



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
3º Semestre

**A Pessoa Ostromizada:
Um estudo sobre qualidade de vida**

Margarida Isabel Alves Cordeiro Pinto

Guarda

2012

RESUMO

Título: *A pessoa ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida*

As pessoas ostomizadas vivenciam uma situação de stresse, decorrente do enorme impacto físico e emocional que, quer a doença quer o seu tratamento, impõem na sua vida, implicando alterações profundas no seu *eu*, nos estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima. Assim, o estudo deste grupo específico torna-se uma exigência e mais concretamente, o estudo da sua qualidade de vida.

O principal objetivo deste trabalho consistiu em avaliar a perceção que a pessoa ostomizada tem sobre a sua qualidade de vida, bem como identificar e analisar os fatores determinantes dessa qualidade de vida.

A presente investigação centrou-se nas 197 pessoas ostomizadas inscritas nos Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, recorrendo-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 51 pessoas ostomizadas.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo, analítico e transversal.

Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada e uma escala traduzida e testada para a população portuguesa para avaliar a perceção da qualidade de vida, o SF 36.

Como resultados principais, aponta-se que as pessoas ostomizadas percecionam melhor qualidade de vida nas dimensões relativas ao desempenho emocional, saúde geral e desempenho físico e pior qualidade de vida, ao nível da função física, dor corporal e função social.

Foram identificados e analisados os fatores determinantes da qualidade de vida, nomeadamente: as características sociodemográficas (género, estado civil, situação profissional, escolaridade), as características relativas à ostomia (tempo de cirurgia, temporalidade do estoma, informação pré-operatória, tipo de admissão para a cirurgia, patologia que levou à cirurgia, prestador de cuidados) e o apoio.

Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de um estreito acompanhamento de enfermagem à pessoa ostomizada e dos seus familiares/cuidadores, de forma a minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia.

Palavras-chave: ostomia ; qualidade de vida

ABSTRACT

Title: The ostomy patient: A study on their quality of life

Ostomy patients experience a situation of stress, due to the enormous physical and emotional impact, which either the disease or its treatment, impose on their life, causing changes to their self, in lifestyles, social and family relationships, as well as in their body image and self-esteem. Thus, the study of this group becomes a demand and, more specifically, the study of their quality of life.

The main objective of this study was to assess the perception that the ostomy patient has on their quality of life as well as to identify and analyze the factors which determine this quality of life.

This research focused on 197 people with ostomy enrolled in Health Centres Local Health Unit of Guarda, making use of a non-probabilistic sample by convenience, consisting of 51 people with ostomy. We conducted a quantitative, descriptive, analytical and transversal study.

To collect the data we used a questionnaire developed specifically for the study, to allow a better understanding of the ostomy patient and a translated and tested scale for the Portuguese population to evaluate the perception of quality of life, the SF 36.

As main results, it was shown that people with ostomy perceive best quality of life in dimensions related to emotional performance, general health and physical performance. In contrast, they associate poor quality of life with the level of physical performance, body pain and social function.

The identified and analyzed determinants of quality of life are, namely: socio-demographic characteristics (gender, marital status, employment status, education), characteristics related to ostomy (surgical time, temporality stoma, preoperative information, type admission for surgery, pathology that led to surgery, care provider) and support.

The results of this research emphasise the need for close monitoring of the ostomy patient and their family / carers by a nurse, to minimize the negative impact of the presence of ostomy.

Keywords: ostomy; quality of life

ÍNDICE

	folha
INTRODUÇÃO.....	3
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
CAPITULO 1- A PESSOA OSTOMIZADA.....	6
1.1. DADOS EPIDEMIOLOGICOS DAS OSTOMIAS	6
1.2. OSTOMIAS DE EVACUAÇÃO.....	9
1.2.1. Colostomias.....	11
1.2.2. Ileostomias	14
CAPITULO 2 - QUALIDADE DE VIDA	17
2.1 – CONCETUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	17
2.2 - QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE.....	20
2.3- QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA OSTOMIZADA.....	22
2.4- O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA OSTOMIZADA.....	29
PARTE II- ESTUDO EMPIRICO	33
CAPITULO 1- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	34
1.1 - PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO	34
1.2 - OBJETIVOS DO ESTUDO	35
1.3 - DESENHO DO ESTUDO.....	35
1.4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	36
1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
1.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	37
1.6.1 - Consistência interna das escalas	40
1.7 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS	41
1.8 TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS	42
CAPITULO 2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	44
CAPITULO 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65

CAPITULO 4 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

INTRODUÇÃO

O impacto da presença da ostomia determina uma alteração da imagem corporal que possibilita o aparecimento de diversas reações à sua realidade, além da perda vivenciada pela pessoa. O aparecimento da ostomia, obriga a realizar grandes transformações pessoais, podendo ocorrer stresse quando surgem exigências que sobrecarregam ou excedem as capacidades adaptativas de um indivíduo.

A pessoa quando se defronta com o novo problema ou a nova situação insuportavelmente angustiante, responde com um temporário estado de desequilíbrio emocional. As reações à nova imagem dependem da capacidade emocional e física, variável em cada indivíduo.

A presente temática leva a uma questão preponderante, a qualidade de vida, contextualizando-a Canavarro e Serra (2010) como um conceito amplo que incorpora os aspetos da existência e do sucesso do individuo para alcançar os seus objetivos individuais, condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelos próprios na sua vida atual.

O WHOQOL Group (1994) cit. por Ribeiro (2005), define a qualidade de vida como a percepção que o individuo tem acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e tomando em consideração os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Destaca-se assim, a sua multidimensionalidade e subjetividade.

Neste sentido, compreender a pessoa ostomizada, obriga a uma reflexão, tendo em conta as implicações que uma ostomia pode ter na sua qualidade de vida.

Como profissional de enfermagem, esperamos obter um melhor conhecimento acerca da pessoa ostomizada e da percepção que a mesma tem da sua qualidade de vida, pois, conhecendo melhor a sua realidade, poderão desenvolver-se intervenções que visem a promoção da qualidade de vida.

Neste âmbito, surgiu a questão: Qual a percepção que as pessoas ostomizadas têm da sua qualidade de vida?

Indo ao encontro da necessidade de desenvolvimento de estratégias de atuação adequadas à realidade que envolve esta problemática, esta questão foi o ponto de partida para esta investigação, surgindo neste enquadramento o interesse em desenvolver o presente trabalho, cujo tema *A pessoa ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida*, viria a constituir o objeto deste estudo.

Este estudo desenvolveu-se tendo como base os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Caracterizar as pessoas ostomizadas, inscritas nos Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, Empresa Publica Empresarial (ULSG-EPE);
- ✓ Avaliar a perceção que a pessoa ostomizada tem sobre a sua qualidade de vida;
- ✓ Identificar e analisar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa ostomizada;
- ✓ Desenvolver diretrizes para melhorar a qualidade de vida da pessoa ostomizada, mediante os resultados obtidos.

De modo a situar a problemática em questão e enquadrá-la metodologicamente, o presente trabalho está organizado em duas partes.

A fundamentação teórica constitui a primeira parte do estudo. No primeiro capítulo é exposto o tema, a pessoa ostomizada, onde se efetuam algumas considerações acerca dos dados epidemiológicos das ostomias, abordando-se de seguida as ostomias de evacuação. No segundo capítulo, concetualiza-se a qualidade de vida, a qualidade de vida e saúde, a qualidade de vida da pessoa ostomizada e o papel do enfermeiro na promoção da qualidade de vida da pessoa ostomizada.

A segunda parte refere-se ao desenvolvimento do estudo empírico, sendo abordada no primeiro capítulo a metodologia da investigação, que versará o problema de investigação, os objetivos e o desenho do estudo, as variáveis, a população e amostra e os instrumentos e procedimentos de recolha de dados.

No segundo capítulo, são apresentados e analisados os resultados. No terceiro capítulo é feita a discussão dos resultados e, por último, são apresentadas algumas conclusões e sugestões face aos resultados obtidos. No final será apresentada a bibliografia.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPITULO 1- A PESSOA OSTOMIZADA

As pessoas submetidas a uma cirurgia que determina a realização de uma ostomia, vivenciam uma situação de stresse, decorrente do enorme impacto emocional que, quer a doença quer o seu tratamento impõem na sua vida, implicando alterações profundas no seu *eu* e estilos de vida pessoais. Perante a necessidade de realizar esta cirurgia, o indivíduo recorre a comportamentos adaptativos e estratégias de resolução de problemas, na procura da autorregulação e do autoequilíbrio, nem sempre conseguido.

A pessoa quando se defronta com o novo problema ou a nova situação insuportavelmente angustiante, responde com um temporário estado de desequilíbrio emocional.

As reações à nova imagem dependem da capacidade emocional e física, variável em cada indivíduo.

O impacto da presença da ostomia determina uma alteração da imagem corporal que possibilita o aparecimento de diversas reações à sua realidade, além da perda vivenciada pela pessoa. O aparecimento da ostomia, obriga a realizar grandes transformações pessoais, podendo ocorrer stresse quando surgem exigências que sobrecarregam ou excedem as capacidades adaptativas de um indivíduo.

No sentido de compreender melhor o contexto que envolve esta temática tornou-se necessário fazer uma abordagem geral acerca dos dados epidemiológicos das ostomias, abordando-se de seguida as ostomias de evacuação, onde se realçam as colostomias e as ileostomias.

1.1. DADOS EPIDEMIOLOGICOS DAS OSTOMIAS

A realização da ostomia será provavelmente, uma das intervenções cirúrgicas mais antigas. Existem relatos, apesar de exíguos, de algumas descrições do período antes de Cristo, com Ebers (3700 a.c) assim como de Homero (800 a.c) e de Hipócrates (460-377 a.c) descrições em que a abertura do tubo digestivo para o exterior era uma das soluções para determinadas patologias, inicialmente para oclusões intestinais (Calatayud, Prado, Sayas, Vila, Mas e Mas, 2005).

Neste tema, é importante concetualizar a palavra estoma, que deriva do Grego, traduzindo-se rigorosamente como “boca ou abertura” (Calatayud et al.,2005: 46).

Estoma, pode também ser definido pela “abertura estabelecida na parede abdominal por colostomia, ileostomia,...,abertura efectuada [sic] entre duas porções do intestino ao praticar uma anastomose “ (Gonzalez, Plaza e Moreno,1997: 148).

Estomia, segundo Falcato (2004:249), é considerado a “ anastomose de uma víscera à pele, fora da sua localização natural. As anastomoses cirúrgicas, temporárias ou definitivas, podem incidir, por exemplo no cólon, no intestino delgado, no estômago ou no uréter “.

Um outro termo, é o Estomizado, que significa o “Individuo portador de uma estomia“ (Falcato, 2004: 249).

É ainda preponderante salientar a definição de ostomia que, segundo Pinheiro (2011) consiste na formação cirúrgica de uma abertura da parede abdominal, exteriorizando uma víscera.

A necessidade da realização de um estoma, tem sempre em conta os inconvenientes para a pessoa e as complicações que daí advêm, devendo sempre colocar-se um cuidado especial nesse momento e nos episódios consequentes.

Para a pessoa o termo Ostomia é difícil de definir, assumindo significados diferentes para diferentes pessoas. Alguns usam-no para descrever uma sensação de perturbação ou um estado produzido por uma mudança na sua imagem, outros ainda percebem-no como um desafio, ameaça ou agressão para o equilíbrio dinâmico da qualidade de vida. A ostomia é encarada como um processo, o qual se traduz numa resposta multidimensional que se estende a vários níveis, nomeadamente fisiológico, cognitivo, emocional e comportamental.

A nova imagem não é determinada pelo tipo de estoma mas sim pelas condições ou sensações experimentadas e pelo modo como são interpretadas essas condições, sejam essas interpretações corretas ou não. O nível de aceitação do estoma é definido pela dimensão da ameaça que cada um atribui ao novo acontecimento e à confiança que tenha nas suas capacidades para o ultrapassar (Santos e Cesaretti,2005).

O estoma produz uma mudança na existência do doente, podendo ser percebido como desafiador, ameaçador ou perigoso para o balanço ou equilíbrio dinâmico da pessoa. Há um desequilíbrio real ou percebido na capacidade da pessoa atender às imposições da nova situação. A mudança do estímulo que desperta esse estado tem um efeito stressor. A pessoa avalia e enfrenta as situações de desafio. A meta desejada é a adaptação, ou ajustamento à mudança, de modo que a pessoa recupere o equilíbrio e tenha energia e capacidade para dar resposta a estas novas exigências.

Toda a sua preparação, desde a pré-operatória até aos cuidados do pós-operatório, contribuem para o bom funcionamento do estoma, e têm como objetivo a diminuição das complicações que estão relacionadas com esta intervenção e ainda o intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Conhecer a pessoa ostomizada para melhor cuidar, mantém-se um desafio. Estima-se que sejam perto de 20 000 indivíduos portadores de uma ou mais ostomias de eliminação, nomeadamente, colostomia, ileostomia e urostomia, verificando-se uma diminuição da faixa etária e predominância do sexo masculino (Munhão, 2011).

Existe dificuldade em sistematizar dados sobre os ostomizados, razão pela qual os dados epidemiológicos são insuficientes, mas apesar dessa realidade podem-se recolher informações sobre a prevalência dos estomas. Segundo Kleinwachter, vice presidente da Internacional Ostomy Association, cit. por Santos (2006), a sua obtenção pode ser realizada através de Organizações Internacionais, mencionando que existe cerca de um ostomizado para cada 1000 habitantes.

Da Associação de Enfermeiros de Ontário-Canada, Doris (2009) refere que cerca de 13 mil cirurgias de ostomia foram realizadas no período de 1999-2000 no país, sendo a ostomia com maior percentagem a colostomia (55%), seguida da ileostomia (31%) e por fim a urostomia (14%). Estas têm como causas a patologia do Cancro Colo-retal (36%), a Doença Inflamatória do Intestino (15%), o Cancro da Bexiga (12%), a Doença Diverticular (11%) e ainda outras tais como Enterocolite Necrosante, Doença de Hirischprung e outras alterações, como as perfurações, obstrução e traumatismos.

Barata (2010), refere que, segundo a Associação Portuguesa de Ostomizados, as principais patologias que estão na origem das ostomias de evacuação provêm:

- ✓ Do carcinoma do reto e do colon, atingindo pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 70 anos, sendo esta doença que contribui em maior número para as colostomias;
- ✓ Das colites ulcerosas que surgem com frequência entre os 20 e 40 anos, onde as pessoas que têm a doença há mais anos, correm um risco maior de desenvolver um carcinoma, recorrendo-se à amputação do reto ou do cólon e realizando-se um estoma;
- ✓ Da doença de Crohn, patologia que pode incidir em qualquer parte do tubo digestivo, envolvendo o íleo em 30 a 40% dos casos, o íleo e o cólon em 40 a 55% dos casos, e o cólon em 15 a 25% dos casos. A cirurgia desta patologia surge

apenas quando existem complicações, ficando a pessoa com uma ileostomia ou com uma colostomia sigmoide;

- ✓ Da doença diverticular, característica de 1/3 das pessoas com idade superior aos 60 anos e mais de metade de pessoas com 90 anos, calculando-se que apenas 0,5% destes irão ser submetidos a cirurgia, passando pela ressecção do segmento do cólon afetado e pela realização de uma colostomia;
- ✓ Existem ainda os estomas resultantes das patologias de carcinoma da bexiga, da doença de hirschprung, do cancro do ânus e das rectites radiogénicas, consequência de tratamento por radioterapia ao carcinoma do útero.

Sabendo que a causa com maior incidência das pessoas ostomizadas se relaciona com as patologias cancerígenas do trato retal, é importante salientar e debruçarmo-nos sobre a dimensão que ocupa esse grupo. De acordo com os dados referenciados no relatório GLOBOCAN 2008 da Agência Internacional de Investigação do Cancro (IARC), o cancro do colo retal é a terceira forma mais comum de cancro nos homens (663.000 casos, 10% do total) e a segunda forma mais comum nas mulheres (570.000 casos, 9,4% do total) em todo o mundo. Em Portugal, esta forma de cancro é também a mais frequente (IARC, 2008).

Para enquadrar este tema, a ostomia e a pessoa ostomizada, é importante ter em consideração a existência dos seus diversos tipos, destacando-se as ostomias de evacuação.

1.2. OSTOMIAS DE EVACUAÇÃO

A diversidade de ostomias é resultante das diferentes patologias, que podem ser identificadas consoante a sua função: de alimentação em que o seu objetivo é a nutrição enteral do paciente, de evacuação ou de derivação que servem para exteriorizar conteúdo de qualquer parte do tubo digestivo e fístulas mucosas presentes nos estomas do colon, que mantêm contacto com o exterior (segmento do cólon não funcionante) (Calatayud et al., 2005).

Realçando as ostomias de evacuação ou de derivação, estas realizam-se na parte distal ao estoma que se apresenta inutilizável (ileostomias, colostomias). Realiza-se quando se pretende deixar uma zona sem funcionar, como uma proteção de uma anastomose ou como tratamento anterior a uma patologia ou complicação, (perfuração, deiscência de anastomose). Estes estomas podem estar localizados em qualquer parte do tubo digestivo, estando sempre próximos da zona afetada (Calatayud et al., 2005).

Santos e Cesaretti (2005) referem que todos os tipos de ostomia podem ser classificados, quanto à temporalidade, em definitivas ou temporárias. As ostomias intestinais definitivas permitem substituir a perda da função esfinteriana consequente do tratamento cirúrgico ou incontinência, depois do insucesso de outras opções que visam restaurar a evacuação através do orifício anal. Por outro lado, as ostomias temporárias são criadas nas situações de trauma abdominal com perfusão, ou em função da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distal à derivação.

As derivações urinárias temporárias resultam da necessidade do alívio da pressão do trato urinário, são realizadas por meio de sondas e a sua presença no organismo não deve ultrapassar os trinta dias, uma vez que todos os corpos estranhos inseridos no organismo podem fomentar uma reação inflamatória. A realização de um estoma urinário definitivo permite a reconstrução do trato urinário com a finalidade de se preservar a função renal e requer um planeamento antecipado, uma vez que a qualidade de vida da pessoa é um objetivo que deve ser atingido (Santos e Cesaretti, 2005).

Ainda relativamente à temporalidade do estoma, Calatayud et al. (2005) seguem a mesma classificação dos autores atrás mencionados: ostomias de carácter temporário e de carácter definitivo. Têm indicação para ostomias definitivas, a neoplasia do terço medio do reto ou do canal anal, a doença de Crohn, os traumatismos ano-retais, a incontinência anal ou ainda as fístulas.

No caso de ostomias temporárias, ocorrem em situações de urgência, como por exemplo, por oclusão intestinal baixa, por neoplasia, em processos sépticos, por traumatismos do cólon, em feridas da região ano-retal, ou com a finalidade de resolução de fases agudas de doenças (Cotrim, 2007; Calatayud et al., 2005).

Joyce e Esther (1996) salientam o facto de, a colostomia temporária, ter a função de permitir ao intestino repousar, podendo ser reanastomosado, podendo também ser usada para o tratamento da neoplasia intestinal inoperável, em que a ostomia é colocada proximamente à neoplasia, sendo realizada mais comumente no cólon sigmoide.

Quando se realiza um estoma temporário deve ter-se em intenção, que se deve realizar como se fosse sempre definitivo, para ter as condições necessárias para a sua reconstrução (Calatayud et al., 2005).

