

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ESTOMIZADOS INTESTINAIS

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE IN INTESTINAL OSTOMY PATIENTS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL

Cristilene Akiko Kimura¹
Rodrigo Marques da Silva²
Dirce Bellezi Guilhem³
Karina Ribeiro Modesto⁴

Como citar este artigo: Kimura CA, Silva RM, Guilhem DB, Modesto KR. Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais. Rev baiana enferm. 2020;34:e34529.

Objetivo: verificar a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos na qualidade de vida de pacientes estomizados intestinais. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado com 73 pacientes estomizados intestinais, que responderam um formulário sociodemográfico e clínico e o *City of Hope Quality of Life Colostomy patients*, em fevereiro de 2016. Utilizou-se a regressão linear com método *backward* e significância de 5% no *Statistical Package for Social Science*. **Resultados:** idade e prática de religião aumentaram a qualidade de vida geral. Praticar a religião, estar desempregado, não ser tabagista, receber acompanhamento ambulatorial e o número de contribuintes da renda levaram ao maior bem-estar físico. Menor idade e maior tempo após a cirurgia implicaram maior bem-estar psicológico. Menor idade e sexo feminino associaram-se ao menor bem-estar social. Estar desempregado resultou em menor bem-estar espiritual. **Conclusão:** os fatores sociodemográficos e clínicos contribuíram para alteração da qualidade de vida dos pacientes estomizados intestinais.

Descritores: Estomia. Qualidade de Vida. Estudos Transversais.

Objective: to assess the association between sociodemographic and clinical factors and quality of life of intestinal ostomy patients. Method: cross-sectional and analytical study, carried out with 73 patients with intestinal stoma, who answered a sociodemographic and clinical form and the City of Hope Quality of Life Colostomy Patients in February 2016. The linear regression with backward method and significance level of 5% were used on the Statistical Package for Social Science. Results: age and religion increased the overall quality of life. Religion, unemployment, non-smoker, receiving outpatient follow-up and the number of income contributors led to greater physical well-being.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora Acadêmica na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. cristilenekimura@senaaires.com.br. <https://orcid.org/0000-0002-7294-0136>.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. marques-sm@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4569-9081>.

⁴ Bióloga. Mestre em Ciências Genômicas. Docente na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1255-9288>.

Lower age and greater time after surgery resulted in greater psychological well-being. Lower age and female sex were associated with less social well-being. Unemployment resulted in lower spiritual well-being. Conclusion: the clinical and sociodemographic factors contributed to changing the quality of life of intestinal ostomy patients.

Descriptors: Ostomy. Quality of Life. Cross-Sectional Studies.

Objetivo: evaluar la asociación de factores sociodemográficos y clínicos sobre la calidad de vida de los pacientes con estoma intestinal. Método: estudio transversal y analítico, realizado con 73 pacientes con estoma intestinal, que respondieron a un formulario sociodemográfico y clínico de la City of Hope Quality of Life Colostomy Patients en febrero de 2016. Se utilizó la regresión lineal con el método backward y el nivel de significancia del 5% en el Statistical Package for Social Science. Resultados: la edad y la práctica de la religión aumentaron la calidad de vida en general. La práctica de la religión, estar desempleado, no ser un fumador, recibir el seguimiento ambulatorio y el número de contribuyentes de renta llevaron a un mayor bienestar físico. Menor edad y mayor tiempo después de la cirugía se tradujeron en un mayor bienestar psicológico. Menor edad y el sexo femenino se asociaron con menor bienestar social. Estar desempleado resultó en menor bienestar espiritual. Conclusión: los factores sociodemográficos y clínicos contribuyeron a la alteración de la calidad de vida de los pacientes con estoma intestinal.

Descritores: Estomía. Calidad de Vida. Estudios Transversales.

Introdução

As doenças crônicas são, atualmente, as principais causas de mortalidade no mundo, sendo o aumento de sua ocorrência relacionado à intensificação de fatores ambientais, sociais e de estilo de vida negativos. Essas doenças, dentre elas o câncer, são geralmente associadas a distúrbios cognitivos (atenção e memória) e físicas que reduzem a interação e inclusão social dos indivíduos acometidos⁽¹⁾. No Brasil, entre 2018 e 2019, espera-se 600 mil casos novos de câncer a cada ano. À exceção do câncer de pele não melanoma, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Em âmbito global, espera-se a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas incluem os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes⁽²⁾.

