicadas), tendo levado um grupo de investigadores a replicá-lo em todo o território português, incluindo ilhas, com o intuito de fundamentar ainda mais estes resultados.

AGRADECIMENTO

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais (Portugal) mediante a FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), por meio do COMPETE 2020 - Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (POCI), no âmbito do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho), com a referência POCI-01-0145-FEDER-007562. O autor que obteve o recurso foi o segundo neste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira A, Seiça A, Morais I. Pessoa ostomizada. Enferm Cidadão. 2009;7(20):3-5.
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). Ileostomy new patient guide [on line]. Mission Viejo (CA): United Ostomy Associations of America. [Internet] 2012. [cited 2013 Jan 11]. Available from: https://www.ostomy.org/?s=2.%09United+Ostomy+Associations+of+America+%28UOAA%29.+Ileostomy+new+patient+guide+
3. United Ostomy Associations of America (UOAA). Colostomy guide [on line]. Kennebunk (ME): United Ostomy Associations of America. [Internet] 2011. [cited 2013 Jan 11]. Available from: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/ColostomyGuide.pdf?direct=1
4. Santos V, Kimura M, Chaves E. Quality of life and coping of persons with temporary and permanente stomas. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2006 Sep/Oct; [cited 2017 Mar 8]; 33(5):503-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133138
5. International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon (FR): IARC. [Internet] 2008. [cited 2013 Jan 11]. Available from: https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php
6. Pinto IMS. Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014.
7. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR, et al. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. Dis Colon Rectum [Internet]. 2015 Apr; [cited 2017 Nov 8]; 58(4):375-87. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25751793
8. Oliveira AMP. Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste [Dissertação]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde; 2016. Available from: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13339/1/Tese%20Final%20CD.pdf
9. Ciorogar G, Zaharie F, Ciorogar A, Birta D, Degan A, Balint I, et al. Quality of life outcomes in patients living with stoma. HVM Bioflux [Internet]. 2016; [cited 2018 May 30]; 8(3):137-40. Available from: http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/2016.137-140.pdf
10. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. Int J Nurs Sci [Internet]. 2014 Jun; [cited 2018 May 30]; 1(2):196-201. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013214000428
11. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J Coloproctol (Rio J) [Internet]. 2014 Oct/Dec; [cited 2018 May 30]; 34(4):231-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632014000400231
12. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. Dis Colon Rectum [Internet]. 1999 Dec; [cited 2017 Aug 15]; 42(12):1569-74. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10613475
13. Youngberg DR. Individuals with a permanent ostomy: Quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out-of-pocket financial costs for ostomy management [Thesis]. New York: Teachers College, Columbia University; 2010. [cited 2017 Dec 10]. Available from: https://pqdtopen.proquest.com/doc/756455421.html?FMT=ABS
14. Martins CG. Sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: que intervenção? [Dissertation]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013.
15. Morais I, Neves D, Seiça A. Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos. Nursing. 2009;21(251):28-30.
16. Rust J. Care of patients with stomas: the pouch change procedure. Nurs Stand. 2007 Oct 23;22(6):43-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=16.%09Rust+J.+Care+of+patients+with+stomas%3A+the+pouch+change+procedure.+Nursing+Standard.+2009%3B+22(6)%3A+43-47
17. Santos VLCG. Cuidando do estomizado: Análise da trajectória no ensino, pesquisa e extensão [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006. [cited 2012 Sep 20]. Available from: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-15092006-145018/en.php
18. Pinto MIAC. A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida [Dissertation]. Guarda: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda; 2012.
19. Antunes ESSB. Cuidar em parceria: O enfermeiro, a pessoa idosa e sua família, na fase pré e pós colostomia [Internship report]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2016. Available from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16509/1/Tese%20FINAL.pdf
20. Portela J. Preparação pré-operatória com a pessoa com estomia: promover uma transição saudável [Project paper report]. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; 2015. Available from: http://hdl.handle.net/10400.26/11259
21. Direção-Geral da Saúde (DGS). Norma 014/2016. Indicações clínicas e intervenções nas ostomias de alimentação em idade pediátrica e no adulto. Lisboa: DGS [Internet]. 2016; [cited 2018 May 30]. Available from: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Norma_014-2016_Ostomizados.pdf
22. Fortin MF, Côté J, Fillion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
23. Apóstolo J. Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). [Internet]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012. [cited 2012 Sep 20]. Available from: file:///C:/Users/susana/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12.pdf
24. Grant M, Ferrell B, Dean G, Uman G, Chu D, Krouse R. Revision and psychometric testing of the city of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire. Qual Life Res [Internet]. 2004 Oct; [cited 2017 Aug 15]; 13(8):1445-57. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503840
25. Kimura M. Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers [Free teaching thesis] [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999. [cited 2012 Sep 20]. Available from: http://bdpi.usp.br/single.php?_id=001041949
26. Miranda LSG. A importância da consulta de Enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade [Dissertation]. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2013. Available from: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/2919/1/msc_lsgmiranda.pdf
27. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. Pêro Pinheiro (PT): Report Number; 2014.
28. Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2011 resultados definitivos - Portugal. Lisboa (PT): INE; 2012.

29. Reis FF, Carvalho AAS, Santos CSB, Rodrigues VMCP. Percepção sobre o apoio social do homem colostomizado na Região Norte de Portugal. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 Oct/Dec; [cited 2015 Mar 15]; 18(4):570-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0570.pdf
30. Pordata. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Lisboa (PT): Pordata; 2013 [Internet]. Available from: www.pordata.pt
31. Gomboski G. Adaptação cultural e validação do City of Hope - Quality of Life - Ostomy Questionaire para a língua portuguesa no Brasil [Dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. [cited 2013 Sep 30]. Available from: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01082011-074203/pt-br.php
32. Menezes MPNC. Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados [dissertação]. Lisboa (PT): Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa; 2008.
33. Gomes CG, Santos FMP, Ferreira VL. Vivências de Pessoas Ostomizadas com Doença de Crohn. Rev Ref. 2010;12:19-34. Available from: file:///C:/Users/susana/Downloads/2.%C2%BA_Classificado.pdf
34. Ribeiro JMC. Qualidade de vida de pessoas com ostomia intestinal: revisão integrativa [Completion of course work] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem; 2015. [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10685/1/2015_JarineManuelleCastroRibeiro.pdf
35. Tavares DMS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMF. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Apr/Jun; [cited 2017 Mar 8]; 16(2):371-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200023