Constituem objeto de estudo deste trabalho, as pessoas que apresentam ostomias de evacuação, nomeadamente colostomias e ileostomias, o que se aborda de seguida.

1.2.1. Colostomias

A colostomia é um procedimento que consiste em criar uma abertura entre o cólon e a parede abdominal para onde passará o conteúdo fecal (Joyce e Esther, 1996).

O significado de colostomia consiste: “na mobilização de uma alça do cólon através de uma incisão no músculo recto [sic] anterior para expor o cólon transverso. Uma incisão no músculo recto [sic] esquerdo também pode ser feita para exposição do cólon sigmoide descendente” (Meeker e Rothrock, 1997: 278).

Pode ainda ser considerada como a comunicação do cólon para a parede abdominal, de modo a permitir a evacuação do conteúdo fecal, para situações em que o trânsito intestinal não se efetua por alguma causa patológica (Calatayud et al., 2005). As localizações mais frequentes são: a nível do cego, do colon transverso as transversostomias e a nível do sigma, as sigmoidostomias.

Conforme a técnica cirúrgica, a colostomia pode realizar-se a nível terminal, lateral, independentemente da sua temporalidade, podendo ser ainda considerada colostomia ascendente, transversa, descendente ou sigmoide, denominação de acordo com a sua localização anatómica. A colostomia pode ser de cano único ou duplo, sendo aquela em que ambas as alças do intestino, distal e proximal são abertas na parede abdominal. A pessoa fica com um estoma, quando a colostomia for de cano único ou apresenta dois estomas quando a colostomia é de cano duplo (Joyce e Esther, 1996).

A colostomia realiza-se tendo em conta múltiplos fatores, tais como a localização, o estágio patológico, a situação geral da pessoa, assim como a técnica cirúrgica eleita pelo cirurgião, tendo em consideração as opções possíveis da pessoa (Calatayud et al., 2005).

Deste modo, as indicações da realização das colostomias, são: neoplasia do colon, do reto ou do ânus, patologia diverticular, volvo do colon, polipose colónica familiar, patologia inflamatória intestinal, incontinência anal, traumatismo ano-retal, fístula retovaginal, ou septicemia pélvica (Joyce e Esther, 1996).

Deste procedimento podem surgir complicações, mais precocemente ou tardiamente, consoante o momento de aparecimento.

Relativamente às complicações precoces, e segundo Calatayud et al. (2005), salientam-se:

- ✓ O edema - o seu aparecimento na mucosa da colostomia é frequente nos primeiros dias do pós-operatório, pode considerar-se fisiológico, resultante do trauma da intervenção cirúrgica, desaparecendo nos dias seguintes;
- ✓ A infecção - esta pode estar presente a nível do peri estoma, sendo mais frequente nas intervenções de urgência em que as condições gerais da pessoa estão débeis. O grau de infecção é variável, sendo facilmente eliminada com cuidados locais e antibioterapia. Em situação de abcesso peri estoma com deiscência mucocutânea já requer tratamentos locais;
- ✓ A hemorragia - pode verificar-se nas primeiras horas posteriores à intervenção cirúrgica, podendo ter origem na lesão de algum vaso submucoso do tecido celular subcutâneo. São hemorragias que param espontaneamente, com compressão ou com a sutura do vaso sangrante;
- ✓ A necrose - pode surgir pela insuficiente vascularização, pela torsão do mesocólon ou a estrangulação excessiva junto à parede abdominal;
- ✓ A retração - o afundamento do colón pode ser secundário ao processo da necrose, ou à infecção da colostomia. A causa mais frequente desta complicação pode ser por trauma de um processo inadequado do colon, produzido por exemplo pela tração do mesmo desde o interior da cavidade abdominal;

Catalgo e Mackeigan (2004), cit. por Cotrim (2007), acrescentam ainda, como complicações precoces;

- ✓ A fístula - a qual provoca infecção local ou permite a formação de um abcesso;
- ✓ A evisceração - verificando-se esta quando o orifício da parede abdominal é excessivamente grande relativamente ao tamanho do estoma.

Relativamente às complicações tardias, Calatayud et al. (2005), referem-nos que podem ocorrer:

- ✓ A estenose - sendo a redução do diâmetro da abertura do estoma, que pode impedir a evacuação das fezes, podendo ser secundária a complicações do pós-operatório imediato como a necrose, a infecção ou a retração da colostomia, que pode surgir da cicatrização por segunda intenção. Pode também ser consequência por recidiva da patologia inicial, ou ainda devido a prega cutânea de incorreta ligação da colostomia. Esta complicação pode levar a uma oclusão intestinal, pela impossibilidade de evacuação das fezes;

- ✓ A hérnia - é uma protusão intermitente ou permanente da colostomia, a sua existência pode ser devido a problemas da parede abdominal, ou aos músculos se encontrarem frágeis como ocorre com frequência nos idosos. A sua presença dificulta a aderência dos dispositivos na pele, a pessoa tem que ter habilidade para o seu manuseamento e cuidados a nível do peri estoma. Por vezes, há necessidade de recorrer a cintas para contrariar a pressão abdominal existente, estando estas desenhadas para permitir a colocação da bolsa de colostomia. Caso esta manobra não produza efeito, há necessidade de uma cirurgia reparatória;
- ✓ O prolapso - é a exteriorização da mucosa através do orifício cutâneo, o seu aparecimento deve-se a alguns fatores, como por exemplo, a falta de fixação do colon aos planos musculo-aponevróticos e a hiperpressão abdominal. Por vezes o prolapso é pequeno, permitindo uma redução manual, mas quando este ocupa grande parte da bolsa da colostomia impedindo o seu correto funcionamento, há necessidade de nova intervenção cirúrgica com ressecção do prolapso, procedendo-se a uma nova fixação;
- ✓ As lesões cutâneas das mucosas - incluem-se todas as complicações que podem surgir na mucosa do colon, assim como a resultante da união da pele peri estoma. Estas lesões são reduzidas, pois não interferem com o funcionamento do estoma, melhoram e corrigem-se com tratamentos locais. Podem ocorrer úlceras cutâneas, resultantes de cuidados inadequados da pele peri estoma e que produzem traumatismos cutâneos e irritações.

Podem aparecer granulomas que são lesões mucosas ou cutâneas produzidas pela reação ao material de sutura ou ao traumatismo contínuo sobre a pele; podem-se cauterizar, evitando infeções com cuidados de assepsia local. Estes podem ainda surgir como reação a um corpo estranho, podendo derivar num abscesso que drenará espontaneamente para o exterior.

As fístulas peri estoma são outra das complicações que podem surgir, tendo uma etiologia que pode ser recidiva do fator causal da enfermidade; mais frequentemente, trata-se da cronicidade de uma úlcera traumática irritativa, por má utilização dos dispositivos ou da exteriorização de algum ponto da sutura.

A irritação cutânea deve-se ao contacto permanente da pele com o conteúdo fecal, devendo tratar-se com medidas higiénicas e protetoras da pele.

Para além das complicações descritas, segundo Ortiz et al. (1994) cit. por Cotrim (2007), podem ainda surgir:

- ✓ A hemorragia - ocorre devido a traumatismos ou a fricção constante do estoma;
- ✓ A perfuração - aparece devido a traumatismos repetidos por cânulas ou sondas rígidas, podendo também ocorrer com a existência de uma complicação prévia (eventração, prolapso ou estenose).

A pessoa ostomizada necessita de uma adaptação à sua colostomia, deve sentir-se envolvida nessa tomada de decisão da equipa de saúde face à sua patologia, para se motivar para a sua aprendizagem, para ser elemento participativo no seu cuidar. Deste modo poder-se-á reduzir as complicações das colostomias, sabendo porém, que algumas ocorrem devido a falhas na técnica cirúrgica. Em maior número, surgem as complicações resultantes das dificuldades sentidas pela pessoa e pelos seus familiares na prestação de cuidados ao estoma, em virtude da recusa em aceitar a doença, pela sua inadaptação à situação ou pelo facto do afastamento, quer a nível familiar, social e ainda a nível laboral (Cotrim,2007).

1.2.2. Ileostomias

A ileostomia é a “ formação de uma abertura temporária ou permanente através do íleo. Este procedimento geralmente é feito quando está presente uma extensa lesão, ou para reduzir a actividade no cólon através de desvio, para ressecção de todo o intestino grosso” (Meeker e Rothrock, 1997: 274).

Tendo em consideração a localização do estoma é importante referir que a ileostomia consiste na anastomose da porção terminal do íleo à parede abdominal para criar um estoma (Phipps, Sands e Marek, 2010).

As Ileostomias são realizadas com mais frequência nas pessoas portadoras de Colite Ulcerosa, Doença de Crohn e Polipose Familiar (Calatayud et al., 2005).

A ileostomia de Brook, é uma técnica antiga de colectomia, sendo a cirurgia clássica da colite ulcerosa. Esta técnica implica a remoção do cólon, recto e do ânus, com encerramento definitivo do ânus. Qualquer técnica de colectomia, diminui a capacidade do intestino de reabsorver líquidos e electrólitos, apresentando uma drenagem profusa e aquosa, verificando-se que, com o tempo, a porção terminal do ileo se dilata assumindo funções do cego (Phipps et al., 2010).

Este tipo de cirurgia tem como finalidade a cura da colite ulcerosa, eliminando o risco de cancro do cólon. É frequente o mau funcionamento da ostomia, visto que os alimentos mal digeridos podem facilmente provocar obstrução do lúmen estreito, apresentando alguns desafios a nível físico/psíquico da pessoa. O receio de perdas dificulta a pessoa devido ao ruído e odor, visualizando-se efeitos negativos do seu auto conceito, a nível da imagem corporal e da sexualidade, podendo ocorrer impotência após a cirurgia, a menos que seja possível dissecar, com êxito, na zona circundante os nervos autónomos da pelve (Phipps et al., 2010).

A cirurgia implica algumas complicações imediatas. A nível do estoma as mais frequentes são a hemorragia e o edema, que normalmente desaparece com o tempo e não provoca obstrução à saída do efluente. Outras complicações que podem surgir em relação à técnica de realização do estoma são: deiscências, necrose e incontinência por mau funcionamento valvular.

No pós-operatório, as complicações tardias que surgem podem estar relacionadas com a técnica cirúrgica e com a recidiva da patologia intestinal, podendo ocorrer prolapso, deiscência, afundamento, estenose e fistulas. A nível da mucosa podem surgir lesões cutâneas, os granulomas, úlceras cutâneas e irritação cutânea peri estoma (pode ocorrer devido ao esvaziamento efluente ou ainda devido a má adaptação da bolsa) (Calatayud et al., 2005).

Segundo Brunner e Suddarth (2011), outras complicações que podem advir a longo prazo são:

- ✓ A presença de cálculos urinários, verificando-se em 10% das pessoas ileostomizadas, devido à desidratação secundária e à menor ingestão de líquidos;
- ✓ Dor intensa a nível abdominal, com irradiação para os membros inferiores, com presença de hematúria e sinais de desidratação;
- ✓ Colelitíase, devido às alterações de absorção dos ácidos biliares;
- ✓ Espasmo da vesícula biliar, com a presença de dor abdominal intensa no quadrante superior direito com irradiação para as costas e ombro direito;
- ✓ Ileíte, a qual surge habitualmente como recidiva da doença intestinal inflamatória.

Phipps et al. (2010) acrescentam que, na ileostomia, verifica-se uma perda diária, entre 300/800 ml de líquidos, juntamente com quantidades substanciais de eletrólitos,

especialmente o sódio. A pessoa apresenta deficit crónico de líquidos pois o intestino delgado é incapaz de regular o balanço hídrico e qualquer aumento da ingestão de líquidos aumenta o volume de drenagem pela ileostomia. Há necessidade de saber repor, de forma segura os líquidos perdidos, devendo realizar suplementos de vitaminas A,D,E e K, devido ao facto da sua absorção e síntese no cólon estarem extintas.

Contextualizada a temática da pessoa ostomizada, torna-se agora importante abordar a qualidade de vida.

CAPITULO 2 - QUALIDADE DE VIDA

Perante a descrição realizada anteriormente, concluiu-se que a pessoa ostomizada poderá sofrer complicações devido à realização de uma ostomia, apesar dos presentes avanços tecnológicos. Mas, não se pode descurar o facto de que para além destas complicações, a presença de uma ostomia tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa ostomizada.

A formação do estoma, tem presente um sentimento de perda e sofrimento, o papel do enfermeiro será de incentivo, de dar apoio emocional, estimulando-o a realizar o seu auto cuidado (Phipps et al., 2010).

Neste contexto surge a necessidade de abordar neste capítulo a qualidade de vida, para a concetualizar nas suas diferentes dimensões, referenciadas pelos diversos autores, enquadrando-a no âmbito da saúde e na vertente da pessoa ostomizada.

Este capítulo apresenta um último ponto, refletindo sobre o papel do enfermeiro na promoção da qualidade de vida da pessoa ostomizada.

2.1 – CONCETUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Etimologicamente a expressão qualidade de vida, refere que qualidade significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; o termo vida, engloba o estado completo da atividade funcional da pessoa, tendo em conta o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer ou de sofrimento e o seu estilo geral de vida (Canavarro e Serra, 2010).

O conceito de qualidade de vida pode considerar-se subjetivo, com várias dimensões, dinâmico e individual, refletindo a individualidade dos diversos fatores, tais como os do domínio físico, psicológico, social e o espiritual. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), referido por Canavarro e Serra (2010), a qualidade de vida corresponde à perceção de cada um individualmente, face à sua posição na vida, não descurando o contexto do meio físico, cultural e social, onde cada pessoa está integrada, tendo em conta os seus objetivos, as expectativas, inquietações e os seus modelos.

O significado de qualidade de vida leva a pensar em critérios associados a características humanas, com valores positivos, como a felicidade, o êxito, a riqueza, a saúde e a satisfação, não descurando o significado de vida em que o conceito apresenta a mesma

essência, os aspetos da existência humana. Este conceito de qualidade de vida, está a ser utilizado em todo o mundo, como uma noção sensibilizadora, que nos proporciona referências na perspectiva do indivíduo, centrada nas dimensões principais da qualidade de vida, como uma construção social, que oferece um modelo de avaliação e ainda como tema unificador que promove uma estrutura sistemática para aplicação nas políticas e práticas orientadoras (Schalock e Verdugo, 2003).

Poder-se-á considerar, segundo o autor enunciado, oito dimensões chave da qualidade de vida, nomeadamente: o bem-estar emocional, as relações interpessoais, o bem-estar material, o desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico, a autodeterminação, a inclusão social e os direitos. Estas dimensões básicas, são valorizadas para cada indivíduo de modo diferente, e o seu valor está associado a cada dimensão, o que varia ao longo do ciclo vital.

Na mesma linha de pensamento o autor refere que, a pesquisa da qualidade de vida, é de capital importância, com relevância para a educação, para os cuidados de saúde, serviços sociais e famílias, sendo mais evidente nas últimas décadas, influenciando para uma revolução de qualidade. Este conceito, proporciona uma estrutura aglutinadora centrada na pessoa e na família e um conjunto de princípios para incrementar um bem-estar subjetivo e psicológico das pessoas.

Santos e Cesaretti (2005) ao descreverem qualidade de vida, enunciam-na como objeto de discussão filosófica, partindo esta noção da visão Platónica e Aristotélica, em que o sujeito é um ser que se adapta, atingindo uma integração social e psicológica adequada, potencializando a parte intelectual e emocional. Referem também, que a nível da cultura chinesa, o conceito é identificado na integração de dois princípios: Yin e Yang, onde o seu equilíbrio permite alcançar a riqueza e a plenitude da vida, assim como o potencial para o bem e para o mal.

O dia-a-dia das populações, não se pode dissociar de uma maior ou menor qualidade de vida, sendo um “conceito polissémico, o conceito de qualidade de vida integra uma diversidade de dimensões que remetem para as condições de satisfação de necessidades básicas...” (Guerreiro, Torres e Capucha, 2007:1).

Neste âmbito, têm surgido diversas reflexões quanto ao que se poderá entender sobre uma sociedade com qualidade de vida, emergindo “diversos indicadores para a sua definição: níveis de rendimento, condições de habitação e de emprego, qualificações escolares e profissionais, saúde e acesso a cuidados pessoais, integração social e participação cívica, relações familiares e conciliação entre família e trabalho, mas também sentimentos de bem-

estar individual e de segurança, traduzindo o que as pessoas fazem no seu cotidiano e como o valorizam” (Guerreiro et al., 2007: 2).

Erik Allardt (1976; 1993) referido pelo autor supra citado (2007), menciona três dimensões do conceito de qualidade de vida:

- ✓ “ter” - visualizado como a posse , os recursos materiais e as condições de vida;
- ✓ “amar” - aborda as relações de afetividade e familiar;
- ✓ “ser” - considerando os sentimentos de pertença, a adaptação social e a segurança do coletivo.

Estes elementos integrariam a expressão da definição de qualidade de vida do sujeito e do grupo e, de uma forma mais ampla, da sociedade.

Esta abordagem é amplamente utilizada no âmbito da União Europeia sendo apresentada por diversos autores (Alber, Fahey, Saraceno, 2008; Böhnke, 2005; Fahey, outros, 2004; Kapitány, Kóvaes, Krieger, 2005; Saraceno, Olagnero e Torrini, 2005; Wallace, Pichler e Hayes, 2007) cit. por Guerreiro et al. (2007:81), desdobrando-se num “esquema analítico multidimensional de pesquisa, sobre a satisfação e o bem-estar”.

Segundo o mesmo autor, existe a necessidade de articulação entre os indicadores objetivos e subjetivos em cada uma das dimensões apresentadas, só assim é possível traçar padrões de bem-estar e qualidade de vida.

Outros autores têm desenvolvido este tema na perspectiva dos “domínios de vida”, os quais têm sido frutíferos, em particular, em relação à análise das articulações entre o trabalho, as relações com a família e qualidade de vida. Existe uma dinâmica nas avaliações de satisfação e bem-estar subjetivo, as quais variam em consonância com a pluralidade de experiências que se verificam na diversidade da vida, na vivência do individuo no seu cotidiano, no seio familiar, no trabalho, na socialização, no lazer entre outros (Rojas, 2006; Sirgy 2001, 2006; Sirgy e Michalos,2002 cit. por Guerreiro et al., 2007).

Esta problemática sobre a qualidade de vida, permite uma análise multidimensional, sendo que esta perspectiva tem vindo a desenvolver-se rapidamente, apresentando um número amplo de enigmas de pesquisa e de indicadores empíricos. Para além desta constatação, é de todo inseparável o cariz complexo e multidimensional do conceito de qualidade de vida. As condições materiais, habitacionais, de saúde, relacionais, a família e o trabalho são domínios determinantes do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos (Alber; Fahey e Saraceno, 2008; Phillips, 2006; Rapley, 2003 cit. por Guerreiro et al., 2007), devendo ter-se em conta as

questões sociológicas e a articulação com os padrões sociais que se interligam com os diversos domínios, referindo-se não só às circunstâncias concretas de cada sujeito, bem como às influências que estes têm sobre elas.

Tendo em conta que a saúde é um importante fator na qualidade de vida, aborda-se de seguida a qualidade de vida no âmbito da saúde.