O câncer é uma enfermidade que envolve diversos estigmas sociais, além de ser frequentemente associado à morte, ao sofrimento e à dor, apesar dos notáveis avanços tecnológicos e terapêuticos recentes. Dessa forma, receber o diagnóstico de uma doença como o câncer e realizar o tratamento proposto, além de enfrentar seus efeitos adversos e riscos envolvidos, faz com que os pacientes alterem suas vidas nos campos social, familiar e conjugal⁽³⁾.

Dentre os tratamentos existentes, têm-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal

e a cirurgia. Essa última configura-se como um método vantajoso, dado que apresenta capacidade de cura para notável número de casos; nenhum efeito carcinogênico; não possui risco de resistência biológica; e permite um estadiamento mais adequado do tumor. Todavia, quando o câncer desenvolve-se no cólon e reto, muitas vezes é necessária a confecção de um estoma intestinal como parte do tratamento cirúrgico, a fim de possibilitar a sobrevivência do paciente⁽³⁻⁴⁾. Assim, a estomia, abertura criada cirurgicamente na parede abdominal, para facilitar a eliminação das fezes, é necessária como método terapêutico emergencial ou até mesmo paliativo⁽⁵⁻⁶⁾.

Nesse contexto, a confecção de uma estomia em ambiente cirúrgico altera a integridade física do paciente, elemento importante para o seu bem-estar individual e interação social. Frente a uma circunstância patológica, é comum que a presença da estomia e as modificações do corpo trazidas com ela levem a problemas de ordem física, psicológica, espiritual e social⁽⁷⁾, dentre os quais: problemas sexuais, sentimentos depressivos, constipação, insatisfação com a aparência, mudança no vestuário, baixa autoestima, mau-cheiro, dificuldade de viajar, sentimento de cansaço e preocupação com os sons produzidos⁽⁸⁻⁹⁾. Portanto, a pessoa com estomia intestinal requer

a manutenção de cuidados especializados, a fim de promover a independência para o autocuidado, a adesão ao tratamento e a melhor qualidade de vida (QV) possível⁽⁷⁾.

A Organização Mundial da Saúde define a QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{(10:1405, tradução nossa)⁵}. Assim, trata-se de um conceito subjetivo, que alude a satisfação pessoal relacionada a vários aspectos, especialmente aqueles considerados essenciais para a vida da pessoa. Em revisão sistemática da literatura realizada em 2015, foi identificado que conviver com estomia (seja ela confeccionada por motivo de câncer ou não) afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes⁽⁸⁾. Os fatores relacionados à queda na qualidade de vida pela presença da estomia incluem mudanças físicas que impactam na interação social e produzem sentimentos negativos (baixa autoestima, ansiedade, depressão e isolamento social) decorrentes da mudança da aparência e complicações com a estomia⁽⁸⁻⁹⁾.

Embora se saiba que viver com estomia intestinal, especialmente quando associado ao diagnóstico de câncer, produz alterações que podem levar à queda na qualidade de vida, pouco se sabe sobre os elementos sociodemográficos e clínicos que podem contribuir para esse desfecho. A exemplo disso, destaca-se a investigação realizada com 60 pacientes estomizados intestinais (após diagnóstico de câncer colorretal) do estado de São Paulo. Nessa pesquisa, foi identificado que os fatores sociodemográficos e clínicos – sexo feminino, baixa renda, não ter parceiros sexuais e falta de orientação – apresentaram diferenças estatísticas significantes com a qualidade de vida geral⁽¹¹⁾. No entanto, determinadas variáveis não foram analisadas na associação com a QV, tais como: religião, instrução, situação frente ao trabalho, causa da estomia intestinal, tempo de estomizado, caráter da estomia, uso de irrigação e comorbidades. Posteriormente, não foram

identificados novos estudos com a análise descrita na população de estomizados intestinais. A verificação dessa relação é importante para identificar fatores que possam ser prevenidos, controlados ou modificados por meio de novas estratégias em saúde, pela construção e/ou aperfeiçoamento de programas e políticas públicas de saúde e de programas sociais voltados a esses pacientes.

Com base nisso, o objetivo deste estudo foi verificar a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos na qualidade de vida de pacientes estomizados intestinais.

Método

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado junto aos pacientes cadastrados no programa de assistência ambulatorial a estomizados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil. Foram incluídos, homens e mulheres com idade superior a 18 anos, colostomizados e submetidos à confecção de estomia intestinal por mais de 12 meses. Foram excluídos: crianças, adolescentes, gestantes, lactantes, acamados e com deficiências físicas ou psíquicas.