2.2 - QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Ter qualidade de vida não se esgota na ideia de ausência de doença, mas antes ter uma visão dinâmica, perceber que as necessidades da pessoa estão em constante mudança e constituem um desafio permanente na procura da promoção da saúde. Daí pode-se perceber a importância dos estudos sobre qualidade de vida que permitem identificar as necessidades específicas das pessoas ao longo do ciclo vital, sendo este um estímulo para a procura da melhoria das condições de vida na saúde.

Qualidade de vida é um conceito dinâmico, multidimensional e individual, reflete um número de fatores e interações entre os domínios físico, psicológico, social e espiritual. Numa perspectiva subjetiva a avaliação da qualidade de vida depende diretamente da avaliação da pessoa. Já no domínio multidimensional importa avaliar o seu bem-estar físico, a sua capacidade funcional, a sua saúde psíquica e social (Canavarro e Serra, 2010).

Neste âmbito, considerando qualidade de vida, como uma das dimensões da vida humana, avaliar a qualidade de vida é um item com importância dado o aumento das doenças crónicas e por sua vez, o aumento médio da esperança de vida.

Enunciar a qualidade de vida, relacionando-a com saúde torna-se uma tarefa árdua, dadas as múltiplas variáveis que refletem sobre a sua significação, desde a sua criação “individual do sujeito até aos contextos históricos, culturais, sociais, científicos e filosóficos que ressignificam, evidenciando-se a variedade de contextos da experiência humana” (Pinto e Ribeiro, 2006:39).

Segundo Ware, cit. por Ribeiro (2005), a qualidade de vida é um conceito mais alargado do que o de saúde, sendo que esta pode ser um dos indicadores utilizados para a sua mensuração. Quando relacionada com a saúde, pode considerar-se um conceito individualizado dos cuidados de saúde, podendo ter dois significados diferentes: um, para o sistema de saúde de um modo mais alargado e o mais específico para cada uma das doenças. Assim, no sentido mais amplo, qualidade de vida e saúde estão dependentes do tipo de doença, podendo influenciar e interferir no tratamento. Perante os binómios, qualidade de vida

relacionada com a doença ao inverso de qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo este o sentido que deve ser considerado, verifica-se que, mesmo ao nível do senso comum, quando falamos de saúde, indiretamente estamos a falar de doença. Contudo, nunca se pode separar o conceito de qualidade de vida do de saúde assim como de outros domínios, tais como o trabalho, família, economia entre outros, já enunciados.

Na investigação, há influência de interdomínios, que não podem estar dissociados devendo ser considerados e mencionados, como por exemplo o desemprego, a situação de precariedade económica ou os problemas familiares que aumentam a probabilidade de doença no indivíduo. Em suma “saúde e qualidade de vida em geral são conceitos que se sobrepõem” (Ribeiro, 2005:58).

A literatura enuncia diversas definições, com conceitos e implicações diferentes na avaliação da qualidade de vida. Neste sentido, Ribeiro (2005:60) apresenta os seguintes conceitos:

- ✓ “Qualidade de vida consiste na diferença entre as expectativas pessoais e a experiência actual [sic]” (Calman,1984);
- ✓ “Qualidade de vida é a sensação de bem-estar pessoal que provem da satisfação ou insatisfação com áreas de vida do dia-a-dia que são importantes para essa pessoa “ (Ferrans e Powers,1992);
- ✓ “Qualidade de vida é um estado de bem-estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade” (Cramer,1994);
- ✓ “Qualidade de vida é a percepção [sic] que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e tomando em consideração os seus objectivos [sic], expectativas, padrões e preocupações” (Orley e WHOOQOL Group,1994).

Desta análise, é de salientar as diversas definições que concetualizam a qualidade de vida de modo diferente, assim como adotam maneiras de avaliação diferentes. Os conceitos de qualidade de vida podem levar a outras interpretações, como o de saúde, com o bem-estar, a satisfação ou ainda com a felicidade (Ribeiro,2005).

Apesar dos vários conceitos de qualidade de vida e das diferenças entre eles, podemos dizer que têm aspetos em comum, nomeadamente, a multidimensionalidade e a subjetividade do conceito.

A qualidade de vida tem uma variação temporal, refletindo, a variação com o tempo, tendo que se considerar os momentos e intervalos de avaliação durante um determinado tratamento e o seu tempo decorrente. Pode também considerar-se, que tem subjetividade, significando que esta é baseada numa percepção própria da pessoa avaliada, pois está dependente dos valores, das convicções, escolhas, expectativas e percepções individuais (Ribeiro, 2005).

O mesmo autor refere que existem, atualmente, diversos instrumentos de medida de qualidade de vida e de saúde, que são passíveis de aplicação a qualquer pessoa saudável ou doente, e independentemente do tipo de doença. E os que são multidimensionais, que fornecem somente um valor global, baseando-se no princípio que a saúde e qualidade de vida são multifatoriais e que cada um por si só, tem valor.

É de salientar os instrumentos desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde, que representam o reconhecimento Universal e constituem um desenvolvimento de raiz, adequando-se a uma comunidade mundial. Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção da qualidade de vida é o questionário SF-36, salientando-se a sua utilização no âmbito da saúde (Ribeiro, 2005).

Nesta perspetiva, da qualidade de vida e saúde, salienta-se o impacto físico e psicológico que surge com a presença do estoma na pessoa, podendo gerar insegurança, medo, angústia, dificuldade em expressar as suas emoções, reprimindo sentimentos e temores que limitam a sua afetividade, a sua sociabilidade, a sua atividade laboral e a sua vida sexual e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Um dos aspetos mais afetados, principalmente quando a presença do estoma é definitivo, é imagem corporal (Calatayud et al., 2005).

Para uma melhor compreensão desta temática, aborda-se, de seguida, a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

2.3- QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA OSTOMIZADA

O ser humano deve ser visto de uma forma holística, assim o conceito saúde /doença e do corpo tem carga afetiva, daí ser mencionada na literatura especializada em ostomia, o facto das alterações de imagem corporal como determinante de aspetos da qualidade de vida do ostomizado, considerando todas as fases da sua reabilitação. Isto remete-nos para duas questões: por um lado, a imagem corporal transformada pela presença da “mutilação” e, por, outro, um elemento novo no seu corpo, o estoma e o dispositivo coletor, que alteram a sua saúde e o seu ato de cuidar. Este facto contraria a representação social do corpo, que é

apresentada pela sociedade, como um corpo sadio, harmonioso, sem imperfeição, elementos que correspondem a uma identidade social da representação corporal (Santos e Cesaretti, 2005).

A concepção sobre imagens valorizadas e desvalorizadas socialmente levam a refletir sobre a saúde e a doença, não dissociando a representação social, refletindo sempre a necessidade de compreender o significado de imagem corporal e do autocuidado na perspectiva do cuidado em estomaterapia. Neste desenvolvimento, há necessidade de uma atuação da equipa, como “mediadora do significado de ter um corpo alterado pelo estoma e desviado dos padrões sociais vigentes, na dimensão intrapsíquica do sujeito consigo mesmo e/ou nas relações com o outro” (Santos e Cesaretti, 2005:100).

A qualidade de vida no campo da saúde, assume uma nova concetualização, resultado da percepção, em que o fim último da assistência à saúde, não pode ser apenas a cura da doença ou o adiamento da morte. O individuo doente, deve ser deixado de ser visto como uma máquina e passar a ser visto como um todo, visando um cuidado humanizado. Neste sentido, tem-se verificado um desenvolvimento de políticas, de projetos sociais e de tecnologias em saúde com um fim último, a qualidade de vida. A necessidade de definir qualidade de vida torna-se complexo, como tem sido enunciado, mas é de todo imperioso refletir sobre este tema, sabendo das implicações que uma ostomia tem na qualidade de vida da pessoa ostomizada (Santos e Cesaretti,2005).

A questão da avaliação da qualidade de vida servirá para que se perceba qual a tendência de bem-estar da população e o seu nível de saúde/doença, podendo ser uteis para avaliar qual o benefício e satisfação para o utente. Assim, nas últimas décadas verifica-se um grande interesse no desenvolvimento de estudos com essa finalidade.

Santos e Cesaretti (2005: 457) referem que a concetualização de qualidade de vida é diversa, assumindo conceitos “ diferentes de acordo com as sociedades, as culturas, os tempos e os indivíduos, aspectos [sic] como a felicidade, satisfação, bem-estar e realização de objectivos [sic] têm permeado, implícita ou explicitamente”.

Surge um desafio, para os profissionais de saúde, porque em situações de cronicidade, incluindo não só as doenças crónicas, bem como as suas consequências e possíveis mutilações têm implicações nos processos de reabilitação e de readaptação, tal como acontece na pessoa portadora de ostomia. Isto requer trabalhar em qualquer fase da doença, em qualquer domínio, oferecendo nas adversidades, um ato de perfeito equilíbrio, de forma delicada, numa interação positiva.

Segundo Santos e Cesaretti (2005), a multidimensionalidade da qualidade de vida, leva a que a maior parte dos estudos das pessoas ostomizadas, se dirige à parte biológica, psicológica e social. O índice de qualidade de vida, deverá ser obtido a partir de intervenções da equipa de saúde resultando num indicador apresentado com um resultado final. Os mesmos autores analisaram diversos estudos realizados sobre a pessoa ostomizada, os quais passamos a apresentar:

- ✓ Martinsson et al (1991), realizaram um trabalho no âmbito da qualidade de vida a ileostomizados, concluindo que estes apresentavam sentimentos de insegurança e de isolamento social. Referiam que a presença da ileostomia, impunha restrições nas atividades de vida diária, principalmente na alimentação e a nível de consumo de bebidas; outros, referiram ainda que deixaram de viajar pelo risco de doenças intestinais, como as gastroenterites. Sobre a vida sexual, apresentavam reflexões negativas; quanto ao trabalho, procederam a alterações, na atividade laboral, no horário, ao tipo de função, acabando alguns por se reformar. Apresentaram sentimentos de incapacidade pela dificuldade de acesso a sanitários públicos, ansiedade pelo odor durante o esvaziamento e mal-estar em frequentar espaços públicos;
- ✓ Köhler et al. (1991) efetivou um estudo sobre qualidade de vida após proctocolectomia, comparando com pessoas ileostomizadas incontinente de Brooke, ileostomizados continente de Kock e bolsa ileal com anastomose ileoanal (ausência de estoma e presença de continência). Embora atingissem um estilo de vida dita quase normal e também estivessem satisfeitos com o tipo de intervenção realizada, as mudanças mais sentidas, foram dos ileostomizados de ambos os tipos, em comparação aos da bolsa ileal, ficando evidente que o facto de ter continência melhora a qualidade de vida, principalmente nas atividades com maior relação interpessoal, tal como desporto e a nível sexual. Assim, a presença do estoma, estando associado à incontinência, deteriora a qualidade de vida;
- ✓ Miller (1992), indica que quando se fala de um portador de doença ou de sequelas crónicas, a qualidade de vida deve contemplar a capacidade de envolvimento, assumindo importância para o sujeito, tal como a perceção do seu valor, a satisfação com o próprio nas suas realizações e relações e, o seu bem-estar, tendo em consideração os seus impedimentos;

- ✓ Nordenfelt (1994), refere que o processo da tecnologia na área da saúde possibilita salvar ou prolongar a vida, sendo muitas vezes prolongada, mas apresentando incapacidades e restrições a uma vida com dignidade. Podendo também estar condicionada ao carácter de cronicidade, para o qual não há grandes expectativas de cura. A tecnologia surge como um objetivo mais amplo do cuidado à saúde, não podendo ter em consideração o aspeto de eliminar a doença, mas a sua melhoria de vida, permitindo uma vida diária apesar das suas limitações e/ou incapacidades crónicas;
- ✓ Um estudo realizado em 1998 por Rodrigues et al., mostra-nos que, na sua maioria, as pessoas ostomizadas, apresentavam dificuldades técnicas no manuseamento do estoma e do equipamento, alterações emocionais com negatividade tal como irritação, depressão e ansiedade, com diminuição nas suas relações sociais. Mostra-nos ainda que, para alguns, a presença do estoma, tem interferência negativa a nível laboral e nas suas relações familiares, principalmente com o seu cônjuge;
- ✓ O desenvolvimento de um instrumento transcultural de avaliação de qualidade de vida baseado no Quality of Life Index de Padilla, efetuado pelos autores Marquis, Grath e Blackman (1998), e após a sua aplicação, principalmente no primeiro ano de pós-operatório da ostomia, mostra-nos que a qualidade de vida alcançou melhorias aos 3 meses da alta hospitalar e que não se verificaram diferenças significativas em relação ao sexo, à idade, à atividade e ao tipo de estoma. O aumento do seu nível de satisfação com a assistência recebida, estava relacionada com a maior segurança no seu auto cuidado com os dispositivos e com a melhoria da sua qualidade de vida.
- ✓ Nos últimos anos, autores como Baumel, Cerf, Valot, Wilson, Rubin, Devlin, Elcoat, Foston, Wade, Topping, Goldberg, Santos, Anders, Taylor (sd), efetuaram estudos focando problemáticas da pessoa ostomizada, na área da psicologia, nos quais revelam reações que são consequência à “crise narcisista”, com alterações da imagem corporal e autoestima, apresentando sentimento de rejeição e estigma, estados de depressão e introversão, alcoolismo e uso de drogas e mencionando a sensação de “recto [sic] fantasma”. A nível psicossocial, evidenciam-se os comportamentos de isolamento, diminuição das atividades de lazer, de trabalho e de sexualidade. Quanto aos problemas biológicos, distúrbios que estão relacionados com a

doença ou com o próprio estoma, destacam-se as disfunções urinárias e as sexuais, como a ereção e a ejaculação alterada, a dispareunia, o desequilíbrio hidroelectrolítico, restrições ou alterações alimentares, o uso de medicamentos para o controle fecal e de gases e para os cuidados com a pele peri estoma, complicações das ostomias, dor e outros.

A apresentação sumária dos presentes estudos relativos a esta temática, permite comprovar, que a questão da pessoa ostomizada, caracterizada pela “mutilação corporal e violação psicossocial” implica transformações, levando a novas interpretações da vida, permitindo alcançar desta forma a sua reabilitação para atingir um melhor nível de qualidade de vida (Santos e Cesaretti, 2005).

Persson et al. (2005), citado por Albuquerque, Agostinho, Freitas, Machado e Silva (2009), referem que o estoma influencia negativamente a qualidade de vida. Aquando da sua realização, a pessoa ostomizada sofre sentimentos de desgosto e choque, assim como perda de auto confiança. É necessário apresentar respostas próprias à sua nova condição de vida, responsabilizando os profissionais na aquisição de conhecimentos para o ajudar na sua reabilitação. Outro aspeto a não esquecer, é a importância que tem para esta adaptação, o apoio familiar, social, assim como a experiência relatada por semelhantes, com a finalidade de estabelecer estratégias terapêuticas adequadas para promover o auto cuidado e a aceitação do seu novo estado de saúde.

Existem também diversos estudos portugueses, que vêm ao encontro destas explicações. Santos (1999) concluiu no seu estudo, que a qualidade de vida da pessoa ostomizada, depende fundamentalmente de como se adapta a nível psicológico à presença do seu estoma. Habitualmente são capazes de encontrar uma nova vida normal, mas é um caminho árduo de percorrer, por vezes nunca chegam a aceitar esse facto, sentem-se estigmatizados e colocados à parte pela sociedade.

Reis (2002) procedeu à caracterização e ao levantamento das necessidades da população dos ostomizados com a finalidade de otimizar respostas às necessidades identificadas, concluindo que predomina uma população mais idosa, mas que pratica o seu auto cuidado, conferindo-lhes a autonomia tão desejável. Contudo foi verificado o desconhecimento acerca das complicações que podem surgir da presença do estoma.

Num estudo realizado por Morais, Seica, Ferreira, Moreira, Araújo e Pereira, (2005), no qual 59% da amostra pertencem ao sexo masculino e 38% ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 91 anos, 67 anos de média idade, 15% são analfabetos e 25%

possuem escolaridade média. Quanto ao tempo médio decorrido após a cirurgia, a média é de 7 anos. Em relação às fontes de informação salienta-se a que provém dos enfermeiros estomoterapeutas (47%). Em relação à avaliação da qualidade de vida, os ostomizados têm fraca adaptação à ostomia. Os resultados sugerem que o ostomizado com pior adaptação à ostomia é o que tem menor informação sobre os cuidados ao estoma e sobre os aspetos práticos da vida diária.

Cotrim (2007), no seu trabalho de investigação, apurou que nas pessoas ostomizadas se verifica uma pior qualidade de vida, comparando com os não ostomizados, em que as diferenças mais acentuadas são a nível da saúde em geral, da qualidade de vida global, da sua funcionalidade física, do desempenho sexual e da sua perspetiva futura. Ainda revela que a presença da ostomia, torna aos olhos da pessoa ostomizada uma nova imagem corporal mais desagradável, que implica um maior isolamento social, com repercussões a nível psicológico, verificando-se nestes uma maior ansiedade e depressão. Verificou ainda que o fator idade não está relacionado com a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

O estudo realizado por Morais, Neves e Seíça (2009), o qual visava conhecer as características da pessoa com complicações locais da ostomia, permitiu conhecer as características da pessoa ostomizada em Portugal, servindo este para análises comparativas, em virtude da não existência de outros com características idênticas. Verificou-se que predomina, quanto ao género, o sexo masculino; a idade média é de 65,6 anos; quanto ao nível de instrução existem, em maior número, os iletrados, em relação à sua atividade económica, predominam os reformados; um número elevado obteve ajuda do cuidador. Em relação às complicações, o número mais representativo foi observado em meio hospitalar. As complicações locais, mais frequentes, verificam-se nas colostomias, estando presentes em maior representatividade, o prolapso, o granuloma, a maceração, retração, a dermatite de contacto e alérgica. Verifica-se que nas ileostomias, as mais frequentes são a maceração, granuloma, prolapso, hemorragia e dermatite de contacto. São observados mais vezes, a nível Hospitalar do que no Centro de Saúde.

Albuquerque et al. (2009), verificaram que a pessoa ostomizada tem respostas específicas perante a sua nova condição de vida, podendo-se constatar que os enfermeiros são profissionais habilitados, para ajudar efetivamente este utente. Não descurando o facto que a adaptação da doença depende do seu seio familiar, cultural e social, da pessoa e da sua experiência com situações semelhantes e das estratégias de coping adotadas. Devem ser exploradas as suas crenças, valores pessoais e religiosos, assim como o apoio familiar, com o

objetivo de delinear estratégias terapêuticas, para um cuidar efetivo, que irá facilitar a promoção do bem-estar, do autocuidado e a aceitação do estado de saúde.

Lobão, Gaspar, Marques e Sousa (2009), referem que a pessoa ostomizada passa por um processo que se estrutura em quatro fases: fase do impacto da notícia, da adaptação inicial, da evolução da aceitação e a fase final da evolução da aceitação, sendo um processo construtivo, mas não retilíneo. A questão do medo de ser repugnante, da alteração da sua imagem corporal, do sentimento da resignação, o facto de valorizar a existência de casos semelhantes, assim como o apoio recebido e a adoção de estratégias para gerir a situação, estão presentes em todas as etapas. Constatam que perante estes resultados, há indiscutivelmente a necessidade de um trabalho de aceitação, devendo ser iniciado precocemente, recorrendo a estratégias de coping focadas no problema. O estado de saúde conforme era percebido, como melhor ou pior, condiciona favoravelmente ou não em termos da sua qualidade de vida, refletindo-se na aceitação da sua ostomia. Todo este processo depende do apoio e do estímulo que possam encontrar nas pessoas que os rodeiam, assim como nos profissionais de saúde que são parte do suporte social que lhes é apresentado.

Do estudo sobre Vivências de Pessoas Ostomizadas com Doença de Crohn, realizado por Gomes, Santos e Ferreira (2010), o ostomizado afasta-se socialmente, evitando relacionamentos, acabando mesmo por se isolar. A presença da ostomia pode ser também um elemento que o incapacita de desenvolver ou até de manter a sua atividade laboral e, conseqüentemente, provoca-lhe estados de desânimo e de depressão, ele como que perde a sua identidade e o seu prestígio social. No referido estudo verifica-se que no sexo masculino, a ostomia tem um carácter negativo no âmbito profissional, a nível do sexo feminino reflete-se no facto da impossibilidade de ter filhos. Mas existem alterações comuns, tais como a perda da autonomia, as alterações das suas atividades de vida diária e da sua sexualidade. Há necessidade de adquirir novas capacidades para o seu novo auto cuidado e no modo de ultrapassar e reassumir funções a nível familiar, social e profissional; este reajustamento surge, por vezes, de forma brusca nas suas vidas.

Pinheiro (2011) ao analisar a percepção de qualidade da vida da pessoa ostomizada, utiliza o instrumento de medição de Estado de Saúde Quality of Life Index, e conclui que os ostomizados apresentam uma qualidade de vida razoável. Verificando-se médias elevadas nos domínios do bem-estar psicológico, bem-estar físico, alimentação e no índice global. Salienta ainda que, a dor, a imagem corporal, atividade sexual e a preocupação social são os domínios mais afetados, predominando de entre estes, o domínio da dor, sendo que uma grande parte é utente do foro neoplásico. Quanto à qualidade de vida, em função do sexo, verifica-se que a

nível do sexo feminino existem médias superiores nos domínios do bem-estar psicológico, físico, imagem corporal, atividade sexual e preocupação social. Enquanto no sexo masculino, as médias superiores são nos domínios da dor, alimentação e no modo como enfrenta a situação. Comparando a qualidade de vida e a temporalidade do estoma, os indivíduos com estoma definitivo parecem apresentar uma melhor qualidade de vida. Em relação à escolaridade existe uma correlação baixa, quanto menor é o nível de escolaridade, mais a percepção da imagem corporal fica comprometida.

As pesquisas existentes revelam alterações na qualidade de vida da pessoa ostomizada, merecendo uma reflexão dos profissionais de enfermagem, no sentido de delinear estratégias que visem a melhoria da mesma, o que será abordado de seguida.

2.4- O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA OSTOMIZADA

Impõe-se à pessoa ostomizada a aceitação de uma nova imagem corporal, com novos comportamentos, para além da incerteza da possibilidade de um prognóstico menos bom, factos que resultam numa batalha de adaptação. Desta nova forma de viver, em que por vezes prevalece o isolamento e a falta de meios de informação, surge o papel do enfermeiro promovendo o seu acompanhamento, para que o processo de aprendizagem não sofra retrocessos indesejáveis. Da mesma forma, o profissional de enfermagem, deve assegurar a continuidade dos cuidados específicos, avaliando as necessidades da pessoa e da família desenvolvendo estratégias adequadas, para promover a qualidade de vida (Reis,2002).

A pessoa submetida a uma ostomia deve ser informada em que consiste a sua intervenção cirúrgica e como fica após a sua realização; a falta de informação gera angústia, ansiedade e medo. É absolutamente necessário o envolvimento da família, com orientação da equipa de saúde. A sua reintegração na sociedade deve ser feita com base na família, utente e equipa técnica, tendo a função da equipa de enfermagem identificar os hábitos de vida social, profissional, religiosa para cuidar de uma forma humanizada, tendo em vista a individualização dos cuidados e do apoio a prestar (Amorim, Ferreira e Gabriel,1997).

Numa reflexão posterior, Doris (2009), vem reafirmar que a pessoa ostomizada requer cuidados especializados que se devem manter, promovendo a sua independência, a sua qualidade de vida, quer para si, quer para os seus familiares e os seus cuidadores. A necessidade de cuidados especializados devem ser iniciados no pré-operatório, com continuidade no pós-operatório permitindo uma reabilitação, de modo a que seja possível

aprender a viver com a sua ostomia, prevenindo complicações, promovendo dietas adequadas, acesso a todos os produtos de ostomias, suporte emocional em qualquer momento, cuidados efetuados por uma equipa multidisciplinar.

Ferreira, Seça e Morais (2009), confirmam o facto de que a pessoa ostomizada e a sua família precisam de tempo e de apoio para se ajustarem à nova realidade, para desenvolverem habilidades para o seu auto cuidado de modo a permitir-lhe o regresso ao seu quotidiano, assumindo as relações familiares e os seus papéis sociais. Estabelece-se um desafio para a equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro deve promover essas competências à pessoa ostomizada.

O enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, deve apontar para melhoria contínua da qualidade dos seus cuidados, quer ao utente, quer à família e comunidade, em todo o seu ciclo vital, com a finalidade de alcançar mais e melhor saúde para a população (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo a mesma fonte (2011), pode-se constatar que, na implementação de projetos, a importância é responder ao desafio de ajudar a pessoa ostomizada a tornar-se independente no seu auto cuidado, permitindo-lhe reconquistar a sua autonomia e a sua dignidade, com a execução de intervenções individualizadas. Nestes projetos, o enfermeiro contribui para a eficácia na organização de cuidados, para garantir a satisfação do utente e família, apresentando-lhe soluções para promover a sua saúde, o seu bem-estar e o seu auto cuidado, em suma, contribuir para a qualidade de vida da pessoa ostomizada e do seu cuidador, para que possa viver e seja independente.

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

O trabalho em equipa multidisciplinar, com o planeamento do tratamento e com a realização de avaliações periódicas, beneficia a aplicação de orientações com sucesso, promovendo o auto cuidado, tendo como o fim último a independência da pessoa ostomizada (Doris, 2009).

Uma das funções dos enfermeiros será a prestação de cuidados a pessoas sãs ou doentes, com a finalidade de que conservem, progridam ou retomem a sua saúde, permitindo-lhes atingir o seu auge de bem-estar físico e psíquico, e a máxima independência nas atividades de vida diárias, tanto quanto realizável. A assistência tem sempre em atenção as

necessidades físicas, emocionais e sociais do indivíduo/população não descurando: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a integração social (Régio, 2008).

A maioria das pessoas precisam de tempo e de ajuda de outros para lidar com a sua nova situação, porque a formação de um estoma é visto como uma mutilação, a remoção de qualquer parte do corpo, envolve um sentimento de perda e de sofrimento profundo. O enfermeiro deve encorajar a pessoa a exprimir esses sentimentos de perda e tentar não os reprimir ou minimizar, deve desenvolver o seu trabalho na resolução do sofrimento e em pesquisar estratégias de coping. O apoio emocional é incorporado em todas as sessões de auto cuidado permitindo a pessoa verbalizar as suas preocupações e os seus efeitos antecipados na vida diária, proporcionando reforço positivo, promovendo o seu auto cuidado, de modo a retomar todas as suas atividades habituais (Phipps et al.,2010).

No âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Conselho de Enfermagem (2001) refere que os cuidados prestados devem focalizar a atenção na promoção de saúde, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

Salienta-se a promoção da saúde e do bem-estar, tendo em conta que esta significa ter um acesso singular à realidade da pessoa, promovendo a sua autonomia e o auto cuidado, trabalhando assim a qualidade de vida (Abreu, 2009).

É neste âmbito que o cuidar é um ideal moral da enfermagem, tem antes de mais objetivos de proteção, de melhorar e preservar a dignidade humana, envolvendo valores, vontade, conhecimentos, ações de carinho, relacionando-o com necessidades humanas intersubjetivas às condições do binómio saúde-doença (Watson, 2002).

Stanhope e Lancaster (2010), referem que a necessidade de intervenção, vem ao encontro dos focos da prática de Enfermagem Comunitária, que são a saúde das pessoas, famílias e grupos, assim como o efeito do seu estado de saúde no âmbito da saúde comunitária. O exercício orientado para a comunidade procura mudanças saudáveis para benefício de toda a comunidade, constituindo-se esta como o alvo da enfermagem, sendo o coletivo, o bem comum, não descurando a saúde individual. A existência de saúde na comunidade implica haver saúde a nível individual.

O desempenho profissional, deve ser centrado na população, promovendo comunidades saudáveis. Esta é a característica, que diferencia a enfermagem comunitária de todas as outras áreas de especialidade. A promoção de saúde visa a população, intervindo num processo interdisciplinar, de avaliação, de desenvolvimento de estratégias e de atividades para promover resultados mais saudáveis.

Neste enquadramento, surgem as competências a desenvolver pelos enfermeiros, para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas, organizando-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em Enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade, (Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, 2009).

Como já se evidenciou, a enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças sentidas na sociedade como as demográficas, com o envelhecimento populacional, os indicadores de morbilidade e a ocorrência de doenças crónicas representam as necessidades de saúde. Nos últimos anos os cuidados de saúde primários, têm tido um papel determinante no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária com o seu conhecimento e experiência, assume capacidade para responder às diferentes necessidades. Deve intervir em diversos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas. Evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação de cuidados prestados, à pessoa, família e comunidade, conforme é preconizado no Regulamento nº128 (2011).

Do desenvolvimento desta prática, enquadra-se a temática da pessoa ostomizada, como um grupo com necessidades específicas, que precisa de acompanhamento, devendo ser assegurados cuidados de saúde eficazes, desenvolvendo-se programas e projetos de intervenção com vista à sua capacitação, a nível individual, familiar e na comunidade.

PARTE II- ESTUDO EMPIRICO

CAPITULO 1- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (1999:373), a metodologia “é um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” considerando-a como secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro da investigação.

Neste enquadramento, aborda-se neste capítulo o problema de investigação; os objetivos e o desenho do estudo, as variáveis e sua operacionalização, a população/amostra e os instrumentos de colheita de dados. E por último, os procedimentos sobre a recolha de informação, os aspetos de carácter ético e as estratégias para o tratamento de dados.

1.1 - PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO

Na nossa prática profissional deparamo-nos com um conhecimento redutor da situação que envolve a pessoa ostomizada. Assim, pretende-se com este estudo, avaliar a perceção da qualidade de vida da pessoa ostomizada, indo ao encontro da necessidade de desenvolvimento de estratégias de atuação adequadas à realidade que envolve esta problemática.

Como profissional de enfermagem, espera-se obter um melhor conhecimento acerca da perceção da qualidade de vida da pessoa ostomizada, o que permitirá realizar intervenções centralizados na prestação de cuidados, na satisfação das necessidades e no desenvolvimento de planos de intervenção.

Espera-se assim, que esta investigação se torne uma mais-valia para a promoção da qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Desta temática, surge o problema de investigação, que é o ponto de partida para este trabalho:

- ✓ Qual a perceção que as pessoas ostomizadas, inscritas nos Centros de Saúde da ULSG-EPE, têm da sua qualidade de vida?

Segundo Fortin (2009:73) “ uma questão de investigação é um enunciado claro e não equivoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Face ao exposto, e tendo em conta o problema de investigação, são formuladas as seguintes questões de investigação:

- ✓ A percepção da qualidade de vida da pessoa ostomizada, está relacionada com as suas características sociodemográficas, tais como, idade, género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional?
- ✓ A percepção qualidade de vida, está relacionada com as características relativas à ostomia, como o tempo de cirurgia, temporalidade, informação pré operatória, tipo de admissão, patologias presentes, complicações da ostomia, prestador de cuidados e apoio?

1.2 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo desenvolveu-se tendo como base os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Caracterizar as pessoas ostomizadas inscritas nos Centros de Saúde da ULSG-EPE;
- ✓ Avaliar a percepção que a pessoa ostomizada tem sobre a sua qualidade de vida;
- ✓ Identificar e analisar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa ostomizada;
- ✓ Desenvolver diretrizes para melhorar a qualidade de vida da pessoa ostomizada, mediante os resultados obtidos.

1.3 - DESENHO DO ESTUDO

Todo o trabalho de investigação deve ter uma base metodológica que permita alargar o campo de saberes devendo ter um plano e uma estrutura delineada. É com base neste conhecimento que recai a escolha, para esta investigação, de um estudo descritivo, porque permite identificar “as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”, (Fortin, 2009:236). É Analítico, porque procura estabelecer relações entre as variáveis; é transversal, porque estuda a frequência de um facto ou de um problema numa população num dado momento; é de natureza quantitativa, porque tem como fim, chegar a generalizações após o tratamento de dados.

1.4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

As definições que se podem encontrar de variável, vão todas ao encontro de um princípio, “ao qual se pode atribuir uma medida”, são particularidades de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, podendo-se atribuir valores numerais (Fortin, 2009:49).

Neste estudo a **variável dependente**, é a perceção da qualidade de vida que, segundo Polit e Hungler (1995), é aquela em que o investigador está interessado em compreender, explicar ou prever. Ou ainda, segundo Fortin (2009:49), “ a variável dependente sofre o efeito da variável independente e produz um resultado”.

Segundo Fortin (2009) as **variáveis independentes** são as características do participante estudado, que contribuem para a caracterização da amostra em estudo. No presente estudo, correspondem às variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, género, o meio habitacional, o estado civil, habilitações literárias e situação profissional), de caracterização da ostomia (tipo de estoma, tempo de cirurgia, temporalidade do estoma, informação recebida, tipo de admissão para a cirurgia, patologia que levou à cirurgia, doenças associadas, complicações da ostomia, prestador de cuidados) e o apoio. Variáveis, que se podem considerar como eventuais causas, podendo influenciar a variável dependente (Fortin,2009).

1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

O conceito de população deve ser entendido “no seu sentido mais lato: o conjunto de elementos constituintes de um todo” (Quivy e Campenhoudt,2005: 160).

A população alvo será, assim, constituída pelas pessoas colostomizadas e ileostomizadas dos Centros de Saúde da ULSG- EPE. De acordo com os dados cedidos pelo departamento de estatística da referida instituição (anexo I), é constituída por 184 pessoas colostomizadas e 13 ileostomizadas, distribuídos pelos centros de saúde que fazem parte da mesma, conforme apresentação no quadro 1.

A escolha da ULSG-EPE deve-se ao facto de desenvolvermos a nossa atividade profissional na mesma e ainda da ligação existente com os profissionais de enfermagem dos vários Centros de Saúde, o que viria a facilitar a recolha de dados. Recorreu-se assim, a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 51 pessoas ostomizadas.

Quadro n.º 1 – Distribuição do número de pessoas ostomizadas, por Centro de Saúde da ULSG-EPE (2012)

CENTROS DE SAÚDE DA ULS GUARDA	COLOSTOMIAS	ILEOSTOMIAS
Almeida	10	1
Celorico da beira	17	2
Figueira de Castelo Rodrigo	11	0
Fornos de Algodres	9	0
Gouveia	27	1
Guarda	25	1
Manteigas	6	1
Meda	0	1
Pinhel	13	1
Sabugal	16	2
Seia	28	2
Trancoso	11	0
USF “ A Ribeirinha “	11	1
TOTAL	184	13

Fonte: Departamento de Estatística da ULSG-EPE (2012)

1.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A etapa mais prática da investigação é a colheita de dados, a sua organização resulta da elaboração dos instrumentos de colheita de dados. Estes são determinados, pela natureza do problema, objetivos do estudo, bibliografia consultada, características da amostra, técnica e estratégias de análise de dados.

A escolha recaiu num questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada e numa escala traduzida e validade na população portuguesa para avaliar a perceção da qualidade de vida, SF 36.

Questionário elaborado especificamente para o estudo - constituído por 16 perguntas agrupadas da seguinte forma:

- a) Variáveis relativas à caracterização sociodemográfica: Centro de Saúde, idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional (questão de 1 a 6).
- b) Variáveis relativas à caracterização da ostomia: tipo de estoma, tempo de cirurgia, temporalidade do estoma, informação recebida, tipo de admissão para a cirurgia, patologia que levou à cirurgia, doenças associadas, complicações da

ostomia, prestador de cuidados, recorreu aos serviços de saúde (questão de 7 a 16).

c) Classificação da qualidade de vida (questão 17).

d) Apoio (questão 18).

Questionário de Estado de Saúde (SF-36), versão 2 do Centro de Estudos de Investigação em Saúde de Universidade de Coimbra, também referenciada como escala SF-36, considerada como um instrumento genérico de medição de resultados em saúde, baseada na perceção que os indivíduos têm do seu próprio bem-estar e da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Segundo Ferreira (1998:10), os autores da versão original são Jonh Ware e a sua equipa que planearam e executaram um estudo dos Resultados Médicos (MOS- Medical Outcomes Study), em que um dos seus objetivos, era verificar se os resultados dos doentes se explicavam “pelas diferenças nos sistemas de cuidados de saúde, formação e prática clinica”, surgindo deste desenvolvimento, instrumentos que facilitassem a monitorização contínua dos resultados. É neste âmbito que é desenvolvida a escala SF-36, resultante do projeto MOS, partindo de um número extenso de questionários incluindo quarenta conceitos relacionados com a saúde. Foram seleccionados um número mínimo de conceitos mantendo as referências iniciais, pretendendo-se um instrumento que se tornasse um padrão, proporcionando esclarecimento útil para a explicação de resultados.

O SF-36, pode ser entendido como uma medida genérica de saúde, sabendo que este, tem como finalidade, avaliar noções de saúde representantes dos valores humanos, considerados básicos em relação à sua funcionalidade e bem-estar de cada sujeito, não sendo específico de nenhuma faixa etária, nem de aplicação a doenças ou tratamentos específicos. Tem como finalidade, medir e calcular a situação de saúde de populações e sujeitos, podendo servir para relacionar o estado de saúde de doentes com o da população em geral. O conteúdo relativo à saúde física e mental apresentam uma robustez psicométrica em virtude da sua simplicidade, factos que facilitam a sua aplicação (Ferreira,1998).

Este tipo de modelo conceptual, serve-se da lógica para descrever os conceitos que o instrumento pretende medir, assim como avaliar o equilíbrio de um grupo e as relações que existem entre conceitos.

A escala SF-36, permite a medição dos conceitos: função física, desempenho físico e desempenho emocional, dor física, saúde mental, função social, vitalidade e saúde em geral (Ferreira e Marques, 1998). As oito dimensões enunciadas, podem ser reunidas em duas

partes, Saúde Física e Saúde Mental. Pode-se considerar que esta Escala SF-36 foi basicamente realizada para interpretar oito conceitos importantes em saúde, tal como é apresentado no quadro 2.

Quadro n.º 2 – Conceitos do SF-36

Conceitos	Nº de itens	Nº de níveis
FF- Função Física	10	21
DF- Desempenho Físico	4	5
DC- Dor Corporal	2	11
SG- Saúde Geral	5	21
VT- Vitalidade	4	21
FS- Função Social	2	9
DE- Desempenho Emocional	3	4
SM- Saúde Mental	5	26
MS- Mudança de Saúde (não é considerado conceito de saúde)	1	5

Fonte: Ferreira (1998: 21)

As escalas da função física avaliam, desde a limitação para executar as atividades mais fáceis, tais como, tomar banho ou vestir-se, até às mais exigentes, tendo em consideração a realização de atividades de esforço intermédio, tais como levantar ou carregar compras, subir escadas, posicionamentos corporais ou mesmo a caminhada. Em relação ao desempenho físico avalia a restrição em saúde, relacionando com a quantidade de trabalho executado. Nas escalas da dor pode ser verificado qual a sua intensidade e o desconforto proporcionado pela mesma, assim como a sua amplitude e o modo de interferência no desenvolvimento das suas atividades. A escala da saúde geral permite avaliar o conceito de saúde de uma forma holística (Ferreira, 1998).