Utilizou-se a amostragem não probabilística intencional, de maneira que o tamanho amostral foi determinado levando-se em consideração a limitação espacial das instalações do serviço de saúde (100 indivíduos por sessão) e o número de pacientes atendidos no período de coleta. Dessa forma, 80 pacientes foram inicialmente incluídos, sendo 7 excluídos por desistirem de participar da pesquisa, obtendo-se uma amostra final de 73 pacientes estomizados intestinais.

A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2016 por meio de um questionário sociodemográfico e clínico, de formulário de dados antropométricos e do *City of Hope - Quality of Life - Ostomy Questionnaire* (COH-QOL-OQ). Os instrumentos foram aplicados coletivamente, antes das sessões de atendimento no serviço de saúde, àqueles que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura em duas vias do Termo de

⁵ *Individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.*

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após explicação dos objetivos e procedimentos propostos, destinando-se uma via ao participante e outra ao pesquisador.

O questionário sociodemográfico e clínico, criado pelos autores, envolveu as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, convívio familiar, religião, prática religiosa, instrução, situação frente ao trabalho, renda familiar; e os seguintes dados clínicos: causa da estomia intestinal, tempo de estomizado, caráter da estomia, uso de irrigação e comorbidades. Incluiu-se ainda, nesta análise, questões referentes ao acompanhamento no serviço e recebimento de equipamentos coletores.

O COH-QOL-OQ foi desenvolvido por meio da atualização e expansão, na década de 1980, do *City of Hope - Quality of Life - Colostomy patients*⁽¹²⁻¹³⁾. O COH-QOL-OQ objetiva avaliar a QV de pacientes estomizados e é composto por 43 itens organizados em quatro domínios: Bem-estar Físico-BEF (itens 1 a 11), Bem-estar Psicológico-BEP (itens 12 a 24), Bem-estar Social-BES (itens 26 a 36) e Bem-estar Espiritual-BEE (itens 37 a 43). As respostas foram avaliadas em escala *Likert* de 10 pontos, em que 0 (zero) equivale a uma QV ruim e 10 (dez) é considerado uma excelente QV⁽¹²⁻¹⁴⁾. Para a análise, as pontuações atribuídas pelos respondentes para cada item do domínio foram somadas e divididas pelo número de itens do próprio domínio. O escore total foi obtido através da média aritmética das 43 questões contidas no instrumento (adicionou-se a pontuação de todos os itens do instrumento e dividiu-se por 43). Valores superiores ou iguais à média foram considerados como alta qualidade de vida e valores inferiores, como baixa qualidade de vida. Ainda, os itens 1 a 12, 15, 18 e 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37 apresentam escala inversa, isto é, a pontuação atribuída pelos respondentes na escala *Likert* deve ser invertida antes de se proceder a análise⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Para a organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (*Office* 2010) e utilizado o Pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (Versão 20.0). Para a análise, utilizou-se a regressão linear

simples, com método *backward* para a seleção das variáveis, o R^2 Ajustado como indicador de ajuste do modelo, e o ANOVA (Teste F) como indicador de significância. A correlação parcial e o respectivo valor de p foram utilizados como critérios de exclusão de variáveis nos modelos testados. Em cada modelo foram excluídas as variáveis com a menor correlação parcial até a obtenção do modelo final. O efeito de cada preditor sobre o desfecho nível de estresse foi avaliado por meio dos valores de Beta, adotando-se significância estatística de 5%. Foram avaliados os pressupostos de linearidade das relações e a normalidade dos erros para definição do modelo final. Os resíduos (diferença entre valor observado e esperado) foram avaliados em cada modelo por meio do Fator de Inflação da Variância (VIF). O alfa de *Cronbach* foi aplicado para análise da confiabilidade dos instrumentos aplicados⁽¹⁵⁾.

A pesquisa foi aprovada em 13 de outubro de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), sob o Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 46323815.2.0000.0030, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES), sob a CAAE n. 46323815.2.3001.5553.

Resultados

Dos 180 pacientes inicialmente previstos, 39 não atenderam a pelo menos um dos critérios de elegibilidade, 61 não aceitaram participar da pesquisa, 1 paciente foi a óbito, 2 mudaram de estado e 4 desistiram por motivos pessoais. Assim, 73 pacientes compuseram a amostra final deste estudo.