Considerando a escala da vitalidade é importante salientar que esta compreende dois níveis, o da energia e o da fadiga. Segundo Ware (1993), cit. por Ferreira (1998: 22), “esta permite captar melhor as diferenças de bem-estar”.

A escala da funcionalidade social aspira obter a quantidade e a qualidade das atividades desenvolvidas na sociedade e o seu impacto nos problemas físicos e emocionais.

Na escala de saúde mental, podem ser avaliadas quatro dimensões tais como a ansiedade, a depressão, a perda de controlo avaliando-o em termos de comportamentos emocionais e o seu bem-estar psicológico.

Na última escala, considerada de transição ou de mudança de saúde, esta pesquisa, com base na vivência, avalia a realidade presente, em relação à sua mudança geral em saúde. De forma conclusiva, desta descrição das escalas, que fazem parte do SF 36, podem reunir-se em dois grandes conceitos: saúde física e saúde mental (figura1).

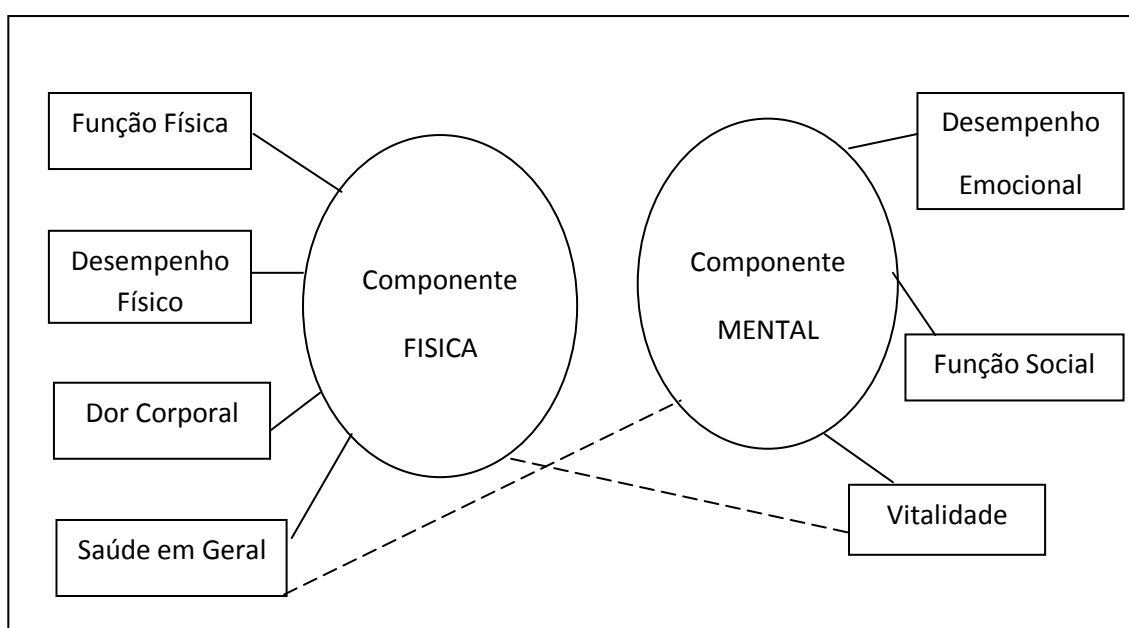


Figura 1 – Modelo Factorial SF-36 com duas componentes

Fonte: Ferreira (1998: 23)

O SF-36 pode ser aplicado a qualquer sujeito com idade igual ou superior a 14 anos, este pode ser auto administrado, através de entrevista, pelo correio ou pelo telefone. Quando aplicado na área clinica deve sê-lo ” antes do sujeito responder a quaisquer outras questões sobre a sua doença” (Ferreira, 1998:29), evitando desta forma um possível enviesamento devido à interação do utente com o elemento que lhe presta cuidados.

1.6.1 - Consistência interna das escalas

Para estudar a fiabilidade das escalas do questionário SF36, realizámos o estudo da sua consistência interna através do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach.

Para valores de alpha de Cronbach superior a 0.70 considera-se aceitável, o que se verificou em todas as dimensões do presente estudo (quadro 3).

Atendendo a este facto, pode concluir-se que, as escalas revelaram boa consistência interna e, conseqüentemente, podem ser consideradas fiáveis.

Quadro n.º 3 – Coeficiente alpha de Cronbach para as escalas do SF-36

Dimensões	α de Cronbach
Função física	0,915
Desempenho físico	0,956
Dor Corporal	0,931
Saúde geral	0,834
Vitalidade	0,936
Função social	0,889
Desempenho emocional	0,884
Saúde mental	0,932

1.7 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS

Para a recolha de dados procedeu-se ao pedido à ULSG-EPE, com a especificação dos objetivos e do conteúdo do estudo, anexando o respectivo instrumento de recolha de dados e o consentimento informado (apêndice I), assegurando no presente estudo a Proteção dos Direitos Humanos, tais como: o direito à autodeterminação, à privacidade e Dignidade, ao Anonimato e Confidencialidade (Wood e Haber, 2001).

Obtida a autorização para aplicação e recolha de dados (anexo II) e após pré teste realizado a 8 utentes, durante uma semana na Unidade de Saúde Familiar “ A Ribeirinha”, não se verificou necessidade de proceder a alterações, sendo estes elementos incluídos na amostra do estudo

A recolha de dados atendeu a uma cronologia, tendo sido realizada durante os meses de junho e julho de 2012, nos Centros de Saúde da ULSG-EPE (Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso, Unidade de Saúde Familiar “ A Ribeirinha”), não sendo possível obter dados do Centro de Saúde de Celorico da Beira e de Figueira Castelo Rodrigo.

A aplicação do questionário foi, nas instalações dos Centros de Saúde enunciados, de acordo com a marcação de consultas de Enfermagem e Médicas, efetuada durante as Visitas Domiciliárias e em Lares onde estão Institucionalizados algumas das pessoas ostomizadas. Foi aplicado pelo investigador, contando com a colaboração dos profissionais de enfermagem dos respetivos Centros de Saúde, a quem foram apresentados os objetivos do trabalho.

Obeve-se no final uma amostra constituída por 51 indivíduos, o que corresponde a 25,88% do total das pessoas ostomizados da ULSG-EPE.

1.8 TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva, que possibilita descrever as características da amostra e encontrar respostas para as questões de investigação, e à estatística inferencial que permite destacar as particularidades de uma população baseando-se nos dados da amostra (Fortin, 2009).

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (média aritmética (\bar{x}), média dos postos (\bar{x}_p) e mediana (Md)), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo (x_{\min}), valor máximo (x_{\max}) e desvio padrão (s)).

Os dados foram tratados informaticamente, utilizando o Programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.

Da realização do teste da normalidade (quadro 4), o teste Kolmogorov-Smirnov, verificamos que o nível de significância das dimensões é inferior a 0.05 em todas elas. Não sendo uma distribuição normal, foram aplicados testes não paramétricos, como o teste U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para diferença de médias, o Coeficiente de Correlação de Spearman e respetivo teste de significância, fixando-se, em todos, o valor de 0.05 para o nível máximo de significância, ou seja, para o valor máximo da probabilidade de ocorrer o erro tipo I.

Quadro n.º 4 – Resultados do teste da normalidade

DIMENSÕES	Z	P
Função Física	0.255	<0.001
Desempenho Físico	0.176	0.001
Dor	0.209	<0.001
Saúde Geral	0.252	<0.001
Vitalidade	0.196	0.001
Função Social	0.227	<0.001
Desempenho Emocional	0.184	<0.001
Saúde Mental	0.207	0.001
Mudança de Saúde	0.156	<0.001

CAPITULO 2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta etapa da investigação é necessário apresentar os resultados e a sua análise, para se poder extrair as respetivas conclusões. A aplicação do método estatístico permite analisar fenómenos sociais de uma forma holística, não podendo esquecer também as suas condicionantes, em que “as estatísticas são concebidas não para clarificarem a realidade mas para justificarem prévias interpretações sobre essa mesma realidade” (Carmo e Ferreira, 1998:74).

Assim, neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Inicia-se com a apresentação dos dados relativos à caracterização sociodemográfica, seguida dos dados relativos à ostomia, classificação da qualidade de vida e apoio. Posteriormente, apresentam-se os dados obtidos através do questionário do estado de saúde SF-36 que permitiu avaliar a perceção da qualidade de vida da pessoa ostomizada.

No sentido de investigar os fatores que podem influenciar a qualidade de vida da pessoa ostomizada e de obter respostas para as questões de investigação inicialmente formuladas, apresentam-se posteriormente os resultados obtidos através da aplicação das técnicas estatísticas, através das quais se efetuou o estudo da comparação/relação entre algumas variáveis.

Fizeram parte da amostra deste estudo 51 pessoas ostomizadas inscritas nos Centros de Saúde da ULSG-EPE, distribuídos conforme figura 2.

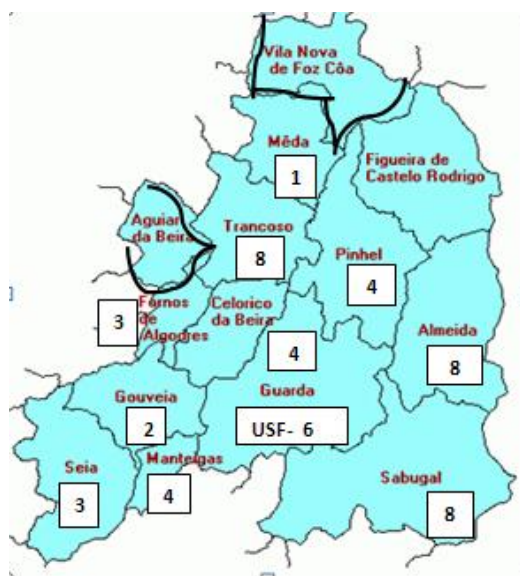


Figura 2 - Distribuição das pessoas ostomizadas, segundo o Centro de Saúde

Características sociodemográficas das pessoas ostomizadas

Ao observar-se o quadro 5, verifica-se que a média das idades é de 71 anos, sendo a idade mínima de 20 anos e a máxima de 92 anos.

Analisando os grupos etários, verificamos que a maior parte dos inquiridos estão entre o grupo dos 66 aos 80 anos de idade, com uma percentagem total de 51,0 %. Com uma percentagem relevante temos ainda os inquiridos do grupo etário dos 81 aos 95 anos, com 23,5%, seguidos do grupo dos 51 aos 65 anos com 13,7%.

Como podemos observar, a amostra relativamente ao género, está relativamente equilibrada, sendo 54,9% dos inquiridos do género masculino e 45,1% do género feminino.

Em relação ao estado civil verificamos que a maior parte da amostra é casado ou vive em união de facto (62,7%), seguindo-se os viúvos com 19,6%.

No que concerne às habilitações literárias verificamos que a maior percentagem de inquiridos detém o 1º ciclo (35,3%), seguidos dos que sabem ler e escrever, mas, sem escolaridade (29,4%). De realçar ainda que 21,6% das pessoas ostomizadas afirma não saber ler e escrever.

Quando questionados sobre a situação profissional, a maior parte dos inquiridos afirma não ter qualquer atividade (86,3%) enquanto que 13,7% dos inquiridos desenvolvem uma atividade profissional.

Quadro n.º 5 - Distribuição das pessoas ostomizadas segundo as características sociodemográficas

Variável	n	%
Idade		
20 - 35	2	3,9
36 - 50	3	5,9
51 - 65	7	13,7
66 - 80	26	51,0
81 - 95	12	23,5
Não responderam	1	2,0
Média = 71,20 Moda = 80,00 s = 14,93 XMin= 20 XMáx= 92		
Sexo		
Masculino	28	54,9
Feminino	23	45,1
Estado Civil		
Casado (a)	32	62,7
Solteiro (a)	7	13,8
Viúvo	10	19,6
Divorciado (a)/Separado (a)	2	3,9
Habilitações Literárias		
Não sabe ler e escrever	11	21,6
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	29,4
1º Ciclo do Ensino Básico	18	35,3
2º Ciclo do Ensino Básico	2	3,9
3º Ciclo do Ensino Básico	5	9,8
Situação Profissional		
Com atividade	7	13,7
Sem atividade (reformados)	44	86,3

Características relativas à ostomia

Conforme pode observar-se no quadro 6, a maioria dos inquiridos (96,0%) apresenta colostomia.

Relativamente ao tempo da cirurgia, apresentam um mínimo de meio ano e um máximo de 30 anos; 23,5% realizaram a cirurgia entre 3 anos e meio e os 5 anos, seguido de 19,6% que a realizaram há mais de 8 anos. Foram submetidos a cirurgia, em média, há 5,7 anos.

Quanto à temporalidade do estoma, 90,2% dos inquiridos tem um estoma definitivo e 19,8% indica que é temporário.

Questionados sobre se receberam informação pré-operatória verificamos que 76,5% dos inquiridos afirma que sim, enquanto que 23,5% dos inquiridos diz que não tiveram qualquer informação pré-operatória.

A maior parte das informações foram dadas pelo médico (84,6%), seguindo-se os profissionais de enfermagem, ainda que, com uma percentagem muito inferior (12,8%).

No que concerne ao tipo de admissão verificamos que, a maioria dos inquiridos (74,5%), tinha cirurgia programada e que, para 21,6% das pessoas ostomizadas, a cirurgia foi realizada numa situação de urgência.

A doença que mais levou à cirurgia foi o carcinoma (74,5%), verificando-se que as outras patologias ocuparam 25,5%.

Em relação a doenças associadas, a maioria dos inquiridos (51,0%), refere não ter nenhuma doença associada ao seu estado clínico, verificando-se que a patologia do foro cardiovascular é a que ocupa a maior percentagem (23,5%).

Como podemos observar, a maioria dos inquiridos (68,6%), refere não ter complicações da ostomia. Dos que afirmam ter tido complicações da ostomia, mais de metade afirma ter irritações cutâneas (56,2%) e 25,0% afirma ter hérnias.

Em relação ao prestador de cuidados ao nível do estoma, a maioria dos inquiridos presta cuidados a si próprio (68,6%). Apenas 31,4% dos inquiridos recorre a outras pessoas para o fazer, incluindo nestas o cônjuge (9,8%), ajudantes lares (7,9%), filhos (5,9%), auxiliares (3,9%) e enfermeiros (3,9%).

No que concerne à questão sobre se nos últimos seis meses, devido à ostomia, recorreram aos serviços de saúde, a maioria (72,5%) afirma não ter recorrido a qualquer tipo de serviço de saúde. Dos que responderam sim, existe uma percentagem igual de inquiridos, 35,7%, que afirma que nos últimos seis meses recorreu à consulta de Estomaterapia e ao Instituto Português de Oncologia, seguidos de 14,3% que recorreram ao Enfermeiro de Família.

Quadro n.º 6 – Distribuição das pessoas ostomizadas segundo as características relativas à ostomia

Variável	n	%
Tipo de Estoma		
Colostomia	49	96,0
Ileostomia	2	4,0
Temporalidade do Estoma		
Temporário	5	19,8
Definitivo	46	90,2
Informação pré-operatória		
Não	12	23,5
Sim	39	76,5
Informação pré-operatório: Quem fornece		
Médico	33	84,6
Enfermeiro	5	12,8
Outro	1	2,3
Tempo de Cirurgia		
≥1/2 ano – 2 anos	13	2,5
Maior 2 anos – 3 anos e meio	5	9,8
Maior 3 anos e meio – 5 anos	12	23,5
Maior que 5 anos – 6 anos e meio	8	15,7
Maior que 6 anos e meio – 8 anos	3	5,9
Maior que 8 anos	10	19,6
Média= 5,7 Md = 4,0 s = 5,9 Xmin = 6 meses Xmáx =30 anos		
Tipo de Admissão para a cirurgia		
Urgência	11	21,6
Programada	38	74,5
Não responderam	2	3,9
Doenças que levaram à cirurgia		
Carcinoma	38	74,5
Colite Ulcerosa	2	3,9
Doença de Crohn	1	2,0
Polipose Familiar	4	7,8
Outra	6	11,8
Doenças Associadas		
Respiratórias	2	3,9
Dermatológicas	1	2,0
Cardiovasculares	12	23,5
Reumáticas	5	9,8
Metabólicas	1	2,0
Nenhuma	26	51,0
Outra	4	7,8
Complicações da Ostomia		
Não	35	68,6
Sim	16	31,4
Doenças associadas às complicações da Ostomia		
Irritação cutânea	9	56,2
Fístula	1	6,3
Hérnia	4	25,0
Outra	2	12,5
Quem presta cuidados ao nível da ostomia		
O próprio	35	68,6
Cônjuge	5	9,8
Ajudante de lar	4	7,9
Auxiliares	2	3,9
Enfermeiro	2	3,9
Filhos	3	5,9
Nos últimos seis meses, recorreu aos serviços de saúde		
Não	37	72,5
Sim	14	27,5
A que serviços recorreu		
Consulta de Estomaterapia	5	35,7
Enfermeiro de Família	2	14,3
Médico de Família	1	7,1
Instituto Português de Oncologia	5	35,7
Outro	1	7,2

Classificação de Qualidade de vida

Quanto à classificação da qualidade de vida, verificamos que 39,2% dos inquiridos refere ter uma qualidade de vida razoável, enquanto que 35,3% afirma ser boa. No entanto, 21,5% adianta ter uma fraca qualidade de vida, conforme se pode visualizar no gráfico 1.