Na análise de confiabilidade dos instrumentos, obtiveram-se alfas de 0,86 para os 43 itens da COH-QOL-OQ. Ademais, obteve-se alfa de 0,88 para o domínio Bem-estar Físico, de 0,72 para Bem-estar Psicológico, de 0,81 para Bem-estar Social e de 0,73 para Bem-estar Espiritual. Esses valores atestam confiabilidade

satisfatória aos instrumentos utilizados nesta pesquisa⁽¹⁵⁾. Na Tabela 1, apresentam-se as

características sociodemográficas dos pacientes estomizados intestinais.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes estomizados intestinais. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2016 (N=73)

Variável	n	%	Média	Desvio-Padrão
Sexo				
Masculino	29	39,7		
Feminino	44	60,3		
Estado Civil				
Casado	37	50,7		
Solteiro	12	16,4		
União Estável	13	17,8		
Divorciado	5	6,8		
Viúvo	6	8,2		
Religião*				
Católico	45	61,6		
Evangélico	21	28,8		
Espírita	3	4,1		
Outros	2	2,8		
Pratica a Religião*				
Sim	46	63,0		
Não	18	24,7		
Escolaridade*				
Ensino Fundamental	49	67,1		
Ensino Médio	17	23,3		
Ensino Superior	1	1,4		
Nenhum	6	8,2		
Situação Laboral*				
Afastado	23	31,5		
Aposentado	35	47,9		
Desempregado	12	16,4		
Trabalhando	3	4,1		
Renda Mensal*				
< 1 Salário Mínimo	7	9,6		
Entre 1 e 3 Salários Mínimos	54	74,0		
> 3 Salários Mínimos	11	15,1		
Idade (anos)			55,22	13,2

Fonte: Elaboração própria.

* Alguns participantes não responderam ao item.

Na Tabela 1, verifica-se predomínio de pacientes estomizados intestinais do sexo feminino (60,3%), casados (50,7%), com idade média de 55,2 anos ($\pm 13,2$), de religião católica (61,6%), que praticavam a religião (63,0%), que

realizavam o ensino fundamental como maior formação (67,1%). Afastados do trabalho (31,5%) e recebiam entre 1 e 3 salários mínimos (74%). Na Tabela 2, apresentam-se as características clínicas dos pacientes estomizados intestinais.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes estomizados intestinais. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2016 (N=73) (continua)

Variáveis	n	%
Tipo de Estomia*		
Definitivo	32	43,8
Temporário	33	45,2

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes estomizados intestinais. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2016 (N=73) (conclusão)

Variáveis	n	%
Uso do sistema de irrigação*		
Sim	1	1,4
Não	71	97,3
Tabagismo*		
Sim	25	34,2
Não	47	64,4
Acompanhamento ambulatorial*		
Sim	57	78,1
Não	14	19,2
Recebimento de equipamentos coletores		
Sim	71	97,3
Não	2	2,7
Causa da Colostomia		
Câncer Colorretal	41	56,2
Doença Inflamatória Intestinal	11	12,3
Traumas Abdômino-perineais	9	15,1
Doença Diverticular	8	11,0
Doença de Chagas	4	5,5

Fonte: Elaboração própria.

* Alguns participantes não responderam ao item.

Na Tabela 2, verifica-se o predomínio de pacientes com estomia temporária (45,2%), que não utilizavam sistema de irrigação (97,3%), não tabagistas (64,4%), que realizavam acompanhamento ambulatorial (78,1%). Além disso, observa-se que os pacientes recebiam os equipamentos

coletores necessários (97,3%) e possuíam o câncer colorretal (56,2%) como principal causa que levou à necessidade de colostomia. Na Tabela 3, descrevem-se os níveis de qualidade de vida geral e por domínio do COH-QOL-OQ.

Tabela 3 – Níveis de qualidade de vida geral e por domínio do COH-QOL-OQ. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2016 (N=73)

Qualidade de Vida	Classificação da Qualidade de Vida	
	Baixa n(%)	Alta n(%)
Geral (43 itens)	45(61,6%)	28(38,4%)
Bem-estar Físico	46(63,0%)	27(37,0%)
Bem-estar Psicológico	42(57,5%)	31(42,5%)
Bem-estar Social	42(57,5%)	31(42,5%)
Bem-estar Espiritual	28(38,4%)	45(61,6%)

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 3, observa-se predomínio de pacientes estomizados intestinais com baixa qualidade de vida geral (61,6%). Na análise por domínios, a qualidade de vida era baixa nos domínios físico (63%), psicológico (57,5%) e social

(57,5%). As variáveis sociodemográficas e ocupacionais com $p < 0,20$ foram inseridas na análise de regressão linear cujos achados para o modelo final são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Modelo final de regressão linear das características sociodemográficas e clínicas sobre a qualidade de vida geral e por domínios em pacientes estomizados intestinais. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2016 (N=73)

Variáveis predictoras	Desfechos			
	Qualidade de Vida Geral			
	β	P valor	R ² Ajustado	ANOVA (Teste F)*
(Constante)**	5,909	0,798		
Idade	-0,025	0,011	0,138	0,013*
Pratica a Religião (Sim)	0,001	0,025		
			Bem-estar Físico	
(Constante)	0,271	0,886	0,319	<0,001*
Pratica a Religião (Sim)	1,990	<0,001		
Situação Laboral (Trabalhando)	0,731	0,038		
Número de pessoas que contribuem com a renda	0,482	0,026		
Tabagismo (Não)	1,031	0,048		
Acompanhamento no ambulatório (Sim)	2,801	0,003		
			Bem-estar Psicológico	
(Constante)	6,578	<0,01	0,08	0,046*
Idade	-0,027	0,027		
Tempo decorrido após a Cirurgia (Meses)	0,081	0,081		
			Bem-estar Social	
(Constante)	7,307	<0,001	0,246	<0,001*
Idade	-0,70	<0,001		
Sexo (Feminino)	1,082	0,019		
			Bem-estar Espiritual	
(Constante)	6,197	0,001	0,178	0,003*
Situação Laboral (Desempregado)	-1,077	0,001		
Recebimento de equipamentos coletores no ambulatório (Sim)	3,303	0,057		

Fonte: Elaboração própria.

* p<0,05 - Modelo estatisticamente significativo.

** Variável constante: uso de sistema de irrigação.

Verifica-se, na Tabela 4, que o aumento da idade e a prática da religião de escolha contribuem para o aumento da qualidade de vida geral dos pacientes estomizados. Esses preditores explicam 13% desse desfecho em um modelo estatisticamente significativo.

Observa-se que praticar a religião de interesse, estar trabalhando, não ser tabagista, receber acompanhamento no ambulatório do serviço de saúde, bem como o maior número de pessoas que contribuem com a renda são fatores

que concorrem para maior bem-estar físico. Conjuntamente, esses elementos explicam 31% do domínio Bem-estar Físico da qualidade de vida.

Na análise do Bem-estar Psicológico, atenta-se que a idade e o tempo decorrido após a cirurgia são preditores que contribuem para a qualidade de vida nesse domínio. Assim, quanto mais elevada a idade dos pacientes estomizados, menor seu bem-estar psicológico. Por outro lado, quanto maior o tempo corrido após a cirurgia, maior o bem-estar psicológico desses pacientes.

A idade e o sexo explicam 24% da qualidade de vida em seu domínio social, de forma que pacientes com maior idade apresentam menor qualidade de vida no domínio Bem-estar Social (relação inversa), enquanto aqueles do sexo feminino apresentam maior qualidade de vida neste domínio. Ademais, a situação laboral explica 17% da qualidade de vida em seu componente espiritual. Estar desempregado resulta na redução do bem-estar espiritual dos pacientes avaliados.

Discussão

No Brasil, no período de 2018 a 2019, estimam-se 17.380 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres a cada ano. Trata-se do terceiro tipo mais frequente de câncer em homens e o segundo nas mulheres⁽¹⁾. Nesse sentido, é importante que se compreenda o contexto social, econômico e clínico no qual esses pacientes estão inseridos, pois tais aspectos afetam de maneiras diferentes o dia a dia dos pacientes e sua adesão ao tratamento e autocuidado, com potencial impacto na sua qualidade de vida.

Neste estudo, foi encontrado predomínio de mulheres, casadas, com idade média de 55 anos, praticantes da religião católica, com média salarial de 1 a 3 salários mínimos e ensino fundamental, que tiveram, como principal causa de estomia o câncer colorretal. Pesquisa com 60 pacientes estomizados intestinais do estado de São Paulo também verificou predomínio do sexo feminino (51,7%), com idade acima de 61 anos (60%), que viviam com companheiro (55%), com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (78,3%) e possuíam ensino fundamental completo (61,7%)⁽¹⁶⁾.