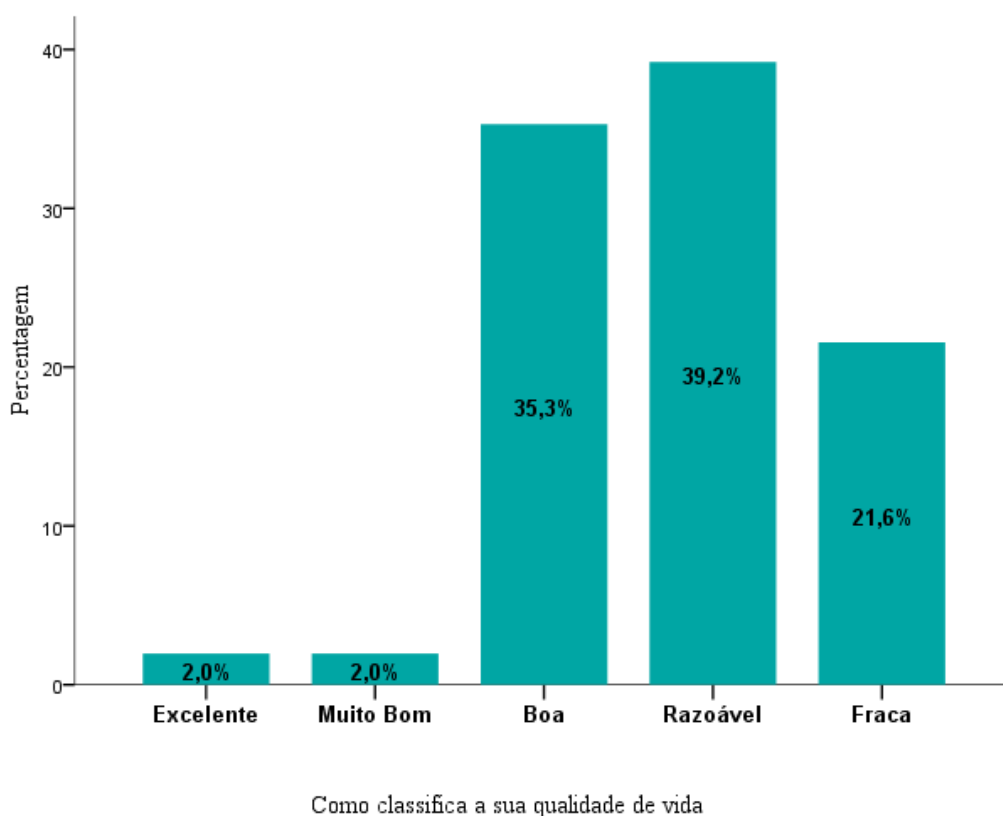


Gráfico 1- Distribuição das pessoas ostomizadas segundo a classificação de qualidade de vida

Apoio

64,7% dos inquiridos acredita que, mesmo podendo ter mais apoio, a sua qualidade de vida não ia melhorar em nada. Pelo contrário, 35,3% das pessoas que integraram o estudo, consideram que, tendo mais apoio a sua qualidade de vida melhorava.

O tipo de apoios que consideram mais importante para poderem ter uma melhor qualidade de vida, prende-se com os cuidados de enfermagem (50,0%), seguindo-se o apoio económico (22,2%), os cuidados médicos e o transporte com um valor de 5,6% para cada um deles (quadro 7)

Quadro n.º 7 - Distribuição das pessoas ostomizadas segundo a necessidade de mais apoio

Variável	N	%
Mais apoio		
Não	33	64,7
Sim	18	35,3
Tipo de Apoio		
Cuidados Médicos	1	5,6
Económico	4	22,2
Cuidados de Enfermagem	9	50,0
Ter transporte	1	5,6
Outro	3	16,6

Perceção da Qualidade de Vida

Analisadas as questões da caracterização sociodemográfica, passamos agora aos resultados da aplicação do questionário SF-36, que permitiu avaliar a perceção que as pessoas ostomizadas têm sobre a sua qualidade de vida, conforme pode visualizar-se no quadro 7 e no gráfico 2. Podemos verificar que as pessoas ostomizadas, percecionam melhor qualidade de vida ao nível das dimensões do desempenho emocional (63,40), seguindo-se a saúde geral (60,39) e o desempenho físico (53,99).

Percecionaram menor qualidade de vida ao nível das dimensões função física (34,07), dor corporal (37,88) e função social (42,43). Quanto à mudança de saúde, ou seja, a saúde atual comparativamente com o que acontecia há um ano atrás, a tendência foi no sentido de a considerarem um pouco pior.

Quadro n.º 8 – Distribuição das pessoas ostomizadas segundo a perceção da qualidade de vida

Dimensão	Média	Md	S	Xmin	Xmáx
Função Física	34.07	50.00	27.20	10.00	95.00
Desempenho Físico	53.99	20.00	26.25	2.00	100.00
Dor Corporal	37.88	28.82	29.30	5.00	100.00
Saúde Geral	60.39	60.00	18.65	10.00	82.00
Vitalidade	48.20	40.00	24.50	6.00	88.00
Função Social	42.43	50.00	26.15	13.00	100.00
Desempenho Emocional	63.40	23.33	28.00	11.00	100.00
Saúde Mental	46.56	44.00	28.44	10.00	95.00
Mudança de Saúde (não é considerado conceito de saúde)	65.31	70.00	17.79	25.00	100.00

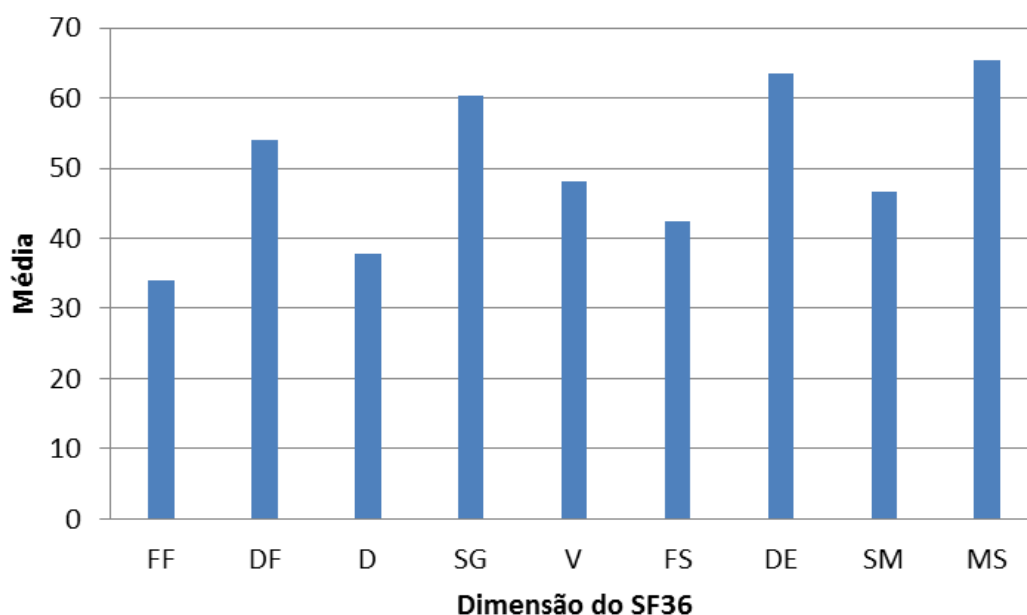


Gráfico 2 – Distribuição das pessoas ostomizadas segundo a percepção da qualidade de vida

Terminada a análise descritiva apresentamos de seguida os resultados dos estudos que desenvolvemos para investigar quais os fatores que podem influenciar a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Características sociodemográficas

Para averiguar se a **percepção da qualidade de vida é diferente conforme a idade**, foi aplicado o Coeficiente de correlação de Spearman e respectivo teste de significância, não se verificando resultados estatisticamente significativos em nenhuma das dimensões da qualidade de vida ($p > 0,05$).

Quadro n.º 9 – Resultados do estudo da correlação da percepção da qualidade de vida com a idade da pessoa ostomizada

Qualidade de Vida	Idade	
	r_s	p
Função Física	-0.083	0.493
Desempenho Físico	-0.163	0.259
Dor Corporal	0.177	0.215
Saúde Geral	0.015	0.618
Vitalidade	0.078	0.623
Função Social	-0.002	0.082
Desempenho Emocional	-0.251	0.076
Saúde Mental	0.055	0.678
Mudança de Saúde	0.011	0.150

Na comparação da **qualidade de vida em função do género**, foi utilizado o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão desempenho físico ($p=0,049$). Comparando os valores das medidas de tendência central, constata-se que as pessoas ostomizadas do género feminino tendem a perceber melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 10 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função do género da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Género	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Masculino	28	22.16	27.04	-0.7713	0.486
Feminino	23	19.64	24.74		
Desempenho Físico					
Masculino	28	18.34	22.32	-1.999	0.049
Feminino	23	20.46	30.48		
Dor Corporal					
Masculino	28	18.06	26.43	-0.236	0.816
Feminino	23	15.75	25.48		
Saúde Geral					
Masculino	28	18.69	26.98	-0.810	0.507
Feminino	23	14.85	24.81		
Vitalidade					
Masculino	28	19.48	26.56	-0.309	0.763
Feminino	23	16.79	25.32		
Função Social					
Masculino	28	20.95	25.00	-0.552	0.603
Feminino	23	22.78	27.22		
Desempenho Emocional					
Masculino	28	17.08	23.09	-1.589	0.157
Feminino	23	20.81	29.54		
Saúde Mental					
Masculino	28	18.49	26.61	-0.919	0.437
Feminino	23	13.02	25.26		
Mudança de Saúde					
Masculino	28	19.38	29.30	-1.923	0.054
Feminino	23	12.85	21.98		

Ao realizar a análise da comparação da **qualidade de vida em função do estado civil**, foi aplicado o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, com resultado estatisticamente significativo na dimensão função física ($p=0.008$). Comparando os valores das medidas de tendência central pode concluir-se que os casados percebem pior qualidade de vida.

Quadro n.º 11 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função do estado civil da pessoa ostomizada

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Estado civil					
Função Física					
Casado	32	18.39	22.05	-2.657	0.008
Outros	19	20.47	32.66		
Desempenho Físico					
Casado	32	18.76	23.97	-1.301	0.193
Outros	19	21.29	29.42		
Dor Corporal					
Casado	32	14.79	24.95	-0.672	0.502
Outros	19	19.56	27.76		
Saúde Geral					
Casado	32	15.69	24.33	-1.118	0.264
Outros	19	19.08	28.82		
Vitalidade					
Casado	32	16.84	24.61	-0.903	0.367
Outros	19	19.75	28.34		
Função Social					
Casado	32	15.35	23.52	-1.614	0.106
Outros	19	19.46	30.18		
Desempenho Emocional					
Casado	32	16.09	24.52	-0.953	0.341
Outros	19	20.48	28.50		
Saúde Mental					
Casado	32	17.89	23.81	-1.415	0.157
Outros	19	20.36	29.68		
Mudança de Saúde					
Casado	32	19.28	26.47	-0.321	0.748
Outros	19	16.66	25.21		

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função da situação profissional**, utilizou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, salientando-se os resultados estatisticamente significativos nas dimensões, função física (p=0,029), desempenho físico (p=0,012), dor corporal (p=0,041), função social (p=0,011), desempenho emocional (p=0,036) e saúde mental (p=0,045). Comparando os valores das medidas de tendência central, conclui-se que os que trabalham tendem a apresentar melhor qualidade de vida, à exceção da dimensão dor corporal na qual são as pessoas ostomizadas que não trabalham que percebem melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 12 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função da situação profissional da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Situação Profissional	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Com atividade	7	22.86	35.26	-2.183	0.029
Sem atividade	44	18.62	24.53		
Desempenho Físico					
Com atividade	7	21.26	39.32	-2.503	0.012
Sem atividade	44	19.45	23.88		
Dor Corporal					
Com atividade	7	10.70	16.18	-1.859	0.041
Sem atividade	44	18.73	27.57		
Saúde Geral					
Com atividade	7	19.82	28.67	-0.984	0.325
Sem atividade	44	15.34	25.58		
Vitalidade					
Com atividade	7	20.19	28.54	-1.881	0.060
Sem atividade	44	18.22	25.60		
Função Social					
Com atividade	7	21.01	30.29	-2.534	0.011
Sem atividade	44	18.16	25.32		
Desempenho Emocional					
Com atividade	7	23.92	37.62	-2.092	0.036
Sem atividade	44	18.33	24.15		
Saúde Mental					
Com atividade	7	19.16	28.97	-2.007	0.045
Sem atividade	44	16.54	25.53		
Mudança de Saúde					
Com atividade	7	20.74	28.79	-0.586	0.558
Sem atividade	44	18.29	25.56		

No sentido de averiguarmos se a percepção da **qualidade de vida é diferente conforme a escolaridade** da pessoa ostomizada, aplicámos o teste de Kruskal-Wallis, para diferença de médias. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em termos das dimensões, dor corporal ($p = 0.007$), saúde geral ($p = 0.015$), vitalidade ($p = 0.016$), função social ($p = 0.046$) e saúde mental ($p = 0.040$) da qualidade de vida. A comparação dos valores das medidas de tendência central revela que os inquiridos com mais escolaridade tendem a perceber melhor qualidade de vida, à exceção da dimensão corporal, em que é o grupo das pessoas que sabem ler e escrever, mas sem escolaridade que tendem a perceber melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 13 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função da escolaridade da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Escolaridade	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Md	Z	p
Função Física						
Não sabe ler e escrever	11	12.52	23.39	21.00	3.729	0.155
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	19.75	26.48	32.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	15.68	27.11	41.10		
Desempenho Físico						
Não sabe ler e escrever	11	17.26	22.76	20.15	3.228	0.199
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	19.00	23.38	25.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	21.85	29.00	50.00		
Dor Corporal						
Não sabe ler e escrever	11	13.46	19.60	25.00	9.827	0.007
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	18.64	31.10	42.80		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	21.95	33.59	25.00		
Saúde Geral						
Não sabe ler e escrever	11	18.53	20.68	25.70	8.413	0.015
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	17.95	20.20	32.50		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	22.00	31.82	65.00		
Vitalidade						
Não sabe ler e escrever	11	14.02	29.53	32.00	8.304	0.016
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	10.20	20.34	27.15		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	19.52	34.05	50.00		
Função Social						
Não sabe ler e escrever	11	19.25	21.73	30.15	6.896	0.046
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	19.09	21.57	50.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	20.98	30.54	65.00		
Desempenho Emocional						
Não sabe ler e escrever	11	10.59	21.32	22.00	2.686	0.261
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	16.58	24.07	25.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	21.00	29.22	25.00		
Saúde Mental						
Não sabe ler e escrever	11	15.34	21.08	29.25	6.423	0.040
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	19.24	29.20	38.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	23.64	32.82	40.25		
Mudança de Saúde						
Não sabe ler e escrever	11	19.98	29.45	25.00	5.100	0.078
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	15	16.28	21.58	30.00		
1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico	25	22.19	30.83	50.00		

Para estudar a relação entre a percepção da **qualidade de vida e o tempo de cirurgia** aplicou-se o Coeficiente de correlação de Spearman e respetivo teste de significância, verificando-se a existência de correlação negativa e estatisticamente significativa na dimensão da saúde geral ($p=0,039$). Atendendo ao facto da correlação ser negativa na dimensão e positiva na mudança de saúde, leva-nos a concluir que as pessoas ostomizadas há mais tempo, tendem a percecionarem pior qualidade de vida e apresentam uma maior degradação do estado de saúde durante o último ano.

Quadro n.º 14 – Resultados do estudo da correlação da percepção da qualidade de vida com o tempo de cirurgia da pessoa ostomizada

Qualidade de Vida	Tempo de cirurgia	
	r_s	P
Função Física	-0.202	0.156
Desempenho Físico	0.071	0.620
Dor Corporal	-0.107	0.456
Saúde Geral	-0.290	0.039
Vitalidade	0.131	0.359
Função Social	0.051	0.724
Desempenho Emocional	0.030	0.836
Saúde Mental	0.132	0.357
Mudança de Saúde	0.501	<0.001

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função da temporalidade do estoma**, utilizou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, salientando-se os resultados estatisticamente significativos nas dimensões função física ($p=0.011$), vitalidade ($p=0.031$), desempenho emocional ($p=0.039$) e saúde mental ($p=0.031$). Comparando os valores das medidas de tendência central, conclui-se que os inquiridos cujo estoma é temporário tendem a perceber melhor qualidade de vida. No entanto, e no que concerne à dimensão vitalidade, verificamos que são os inquiridos com estomas definitivos que percebem melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 15 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função da temporalidade do estoma da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Temporalidade do Estoma	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Temporário	5	22.56	35.44	-2.552	0.011
Definitivo	46	18.32	24.97		
Desempenho Físico					
Temporário	5	21.16	30.23	-0.940	0.347
Definitivo	46	17.46	25.54		
Dor Corporal					
Temporário	5	10.13	15.70	-1.713	0.087
Definitivo	46	19.57	27.12		
Saúde Geral					
Temporário	5	19.28	26.86	-1.189	0.234
Definitivo	46	15.37	25.91		
Vitalidade					
Temporário	5	16.49	21.18	-2.160	0.031
Definitivo	46	20.22	26.52		
Função Social					
Temporário	5	20.75	29.85	-1.344	0.179
Definitivo	46	16.89	25.58		
Desempenho Emocional					
Temporário	5	21.27	32.87	-1.701	0.039
Definitivo	46	18.49	25.25		
Saúde Mental					
Temporário	5	22.49	28.34	-2.160	0.031
Definitivo	46	17.58	25.74		
Mudança de Saúde					
Temporário	5	10.68	17.50	-1.178	0.139
Definitivo	46	14.37	26.92		

Comparando a percepção da **qualidade de vida em função da informação pré-operatória**, através da aplicação do Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, verificaram-se resultados estatisticamente significativos nas dimensões função física ($p=0.048$) e função social ($p=0.024$). Comparando os valores das medidas de tendência central, conclui-se que os inquiridos que obtiveram informação pré-operatória tendem a perceber melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 16 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função da informação pré-operatória da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Informação pré-operatória	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Não	12	19.52	22.00	-1.956	0.048
Sim	39	20.51	27.23		
Desempenho Físico					
Não	12	17.26	23.88	-1.124	0.261
Sim	39	19.54	26.66		
Dor Corporal					
Não	12	20.76	24.17	-1.772	0.076
Sim	39	22.09	31.94		
Saúde Geral					
Não	12	15.94	24.76	-1.550	0.121
Sim	39	18.63	26.38		
Vitalidade					
Não	12	13.23	24.48	-1.241	0.214
Sim	39	17.64	26.47		
Função Social					
Não	12	21.54	25.04	-2.263	0.024
Sim	39	22.73	26.25		
Desempenho Emocional					
Não	12	19.42	25.58	-0.356	0.722
Sim	39	23.35	26.13		
Saúde Mental					
Não	12	14.65	24.91	-1.548	0.122
Sim	39	18.23	26.33		
Mudança de Saúde					
Não	12	19.25	25.58	-0.122	0.903
Sim	39	20.46	26.13		

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função do tipo de admissão** aplicou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, salientando-se resultados estatisticamente significativos nas dimensões função física ($p=0.048$) e saúde geral ($p=0.045$). Comparando os valores das medidas de tendência central, conclui-se que os inquiridos cuja cirurgia foi programada tendem a perceber melhor qualidade de vida. Verifica-se ainda que as pessoas ostomizadas cuja cirurgia foi de urgência revelam uma mudança de saúde, para pior, mais acentuada que os que tiveram cirurgia programada.

Quadro n.º 17 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função do tipo de admissão da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Tipo de Admissão	N	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Urgência	11	16.58	21.35	-1.896	0.048
Programada	38	20.45	26.06		
Desempenho Físico					
Urgência	11	20.48	24.12	-0.750	0.453
Programada	38	22.64	28.05		
Dor Corporal					
Urgência	11	19.57	24.75	-0.160	0.873
Programada	38	20.76	25.07		
Saúde Geral					
Urgência	11	16.64	23.57	-1.849	0.045
Programada	38	18.64	24.81		
Vitalidade					
Urgência	11	15.69	24.96	-1.077	0.282
Programada	38	17.49	25.16		
Função Social					
Urgência	11	16.95	24.48	-0.991	0.322
Programada	38	19.48	25.15		
Desempenho Emocional					
Urgência	11	18.64	24.97	-0.744	0.457
Programada	38	20.32	25.09		
Saúde Mental					
Urgência	11	15.95	24.97	-0.622	0.534
Programada	38	19.68	25.11		
Mudança de Saúde					
Urgência	11	18.19	23.25	-1.764	0.038
Programada	38	24.59	31.05		

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função das patologias** que levaram à cirurgia aplicou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, salientando-se resultados estatisticamente significativos nas dimensões função física ($p=0,048$), vitalidade ($p=0,018$) e saúde mental ($p=0,049$). Comparando os valores das medidas de tendência central, conclui-se que as pessoas ostomizadas que apresentam carcinoma percebem pior qualidade de vida.

Quadro n.º 18 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função das patologias que levaram à cirurgia da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Patologias	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Carcinoma	38	19.46	23.93	-1.823	0.048
Outras	13	21.52	32.04		
Desempenho Físico					
Carcinoma	38	17.19	24.67	-1.122	0.262
Outras	13	19.73	29.88		
Dor Corporal					
Carcinoma	38	16.94	20.22	-1.050	0.294
Outras	13	20.37	29.42		
Saúde Geral					
Carcinoma	38	17.81	24.64	-1.173	0.241
Outras	13	19.27	29.96		
Vitalidade					
Carcinoma	38	13.73	17.76	-2.358	0.018
Outras	13	18.29	28.92		
Função Social					
Carcinoma	38	16.39	24.93	-0.912	0.362
Outras	13	19.08	29.12		
Desempenho Emocional					
Carcinoma	38	17.16	24.78	-1.035	0.301
Outras	13	21.83	29.58		
Saúde Mental					
Carcinoma	38	15.76	23.71	-1.949	0.049
Outras	13	20.39	32.69		
Mudança de Saúde					
Carcinoma	38	18.44	25.45	-0.498	0.618
Outras	13	20.06	27.62		

Realizando o estudo da comparação da percepção da **qualidade de vida em função das complicações das ostomias**, aplicou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, não se obtendo resultados estatisticamente significativos.

Quadro n.º 19 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função das complicações das ostomias da pessoa ostomizada

Qualidade de vida Complicações Ostomias	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
Não	35	20.38	26.12	-1.094	0.274
Sim	16	19.46	25.73		
Desempenho Físico					
Não	35	19.76	26.42	-0.688	0.491
Sim	16	17.29	25.08		
Dor Corporal					
Não	35	19.21	26.41	-0.445	0.656
Sim	16	15.39	25.11		
Saúde Geral					
Não	35	18.23	25.77	-0.817	0.414
Sim	16	20.06	26.51		
Vitalidade					
Não	35	19.37	26.53	-0.539	0.590
Sim	16	15.24	24.85		
Função Social					
Não	35	18.09	25.96	-0.956	0.339
Sim	16	19.26	26.10		
Desempenho Emocional					
Não	35	17.46	25.45	-1.111	0.266
Sim	16	20.33	27.94		
Saúde Mental					
Não	35	18.55	25.31	-1.395	0.163
Sim	16	20.19	27.51		
Mudança de Saúde					
Não	35	19.82	25.80	-0.156	0.876
Sim	16	20.80	26.44		

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função de quem presta cuidados ao estoma**, utilizou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, verificando-se que nas dimensões dor corporal ($p=0,014$) e função social ($p=0,023$) os resultados são estatisticamente significativos. Da análise das medidas de tendência central, verifica-se que, quando são outros a prestar cuidados ao estoma, a pessoa percebe melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 20 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função de quem presta cuidados à pessoa ostomizada

Qualidade de vida Quem presta cuidados	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	p
Função Física					
O Próprio	35	15.49	25.94	-1.597	0.110
Outros	16	19.31	26.14		
Desempenho Físico					
O Próprio	35	20.16	26.66	-0.478	0.633
Outros	16	18.22	24.56		
Dor Corporal					
O Próprio	35	15.33	23.32	-2.456	0.014
Outros	16	20.49	31.81		
Saúde Geral					
O Próprio	35	17.29	25.64	-1.680	0.093
Outros	16	19.82	26.79		
Vitalidade					
O Próprio	35	15.01	24.96	-1.237	0.216
Outros	16	20.62	28.28		
Função Social					
O Próprio	35	17.09	22.93	-2.274	0.023
Outros	16	21.38	32.72		
Desempenho Emocional					
O Próprio	35	19.56	26.83	-1.002	0.316
Outros	16	17.91	24.19		
Saúde Mental					
O Próprio	35	19.43	26.07	-0.880	0.379
Outros	16	17.28	25.84		
Mudança de Saúde					
O Próprio	35	18.06	24.09	-1.494	0.135
Outros	16	20.48	30.19		

Para comparar a percepção da **qualidade de vida em função do apoio**, utilizou-se o Teste de U Mann-Whitney para diferença de médias, verificando-se nas dimensões desempenho emocional ($p=0.047$) e saúde mentais ($p=0.021$) resultados estatisticamente significativos. Comparando os valores das medidas de tendência central, verifica-se que as pessoas que referiram que se tivessem mais apoio a sua qualidade de vida melhoraria, são também as que percecionam melhor qualidade de vida.

Quadro n.º 21 – Resultados do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função do apoio à pessoa ostomizada

Qualidade de vida	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Z	P
Apoio					
Função Física					
Não	33	16.59	24.98	-0.775	0.438
Sim	18	20.64	26.55		
Desempenho Físico					
Não	33	18.44	24.84	-0.454	0.650
Sim	18	20.47	26.64		
Dor Corporal					
Não	33	15.64	24.65	-1.005	0.315
Sim	18	18.32	28.47		
Saúde Geral					
Não	33	17.56	25.20	-1.515	0.130
Sim	18	18.24	27.46		
Vitalidade					
Não	33	19.11	25.00	-1.106	0.269
Sim	18	20.16	27.84		
Função Social					
Não	33	18.23	25.74	-0.316	0.752
Sim	18	19.91	26.49		
Desempenho Emocional					
Não	33	16.49	21.43	-1.904	0.047
Sim	18	19.27	28.49		
Saúde Mental					
Não	33	14.23	24.92	-2.313	0.021
Sim	18	20.22	27.98		
Mudança de Saúde					
Não	33	19.46	23.98	-1.439	0.150
Sim	18	21.35	29.69		

CAPITULO 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Qualidade de vida é um conceito dinâmico, multidimensional e individual, reflete um número de fatores e interações entre os domínios físico, psicológico, social e espiritual. Numa perspetiva subjetiva a avaliação da qualidade de vida depende diretamente da avaliação da pessoa. Já no domínio multidimensional importa avaliar o seu bem-estar físico, a sua capacidade funcional, a sua saúde psíquica e social (Canavarro e Serra, 2010). Assim, e considerando a qualidade de vida, como uma das dimensões da vida humana, a sua avaliação assume grande importância, nomeadamente na área da saúde.

Tendo em conta os objetivos traçados para este estudo e a fundamentação teórica efetuada, apresenta-se, neste capítulo, a discussão dos resultados obtidos.

Pretendia-se com este estudo, conhecer a perceção da qualidade de vida das pessoas ostomizadas, inscritas nos Centros de Saúde da ULSG-EPE. O estudo incidiu sobre uma amostra de 51 pessoas ostomizadas, predominando o grupo etário entre os 85 e 95 anos, com uma média de idade de 71 anos. Verifica-se assim, o predomínio de uma população idosa, à semelhança de outros estudos realizados em Portugal, como o de Reis (2002). A maioria é do género masculino (54,9%); são maioritariamente casados (62,7%); 35,3% possui o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguido do grupo dos que referem sabem ler e escrever (29,4%), o que, em termos globais vai de encontro aos resultados do estudo realizado por Morais et al. (2005).

Quanto à situação profissional, a maior parte são reformados (86,3%), o que também é corroborado por Morais et al. (2009).

À semelhança dos estudos realizados a nível nacional e internacional, a maioria dos inquiridos apresenta colostomia (96,0%); sendo esta realizada, em média, há 6 anos. Quanto à temporalidade, a maior parte dos estomas são definitivos (90,2%), tendo a maior parte das pessoas recebido informação pré operatória (76,5%), sendo na sua maioria transmitida pelo médico (84,6%), seguindo-se o enfermeiro (12,8%), o que não está em consonância com o estudo de Morais et al. (2005), no qual se destaca a informação proveniente dos enfermeiros estomoterapeutas (47%). A intervenção cirúrgica foi programada para a maioria dos inquiridos (74,5%), apresentando quase todos colostomia (96,0%).

A causa principal da cirurgia foi o carcinoma, o que vai de encontro às estatísticas, quer a nível nacional, quer internacional (Associação Portuguesa de ostomizados, 2010; Doris, 2009); (Relatório Globocan de 2008).

As complicações das ostomias dependem da sua preparação, desde a fase pré operatória até à fase pós operatória. Os cuidados preconizados nestas fases, têm o intuito de diminuir complicações, visando melhorar a qualidade de vida. Contudo, as mesmas podem surgir, o que se verificou em 31,4% dos inquiridos que integraram a amostra da presente investigação. A complicação que assumiu maior percentagem foi a irritação cutânea (56,2%), a qual também aparece referenciada no estudo de Morais et al. (2009) e que, de certa forma, vai ao encontro da realidade encontrada na nossa prática profissional. Esta complicação ocorre tardiamente e deve-se, muitas vezes, a lesões produzidas pelos inadequados cuidados da pele peri estoma. Neste âmbito, Morais et al. (2009) e Rodrigues et al. (1998), cit. por Santos e Cesaretti (2005), referem que as pessoas ostomizadas apresentam dificuldades técnicas no manuseamento do estoma e equipamento, podendo este facto levar ao aparecimento de complicações tardias.

Em relação aos cuidados prestados, na sua maioria, é o próprio a cuidar da sua ostomia, o que vai de encontro ao defendido por Reis (2002), ao referir que, apesar de ser uma população idosa, pratica o seu auto cuidado, o que lhes concede uma autonomia desejável.

A maioria dos inquiridos refere que, mesmo tendo mais apoio, a sua qualidade de vida não melhoraria. Dos que respondem afirmativamente, salientam-se os cuidados de enfermagem (50,0%), seguindo-se o apoio económico (22,2%). Tendo em conta os resultados obtidos relativamente à necessidade de mais apoio, em termos de cuidados de enfermagem, Reis (2002), Régio (2008), Doris (2009), Ferreira et al (2009), Phipps et al. (2010), referem que o enfermeiro, como profissional de saúde, deve encorajar a pessoa, desenvolvendo um trabalho que permita a diminuição do sofrimento e promovendo estratégias de coping.

Avaliação da qualidade vida

O dia-a-dia das populações, não pode ser dissociado de uma maior ou menor qualidade de vida, sendo o conceito de qualidade de vida constituído por uma diversidade de dimensões que nos guiam para as condições de satisfação de necessidades básicas (Guerreiro et al., 2007).

Das 51 pessoas ostomizadas em estudo, 39,2% consideram a sua qualidade de vida *razoável* e 35,3% consideram-na *boa*.

Relativamente à **perceção que as pessoas ostomizadas têm sobre a sua qualidade de vida**, avaliada através da aplicação do questionário SF-36, verificamos que percecionam melhor qualidade de vida ao nível das dimensões *desempenho emocional* (63,40), *saúde geral*

(60,39) e *desempenho físico* (53,99). Percecionam menor qualidade de vida ao nível das dimensões *função física* (34,07), *dor corporal* (37,88) e *função social* (42,43). Quanto à mudança de saúde, verifica-se que a tendência foi no sentido de a considerarem um pouco pior.

Fatores determinantes da qualidade de vida das pessoas ostomizadas

Ribeiro (2005), refere que a avaliação da qualidade de vida depende dos valores, expectativas e percepções individuais, daí que, qualquer uma das suas características pode ser determinante para a percepção da qualidade de vida.

Pela análise de vários estudos e pela revisão teórica efetuada, procurámos, neste estudo, identificar alguns fatores determinantes da qualidade de vida das pessoas ostomizadas, inscritos nos Centros de Saúde da ULSG-EPE.

Do estudo da correlação entre a **idade** e a percepção da qualidade de vida, não se verificaram resultados estatisticamente significativos em nenhuma das dimensões do questionário SF-36. Cotrim (2007), corrobora este facto referindo que o fator idade não está relacionado com a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Relativamente ao género, verificou-se que as pessoas ostomizadas do género feminino tendem a perceber melhor qualidade de vida ao nível da dimensão *desempenho físico* ($p=0,049$). Autores como Baumel, Cerf, Valot, Wilson, Rubin, Devlin, Elcoat, Foston, Wade, Topping, Goldberg, Santos, Anders e Taylor (sd) cit por Santos e Cesaretti (2005), referem que ocorrem alterações biológicas no género masculino que se relacionam com o próprio estoma tal como ereção e ejaculação alterada, realidades que marcam a diferença de percepção de qualidade de vida relativamente ao género e que corroboram o presente resultado. Pinheiro (2011) e Gomes et al. (2010) também referem que o género feminino apresenta médias superiores num maior número de domínios relativamente ao género masculino.

Do estudo da comparação da percepção da qualidade de vida em função do **estado civil**, constatou-se que os casados percebem pior qualidade de vida na dimensão *função física* ($p=0,008$), o que vai ao encontro do defendido por Rodrigues et al. (1998), cit por Santos e Cesaretti (2005), ao referir que, a presença do estoma tem interferência negativa nas relações familiares, principalmente com o seu cônjuge. As investigações de Lobão et al. (2009), Gomes et al. (2010) referem que a questão do medo de ser repugnante e o facto das alterações corporais existirem remetem a pessoa ostomizada a um sentimento de resignação, tornando-se

necessário ultrapassar e reassumir novas funções a nível familiar, podendo, também esta noção, de certa forma, justificar os resultados obtidos.

A presença de um estoma tem interferência negativa a nível laboral (Rodrigues et al., 1998), o que corrobora os resultados do presente estudo, em que as pessoas ostomizadas que trabalham tendem a apresentar melhor qualidade de vida, nas dimensões *função física* ($p=0,029$), *desempenho físico* ($p=0,012$), *função social* ($p=0,011$), *desempenho emocional* ($p=0,036$) e *saúde mental* ($p=0,045$). Contudo, na dimensão *dor corporal* ($p=0,041$), são as pessoas ostomizadas que não trabalham que percecionam melhor qualidade de vida, o que é compreensível, uma vez que, à partida, serão os que desenvolvem um menor esforço físico, o que poderá contribuir para a existência de níveis mais baixos de dor.

Pinheiro (2011) refere que, quanto menor é o nível de **escolaridade**, mais a perceção da imagem corporal fica comprometida, o que poderá justificar os resultados obtidos nesta investigação (no geral, os inquiridos com mais escolaridade tendem a percecionam melhor qualidade de vida).

Relativamente ao **tempo de cirurgia**, verificamos que as pessoas ostomizadas há mais tempo, tendem a percecionam pior qualidade de vida na dimensão *saúde geral* ($p=0,039$). Por outro lado, apresentam uma menor degradação do estado de saúde durante o último ano. Lobão et al. (2009), referem que a pessoa ostomizada passa por um processo estruturado em quatro fases, sendo a final a da evolução da aceitação, processo que deve ser construtivo; conforme a sua perceção da presença da ostomia, assim se reflete a sua aceitação, o que acaba por contrariar os resultados obtidos. Neste sentido, esta realidade depende do apoio e do estímulo, que têm os ostomizados, dos que os rodeiam, inclusivamente dos profissionais de saúde que são parte do suporte que lhes é apresentado. A pessoa ostomizada requer cuidados que se devem manter, promovendo a sua independência, a sua qualidade de vida, quer para si, quer para os seus familiares e os seus cuidadores.

Do estudo da comparação da perceção da qualidade de vida em função da **temporalidade do estoma**, conclui-se que os inquiridos cujo estoma é temporário tendem a percecionam melhor qualidade de vida nas dimensões *função física* ($p=0,011$), *desempenho emocional* ($p=0,039$) e *saúde mental* ($p=0,031$), o que contraria os resultados do estudo de Pinheiro (2011). Contudo, da nossa prática profissional, estes resultados não surpreenderam na totalidade, uma vez que, quem apresenta um estoma temporário tem sempre a esperança que a curto prazo veja esta situação revertida.

De salientar ainda que, na dimensão *vitalidade* ($p=0.031$), verificamos que são os inquiridos com estomas definitivos que percecionam melhor qualidade de vida, o que poderá justificar-se pela adaptação ao estoma.

No que se refere à **informação pré-operatória**, conclui-se que os inquiridos que obtiveram informação pré-operatória tendem a percecionam melhor qualidade de vida, nas dimensões *função física* ($p=0.048$) e *função social* ($p=0.024$). Neste âmbito, Morais, et al (2005), referem que o ostomizado com pior adaptação à ostomia é o que tem menor informação, o que corrobora os resultados apresentados. Amorim et al. (1997) acrescenta que a pessoa submetida a uma colostomia deve ser informada em que consiste a sua intervenção cirúrgica e como fica após a sua realização, o que, sem dúvida, contribuirá para uma melhor perceção da qualidade de vida. Neste sentido e, analisando o resultado da perceção da qualidade de vida em função do **tipo de admissão**, verificámos que as pessoas, cuja cirurgia foi programada, tendem também a percecionam melhor qualidade de vida e que, as pessoas ostomizadas, cuja cirurgia foi de urgência, revelam uma mudança de saúde, para pior, mais acentuada. Doris (2009) refere que a necessidade de cuidados especializados devem ser iniciados no pré-operatório com continuidade no pós-operatório, o que, certamente, será facilitado quando a cirurgia é programada.

A pessoa ostomizada tem que aceitar uma nova imagem corporal, com novos comportamentos, para além da incerteza da possibilidade de um prognóstico menos bom (Reis, 2002). Factos que, juntamente, com a presença de carcinoma, poderão justificar os resultados encontrados no presente estudo no que se refere ao estudo da comparação da perceção da qualidade de vida em função da **patologia que levou à cirurgia** (as pessoas ostomizadas que apresentam carcinoma percecionam pior qualidade de vida).

No que se refere ao estudo da comparação da perceção da qualidade de vida em função das **complicações** da ostomia não se verificaram resultados estatisticamente significativos, o que não deixou de nos surpreender. A este propósito, lembra-se o facto de a maioria dos inquiridos ter afirmado que não apresenta complicações, o que não poderá deixar de ser considerado como um facto positivo.

Do estudo da comparação da perceção da qualidade de vida em função de **quem presta cuidados**, observou-se que, quando são *outros* a prestar cuidados ao estoma, a pessoa perceciona melhor qualidade de vida nas dimensões *função social* ($p=0,023$) e *dor corporal* ($p=0,014$). Neste sentido, Phipps et al. (2010), referem que a maioria das pessoas precisam de tempo e de ajuda de outros para lidar com a sua nova situação, porque a formação de um estoma é visto como uma mutilação, envolvendo um sentimento de perda e sofrimento

profundo, o que poderá justificar os resultados encontrados. Por outro lado, o que, de certa forma, não deixou de nos surpreender, as pessoas que referiram que se tivessem **mais apoio** a sua qualidade de vida melhoraria, são também as que percebem melhor qualidade de vida nas dimensões *desempenho emocional* ($p=0.047$) e *saúde mental* ($p=0.021$).

CAPITULO 4 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Nesta última etapa do presente estudo, salienta-se o facto da importância que a investigação tem para fundamentar a prática de Enfermagem. Foi com esta pretensão que se analisou a percepção que a pessoa ostomizada tem sobre a sua qualidade de vida.