Pesquisa realizada pelo Núcleo Regional dos Ostomizados do Oeste do Paraná com 195 prontuários de pacientes estomizados identificou predomínio do sexo feminino (53%), idade acima de 60 anos (43%) e de pacientes com diagnóstico de neoplasia de cólon e reto (78%) como causa da estomia⁽¹⁷⁾. Em suma, observou-se, em todos os estudos supracitados, que os pacientes são do sexo feminino, com relação conjugal

estabilizada, limitado grau de instrução e renda mensal relativamente baixa, sendo a estomia secundária a neoplasias de cólon e reto. O predomínio desse tipo de câncer em mulheres vem ao encontro da estimativa feita pelo Instituto Nacional do Câncer de que, no período de 2018 a 2019, 18.980 novos casos de câncer de cólon e reto eram esperados em mulheres a cada ano, isto é, 1.500 casos mais do que nos homens⁽¹⁾.

Estar casado(a) pode ser um fator protetor no tratamento do câncer e na adesão ao autocuidado com a estomia, uma vez que ambos os processos envolvem dúvidas, medo e dificuldades que podem ser minimizadas com o suporte trazido pelo(a) parceiro(a). Pesquisa realizada com 60 pacientes estomizados de Botucatu (São Paulo) verificou que 100% da amostra apontou a família como principal fonte de ajuda recebida durante o cuidado com a estomia⁽¹⁶⁾. Em revisão integrativa de 38 artigos, foi verificado ainda que o suporte psicossocial e o apoio familiar podiam melhorar a qualidade de vida geral desses pacientes⁽¹⁸⁾. Por outro lado, o baixo grau de instrução, que pode afetar a compreensão e realização dos cuidados necessários no domicílio; as limitações econômicas, que dificultam a aquisição de bens e recursos necessários ao autocuidado; o acesso ao próprio serviço de saúde para acompanhamento clínico; e as mudanças pessoais e sociais relacionadas ao diagnóstico do câncer podem levar à queda na qualidade de vida^(9,19). Isso foi verificado em pesquisa realizada na Romênia com 56 pacientes com cancro colorretal, ao concluir que a estomia possuía impacto negativo na qualidade de vida geral, sendo influenciada pela etiologia da estomia, a localização do estoma e a depressão provocada pela doença e presença do estoma⁽¹⁹⁾.

Observou-se predomínio de pacientes estomizados intestinais com baixa qualidade de vida geral (61,6%). A qualidade de vida foi baixa nos domínios físico (63%), psicológico (57,5%) e social (57,5%), sendo alta no domínio Bem-estar Espiritual (61,6%). Investigação conduzida com 57 pacientes estomizados intestinais na Turquia, por meio do *Stoma Quality of Life Scale*, identificou baixa qualidade de vida relacionada à estomia (Média: 45.10; Desvio-padrão 18.88)⁽⁹⁾.

Nesse sentido, destacou-se que, após o estabelecimento da estomia, além de toda a sobrecarga emocional e física vivida quando essa é secundária ao diagnóstico de câncer, o paciente depara-se com desafios diários, tais como a falta de conhecimento sobre a estomia, as dificuldades em lidar com a presença da bolsa coletora, as barreiras para reintegração social e as mudanças na imagem corporal e na atividade sexual que podem ocorrer^(6,20). Tais aspectos, a depender do suporte familiar e a atenção em saúde recebida pelo paciente, podem comprometer sua qualidade de vida geral e nos domínios que a compõem^(4,6).

Quanto ao domínio Bem-estar Espiritual, os achados encontrados nesta pesquisa podem ser justificados pela prática da religião, que foi frequente na população de estudo e é apontada na literatura como um fator protetor da saúde e que auxilia na reintegração social, enfrentamento de adversidades e, portanto, na manutenção da qualidade de vida, especialmente em situações de vulnerabilidade e sobrecarga emocional^(6,21).

Verificou-se, neste estudo, predomínio de baixa qualidade de vida (61,6%) geral nos pacientes estomizados. Entretanto, em estudo realizado no Distrito Federal com idosos estomizados intestinais que recebiam atendimento ambulatorial de enfermeiros, foi identificado que apresentaram alta qualidade de vida⁽¹¹⁾. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro ou profissional da saúde especializado em estomia no pré-operatório e pós-operatório para orientar o paciente na manutenção de uma boa qualidade de vida. Esses profissionais são diretamente envolvidos na estomatoterapia, especialidade exclusiva do enfermeiro e, portanto, pautada no conhecimento científico. Todavia, em pesquisa realizada com 60 pacientes estomizados intestinais no Sudeste brasileiro, foi observado que 96,7% receberam orientações sobre o estoma no pós-operatório, porém 65% referiram ter “muita” dificuldade no autocuidado com o estoma e 61,7% com a bolsa coletora⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, destaca-se a importância de as ações voltadas ao autocuidado com a estomia sejam iniciadas no pré-operatório e contínuas até a reabilitação do indivíduo, de forma

que permitam o cuidado diário e sua reinserção no âmbito social⁽¹⁷⁾.

Na análise de regressão, foi observado que praticar a religião de interesse, estar trabalhando, ter maior número de pessoas que contribuem com a renda, bem como receber acompanhamento no ambulatório do serviço de saúde, são fatores que concorrem para maior bem-estar físico. Ainda, verificou-se que estar desempregado resultou na redução do bem-estar espiritual. Pesquisa com 52 pacientes estomizados intestinais de Pouso Alegre, Minas Gerais, mostrou que a espiritualidade e a religião agiram fortalecendo o autocuidado e a reabilitação desses pacientes⁽²¹⁾. Isso evidencia a religião como importante ferramenta para a adaptação da nova realidade trazida com a estomia e seus cuidados, uma vez que reduz a ansiedade e auxilia o indivíduo a ressignificar sua vida e os eventos a ela relacionados⁽⁶⁾.

Em relação à renda e sua interface com a qualidade de vida, estudo com 54 indivíduos estomizados intestinais de Goiânia (Goiás) verificou correlação significativa entre o aumento da renda mensal e a melhor qualidade de vida⁽⁹⁾. Devido ao adoecimento, especialmente nos casos de câncer colorretal, e à posterior confecção da ostomia, é comum que muitos indivíduos deixem de exercer atividades laborais por medo da exposição social ou pelo sentimento de incapacidade para o trabalho, o que pode levar ao surgimento de dificuldades financeiras, principalmente se o paciente for o provedor principal da família⁽⁶⁾. Por isso, ter outras pessoas que contribuam com a renda no domicílio pode reduzir as dificuldades econômicas enfrentadas pelo paciente e sua família. Entretanto, ter um trabalho remunerado pode melhorar a qualidade de vida no campo físico, por facilitar o acesso ao tratamento prescrito e às consultas clínicas em ambulatórios de forma efetiva e frequente.

Atestou-se que, quanto maior a idade, menor o bem-estar psicológico dos pacientes estomizados. Da mesma forma, maior idade levou a menor qualidade de vida no domínio Bem-estar Social. Por outro lado, quanto maior o tempo decorrido após a cirurgia, maior o bem-estar psicológico desses pacientes. Em investigação

conduzida com 57 pacientes estomizados na Turquia, por meio do *Stoma Quality of Life Scale*, foi encontrada correlação negativa entre idade e qualidade de vida na subescala sexualidade/imagem corporal ($r=-0,305$, $P<0,05$), um componente psicológico relacionado à qualidade de vida dessa população⁽⁹⁾. Sobre o tempo decorrido após a cirurgia de confecção do estoma, após avaliação em dois pontos de tempo (3 e 6 meses após a cirurgia), pesquisadores identificaram melhoria na qualidade de vida dos pacientes com o passar do tempo, porém houve manutenção do comprometimento na vida social, privada e financeira⁽¹¹⁾.

O aumento da idade pode implicar maior grau de dependência para o autocuidado com o estoma e com o coletor, requerendo maior tempo e atenção de familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Frente a isso, é comum que o paciente sinta-se um fardo para familiares e cuidadores, com impacto em sua autoestima e efetividade da terapêutica. Sobre isso, sabe-se que, após a realização da colostomia, os pacientes experimentaram um período de mudanças no âmbito emocional ou psicológico, que, sem o apoio de familiares e profissionais de saúde, culminaram em ansiedade e depressão^(6,11).

Como limitações do estudo, destaca-se a condução de uma investigação transversal, o que não permite afirmar causalidade dos fatores sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida dos pacientes estomizados. Ainda, por se tratar de amostragem de conveniência, isto é, uma forma não probabilística de amostragem, os achados devem ser interpretados com cautela. Destaca-se também a escassez de estudos anteriores que analisem a relação dos fatores sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida para comparação dos achados.

Conclusão

Os fatores sociodemográficos e clínicos contribuem para alteração da qualidade de vida geral ou de seus domínios nos pacientes estomizados intestinais. Esses fatores são: idade, prática da religião, estar desempregado, não ser tabagista,

receber acompanhamento no ambulatório, número de pessoas que contribuem com a renda familiar, tempo decorrido após a cirurgia e sexo. Frente a isso, destaca-se a necessidade de uma atenção em saúde especializada, humanizada e que atendas às especificidades do paciente estomizado intestinal quanto aos fatores clínicos e sociodemográficos associados à qualidade de vida. Para isso, é importante repensar políticas e programas vigentes, além de se desenhar novas propostas, no intuito de controle e prevenção dos fatores que afetam o cotidiano terapêutico e a qualidade de vida desses pacientes.

Nesse contexto, sugere-se a realização de pesquisas longitudinais e com amostragens probabilísticas, para que se possa confirmar a relação causal entre as variáveis e que permitam uma generalização mais segura dos achados. Além disso, tendo em vista que aspectos clínicos, como o recebimento de coletores e o acompanhamento ambulatorial após a confecção da ostomia, afetam a qualidade de vida dos pacientes, é importante que sejam desenvolvidos programas de atenção em saúde que garantam um cuidado continuado, integral e gratuito de maneira equânime aos pacientes estomizados intestinais.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cristilene Akiko Kimura, Rodrigo Marques da Silva e Dirce Bellezi Guilhem;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cristilene Akiko Kimura, Rodrigo Marques da Silva, Dirce Bellezi Guilhem e Karina Ribeiro Modesto;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cristilene Akiko Kimura, Rodrigo Marques da Silva, Dirce Bellezi Guilhem e Karina Ribeiro Modesto.

Referências

1. Bruyneel AV. Effects of dance activities on patients with chronic pathologies: scoping review. *Heliyon*. 2019 Jul;5(7):e02104. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02104

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2017. [cited 2019 Mar 10]. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/15-resenha-estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
3. Frison FS, Shimo AKK, Gabriel M. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. *Saúde debate*. 2014;38(101):277-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140025>
4. Silva DF, Espírito Santo FH. O desafio do autocuidado para pacientes oncológicos estomizados. *Braz J Enterostomal Ther* [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 10];12(2). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/91>
5. Perin CB, Azevedo D, Oliveira SSZ, Zuge SS. Assistência de enfermagem a pacientes com colostomia e ileostomia: uma visão dos enfermeiros e dos pacientes. *APESmo* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 10];10:e12719. Available from: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/12719>
6. Faria F, Labre M, Sousa I, Almeida R. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com estomia intestinal. *Arq Ciênc Saúde*. 2018;25(2):8-14. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.924>
7. Martins LM, Sonobe HM, Vieira FS, Oliveira MS, Lenza NFB, Teles AAS. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. *Br J Nurs*. 2015 Dec;24(Suppl 122):S4-S11. DOI: [10.12968/bjon.2015.24.Sup22.S4](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup22.S4)
8. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016 Jan;25(1):125-33. DOI: [10.1007/s11136-015-1050-3](https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3)
9. Yilmaz E, Váelebi D, Kaya Y, Baydur H. A Descriptive, Cross-sectional Study to Assess Quality of Life and Sexuality in Turkish Patients with a Colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2017;63(8):22-9. DOI: [10.25270/owm.2017.08.2229](https://doi.org/10.25270/owm.2017.08.2229)
10. World Health Organization. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. DOI: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
11. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):93-100. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100013](https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100013)
12. Gomboski G. Adaptação cultural e validação do City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionnaire para a língua portuguesa no Brasil [dissertação na Internet]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01082011-074203/pt-br.php>
13. 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*. 2004;13(8):1445-57. DOI: [10.1023/B:QURE.0000040784.65830.9f](https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000040784.65830.9f)
14. City of Hope and Beckman Research Institute. Quality of life questionnaire for a patient with an ostomy. CA (USA): City of Hope and Beckman Research Institute; 2013 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <http://prc.coh.org/Ostomy-11.pdf>
15. Hair JR, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
16. Crepalde PAF. Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais [dissertação na Internet]. Bocatú (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/138111>
17. Nogueira A, Cozza AP, Fachine M, Vieira JB, Gomes JJ. Características clínicas e sociodemográficas de estomizados na região oeste do Paraná. *Rev Saúde Comunidade* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 10];1(1):37-41. Available from: [file:///C:/Users/05023/Downloads/15-Artigo%20Original-51-1-10-20181007%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/05023/Downloads/15-Artigo%20Original-51-1-10-20181007%20(2).pdf)
18. Dominguez RGS, Ferreira TCR, Azevedo LON. Qualidade de vida dos doentes com cancro colorretal: revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 10];22(1):19-45. Available from: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/4.%20Artigo%202%20-%20p.%2019-46.pdf>
19. 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 2019 Mar 10];8(3):137-40. Available from: <http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/2016.137-140.pdf>

20. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.016>

21. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.013>

Recebido: 28 de novembro de 2019

Aprovado: 10 de fevereiro de 2020

Publicado: 2 de abril de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.