Face aos resultados obtidos e sua discussão, apresentam-se neste capítulo, as principais conclusões, limitações do estudo e algumas sugestões que poderão ter reflexos positivos na qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Tendo presente a relatividade dos dados e, apesar de alguns condicionalismos, temos também a noção de que os resultados obtidos são válidos para a população em estudo, não podendo contudo ser extrapolados para outras populações.

O presente estudo permitiu conhecer a percepção que 51 pessoas ostomizadas têm da sua qualidade de vida, as quais se encontram inscritas em diversos Centros de Saúde da ULSG-EPE.

Tendo em conta os objetivos inicialmente traçados, apresentam-se agora as principais conclusões do estudo.

1 – Relativamente às **características sociodemográficas das pessoas ostomizadas em estudo:**

A maioria pertence ao grupo etário dos 66 aos 80 anos, com uma média de idades de 71 anos, predomina o sexo masculino e são, maioritariamente, casados. O nível de escolaridade mais representado é o 1º Ciclo do Ensino Básico, verificando-se que a maioria dos inquiridos não desenvolve qualquer atividade profissional.

2 – No que concerne às **características relativas à ostomia:**

À exceção de duas, todas as pessoas apresentam colostomia, sendo esta, para a maioria, realizada de forma programada e, em média há 6 anos, verificando-se que a causa principal foi o carcinoma. A maioria apresenta estoma definitivo. Obtiveram, na sua maioria, informação pré-operatória, sendo esta fornecida, maioritariamente pelo médico, destacando-se ainda o enfermeiro.

A maioria das pessoas ostomizadas não apresenta complicações, prestando elas próprias, os

cuidados ao estoma. A maioria, não recorreu, nos últimos 6 meses aos serviços de saúde, devido à ostomia.

3 - No que respeita ao **apoio**, a maioria das pessoas ostomizadas, referiu que, mesmo tendo mais apoio, a sua qualidade de vida não melhoraria. Dos que responderam afirmativamente, destacam os cuidados de enfermagem.

4 - Relativamente à **qualidade de vida das pessoas ostomizadas**, verifica-se que a maioria a classificou entre os itens *razoável* e *boa*. Percecionam melhor qualidade de vida ao nível das dimensões do desempenho emocional, seguindo-se a saúde geral e o desempenho físico. Percecionaram menor qualidade de vida ao nível das dimensões função física, dor corporal e função social.

5 – **Fatores determinantes da qualidade de vida** - procurou-se, neste estudo, identificar alguns fatores determinantes da qualidade de vida das pessoas ostomizadas inscritas nos Centros de Saúde da ULS da Guarda, EPE. Dos resultados obtidos, é possível sumariar algumas conclusões, nomeadamente:

- ✓ As pessoas ostomizadas do sexo feminino tendem a percecionam melhor qualidade de vida na dimensão *desempenho físico*;

- ✓ Quanto ao estado civil, os casados percecionam pior qualidade de vida na dimensão *função física*;

- ✓ Relativamente à situação profissional, os que trabalham apresentam melhor qualidade de vida nas dimensões *função física*, *desempenho físico*, *função social*, *desempenho emocional* e *saúde mental*. Os que não trabalham tendem a percecionam melhor qualidade de vida na dimensão *dor corporal*;

- ✓ As pessoas ostomizadas com mais escolaridade tendem a percecionam melhor qualidade de vida nas dimensões *saúde geral*, *vitalidade*, *função social* e *saúde mental*. Na dimensão *dor corporal*, são os indivíduos que sabem ler e escrever, mas sem escolaridade, que tendem a percecionam melhor qualidade de vida;

- ✓ Os ostomizados há mais tempo, percecionam pior qualidade de vida na dimensão *saúde geral* e apresentam uma maior degradação do estado de saúde durante o último ano;

- ✓ As pessoas que têm estoma temporário tendem a perceber melhor qualidade de vida nas dimensões *função física, desempenho emocional e saúde mental*. Na dimensão *vitalidade*, são as pessoas com estomas definitivos que percebem melhor qualidade de vida;
- ✓ As pessoas ostomizadas que obtiveram informação pré-operatória tendem a perceber melhor qualidade de vida nas dimensões *função física e função social*;
- ✓ Os inquiridos, cuja cirurgia foi programada, tendem a perceber melhor qualidade de vida nas dimensões *função física e saúde geral*. Verifica-se ainda que as pessoas ostomizadas de urgência, revelam uma mudança de saúde, para pior, mais acentuada, comparativamente aos que tiveram cirurgia programada;
- ✓ Quando a causa da ostomia foi o carcinoma, as pessoas tendem a perceber pior qualidade de vida nas dimensões *função física, vitalidade e saúde mental*;
- ✓ Quando são outros indivíduos a prestar cuidados ao estoma, a pessoa ostomizada percebe melhor qualidade de vida nas dimensões *dor corporal e função social*;
- ✓ As pessoas que referiram, que se tivessem mais apoio, a sua qualidade de vida melhoraria, são também as que tendem a perceber melhor qualidade de vida nas dimensões *desempenho emocional e saúde mental*.

Em síntese, os fatores em análise apresentam resultados estatisticamente significativos numa ou mais dimensões do questionário SF-36 que permitiu avaliar a qualidade de vida das pessoas ostomizadas.

Não constituiu uma pretensão neste estudo, efetuar uma avaliação exaustiva da qualidade de vida da pessoa ostomizada, o que é complexo de definir e estudar. Constituiu sim, uma tentativa de avaliar alguns fatores, que poderão ser aceites como reflexo da qualidade de vida das pessoas ostomizadas dos Centros de Saúde da ULSG- EPE, uma sugestão/contributo para que o mesmo seja alargado a uma amostra maior e/ou a outras populações, o que permitirá comparar e avaliar os resultados obtidos, esclarecer algumas dúvidas que ainda possam persistir e efetuar um estudo mais aprofundado das variáveis abordadas neste estudo e de outras que se venham a revelar de interesse para um melhor esclarecimento da problemática em questão.

Serrano e Pires (2005) referem que o ostomizado é uma pessoa que apresenta características muito próprias e únicas, quanto ao seu comportamento e às suas reações, daí que o papel do Enfermeiro é fulcral para a sua recuperação, devendo utilizar o seu profissionalismo, apoiando-o, não esquecendo o facto da pessoa ostomizada ver a sua imagem corporal alterada, apresentando-se por vezes desorientado, como que perdido nesta situação traumatizante.

Neste sentido, conhecendo melhor a situação das pessoas ostomizadas, permite programar ações preventivas, identificar necessidades e estabelecer prioridades de atuação. De um melhor conhecimento desta realidade, poderá resultar a efetiva adequação dos cuidados a prestar aos ostomizados, bem como a consequente melhoria da sua qualidade de vida, devendo as decisões ser tomadas em função das necessidades identificadas.

Face aos resultados desta investigação, apontam-se algumas sugestões/implicações para a prática de cuidados, nomeadamente:

- ✓ Garantir que as pessoas ostomizadas tenham acesso a toda a informação no pré-operatório e no pós-operatório, para maximizar a capacidade individual para o seu auto cuidado;
- ✓ Assegurar um plano de cuidados individualizado para atender às necessidades da pessoa ostomizada e da família;
- ✓ Proporcionar informação ao indivíduo, família e/ou outros cuidadores, para que conheçam as possíveis complicações relacionadas com o estoma, de forma a evitá-las e/ou minimizá-las;
- ✓ Fomentar um estreito acompanhamento da equipa de enfermagem direcionado para a pessoa ostomizada e família, quer em contexto de Centro de Saúde, quer em contexto domiciliário;
- ✓ Promover programas educacionais para a pessoa ostomizada e a sua família, destinados a ajustar as vivências com a ostomia.
- ✓ Incrementar a formação dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com a pessoa ostomizada.
- ✓ Implementar a consulta de estomoterapia a nível dos Centros de Saúde.
- ✓ Sensibilizar a pessoa ostomizada para integrar grupos/associações de pares.

Desta forma, pretendemos alertar os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da ULSG-EPE para a realidade estudada, contribuindo para uma melhor compreensão da

qualidade de vida das pessoas ostomizadas. Os resultados deste estudo poderão tornar-se um importante contributo para a promoção da qualidade de vida da pessoa ostomizada, planeando e enfatizando intervenções adequadas e orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

As sugestões implicam envolvimento do profissional de Enfermagem de forma a mobilizar estratégias de ensino e de apoio proporcionando à pessoa ostomizada e seus familiares/cuidadores um espaço de atendimento personalizado, para minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia. Torna-se necessário um estreito acompanhamento, quer para os cuidados com a ostomia, quer no âmbito psicológico, de forma a promover uma melhor adaptação e aceitação da sua situação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) o Enfermeiro, deve ter em vista a melhoria contínua de cuidados em todo o ciclo vital, com a finalidade de alcançar mais e melhor saúde para a população. Nesta perspetiva, surge o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que, com o seu conhecimento e experiência, deve assumir a capacidade para responder às diferentes necessidades. Deve intervir em diversos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, tal como a pessoa ostomizada. Evidenciando a necessidade de atividades de educação para a saúde, de coordenação, gestão e avaliação de cuidados prestados, à pessoa, família e comunidade, conforme é preconizado no Regulamento nº128 (2011).

A questão da qualidade de vida da pessoa ostomizada dos Centros de Saúde da ULSG - EPE pode considerar-se uma área pouco explorada, limitando o paralelismo destes resultados. Contudo, perante os resultados obtidos e apesar de não ter uma grande representatividade da amostra, não sendo tão alargada quanto seria desejado, foi possível encontrar alguns pontos de convergência, com o que defendem os diversos autores consultados, para desenvolver diretrizes que visem melhorar a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Evidencia-se uma continuação deste estudo, tendo como incumbência abranger um número maior de pessoas ostomizadas, para se poder reunir resultados de uma forma mais terminante, pois, só medindo é que se pode melhorar.

Tendo em conta a natureza subjetiva do conceito de qualidade de vida, acredita-se que um estudo predominantemente qualitativo possa levar a um melhor conhecimento da perceção da qualidade de vida da pessoa ostomizada, assim como a uma melhor compreensão da

influência de cada fator associado à qualidade de vida e ainda identificar outros fatores ainda não estudados sobre o tema.

Por fim, e consciente das lacunas/limitações deste estudo, o mesmo não deixou de ser uma experiência estimulante e muito gratificante para o nosso desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico, destacando-se mais uma vez, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, o qual pode dar um importante contributo na prestação de cuidados de qualidade e na promoção da saúde, de forma a aumentar a **qualidade de vida da pessoa ostomizada**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2009). *Saúde e Qualidade de Vida em Análise*, Porto, Edição: ESEP
- Agência Internacional de Investigação do Cancro (IARC) (2008). Acedido em Maio 29, 2012 em <http://www.iarc.fr/>
- Albuquerque, M.I.N., Agostinho, A.C.H., Freitas, C.C., Machado, M.L.C., Silva, C.G.S. (2009). *O domínio de Si- A experiencia vivida nas palavras de uma ostomizada*, Revista Referência, Coimbra, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, II Série, nº9, ISSN:087.0283, p. 27-33
- Amorim, A.P., Ferreira, J., Gabriel. M. (1997). *O doente Ostomizado-Papel do Enfermeiro*, Revista Enfermagem, 2ª série, nº 5, Janeiro-Março, p. 7 -10
- Barata, M. (2010). *Considerações sobre Estomas*. Ostomias Boletim Semestral, 2º semestre, p. 3-5
- Brunner e Suddarth (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico*, Editora Guanabara, S.A., Rio de Janeiro, 12 edição, ISBN 9788527718394
- Calatayud, J.M.C., Prado, A.V., Sayas, M.A.T., Vila, T.M., Mas, J.M.C., Mas, L.C. (2005). *Estomas Manual para Enfermeria*, Edita Consejo de Enfermeria de la Comunidad Valenciana, Gráficas Estilo – Alicante, I.S.B.N. 84-689-4222-7
- Canavarro, M.C., Serra, A.V. (coord.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, ISBN 978-972-31-1334-1
- Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação- Guia para Auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa, ISBN 972-674-231-5
- Cotrim, H.M.T.S. (2007). *Impacto do cancro colorrectal no Doente e Cuidadores /Família: Implicação para o cuidar*, Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade Porto
- Diário da Republica, 2ª série, nº35 (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, nº128
- Doris, G. (2009). *Ostomy Care and Management, Clinical Best, Practice Guidelines*, Registered Nurses Association of Ontario. Acedido em Abril 29, 2012 em www.rao.org/bestpractices

- Falcato, J. A. (2004). *Dicionário Médico*, 3ª edição Climepsi Editores, Lisboa
- Ferreira, A.C., Seça, A., Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada, *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, nº 20, Setembro, Ano 7, p. 3-5
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36*, Documento de Trabalho 2, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- Ferreira, P. L., Marques, F. B., (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumento de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*, Documento de Trabalho 1, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação*, Loures, Editora Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Editora Lusociência
- Gomes, C.G., Santos, F.M.P. e Ferreira, V.L. (2010). *Vivências de Pessoas Ostomizadas com Doença de Crohn*, Revista Referencia, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Coimbra, II série, numeram 12, Suplemento, ISSN:0874.0283, p.19-34
- Gonzalez, P. R., Piazza, E. P. e Moreno, J. L. (1997). *Dicionário de Ciências de Saúde*, Editora Mc Graw-Hill de Portugal, Lda., Alfragide
- Guerreiro, M.D., Torres, A. e Capucha, L. (org.) (2007). *Quotidiano e Qualidade de Vida, Portugal no Contexto Europeu*, Celta Editora, Lisboa, ISBN 978-972-774-253-0
- Joyce, B., Esther, J. (1996). *In Luckmann e Sorensen Enfermagem Médico Cirúrgica*, editora: Guanabara Koogan, II Volume, p.1580-1598
- Lobão, C., Gaspar, M., Marques, Sousa, P. (2009). *Aceitando a Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia*, Revista Referencia, Coimbra, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Coimbra, II série, número 11, ISSN:0874.0283, p. 23-37
- Meeker, M. H., Rothrock, J. C. (1997). *Alexander, Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*, Editora Guanabara Koogan S.A., Rio Janeiro, 10ª edição
- Morais, I., A., Seça, A., Ferreira, J., Moreira, M., Araújo, H., Pereira, C., et al. (2005) *Estudo de Qualidade de Vida: Um estudo sobre o ostomizado e o seu cuidador, Portugal*. Acedido em Abril, 18, 2012 em ebookbrowse.com/estudo-epico-pdf-d238020799

- Morais, I., Neves, D. e Seica, A. (2009). *Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos*, Revista Nursing nº251, Novembro, Ano 21, p. 28-30
- Munhão, V. B. (2011.) Liga de ostomizados de Portugal. Acedido em Agosto 18, 2011 em <http://www.lop.pt>
- Ordem Enfermeiros (2011). *Projetos e Percursos 2008-2011 Coletânea de Comunicações Encontros, Simpósios, Painéis-* Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, ISBN:978-989-97291-0-0. Acedido em Dezembro, 18, 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos* (2001). Acedido em dezembro, 18, 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Phipps, W. J., Sands, J. K. e Marek, J. F. (2010). *Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*, Volume III, 8ª edição, Loures, Lusociência
- Pinheiro, L.R.L. (2011). *O impacto da marcação da ostomia no autocuidado ao estoma e qualidade de vida*, dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade Porto.
- Pinto, C., Ribeiro, J. L. P. (2006). *A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Universidade de Lisboa-Escola Nacional de Saúde Pública, publicação semestral, Volume 24, nº1 janeiro/junho, p. 37-45
- Polit, D., Hungler, B (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva Publicações Lda., 4ª edição, ISBN 972-662-275-1
- Régio, J (2008). *Enfermeiro*, Acedido em Abril 09, 2012 em <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/enfermeiro.pdf>
- Reis, M.L.L. (2002). *Ostomizados: a enfermagem na comunidade*, Revista Nursing, nº162, Janeiro, Ano 14, p. 16 – 19
- Ribeiro, P. (2005). *Saúde e Qualidade de vida*, Livro de Atas, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Porto

- Santos, C.S.V.B (1999). *Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação*, Dissertação de mestrado em psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, V. L. C. G. (2006) *Cuidando do ostomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão*, Tese apresentada à Universidade de S. P., Acedido em maio,10,2012 www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp
- Santos, V.L.C.G, Cesaretti, I.U.R. (2005). *Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado*, Atheneu, Brasil, ISBN 85-7379-318-X
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A. (2003). *Calid de Vida-Manual para profesionales de la educacion,salud y servicios sociales*, Madrid, Alianza Editorial
- Serrano, C. M., Pires, P. M. D. F. (2005). *Enfermeiro e o Doente Ostomizado*, Revista Nursing, nº203, Outubro, Ano 16, p. 34 - 41
- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), (2009), *Modelo de Desenvolvimento Profissional-Caderno Temático*. Acedido em Maio,2,2012, em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2010). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.).Loures: Lusociência
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wood, G. L., Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem-Métodos Avaliação Critica e Utilização*,4ª Edição Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro

APENDICE

APENDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS E CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

A Investigação para a qual pedimos a sua colaboração, está a ser feita no âmbito da Tese de Mestrado de Margarida Isabel Alves Cordeiro Pinto, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, sendo a finalidade do presente estudo analisar a Qualidade de Vida do Ostromizado.

É importante que dê o seu contributo pessoal, não podendo ser o seu cuidador.

A sua participação no estudo é voluntária e os dados disponibilizados são anónimos e confidenciais. Caso concorde em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo.

Obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

É imprescindível que confirme aceitar participar nele.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo, fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos importantes e fui informado(a) que posso recusar a minha participação.

Declaro que aceito participar na investigação.

Rubrica (não citar o nome ou outro dado que possibilite a sua identificação)

Data ___/___/_____

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO OSTOMIZADO

Este questionário visa contribuir para um melhor conhecimento sobre a Qualidade de Vida dos Ostomizados da Unidade Local de Saúde da Guarda.

Será anónimo e confidencial; não existem respostas certas ou erradas.

Grata pela sua preciosa colaboração

Data de aplicação do questionário: ____ (dia) / ____ (mês) / ____ (ano)

I - DADOS SÓCIO - DEMOGRÁFICOS

1. Pertence ao Centro de Saúde de _____

2. Idade _____ anos

3. Género : Masculino Feminino

4. Estado Civil: Solteiro(a)

Casado(a) / União de Facto

Viúvo

Divorciado (a)/ Separado(a)

5. Habilitações Literárias: Não sabe ler e escrever
- Sabe ler e escrever(sem escolaridade)
- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Outro_____
6. Situação Profissional : Com atividade
- Sem atividade (reformado)

II - DADOS REFERENTES À OSTOMIA

7. Tipo de Estoma: Colostomia Ileostomia
8. Tempo de cirurgia (realização da ostomia) _____Anos
_____Meses
9. Temporalidade do Estoma: Temporário Definitivo
10. Recebeu Informação Pré – operatória: Não Sim
- Se sim, quem forneceu a informação : Médico
- Enfermeiro
- Outro
- Qual(ais)?_____

11. Tipo de admissão para a Cirurgia: Urgência
Programada

12. Doenças existentes que levaram à Cirurgia:

Carcinoma Doença de Crohn
Colite Ulcerosa Polipose Familiar
Doença Congênita Outra Qual(ais)? _____

13. Doenças Associadas: Respiratórias Cardiovasculares
Neurológicas Reumáticas
Dermatológicas Metabólicas
Nenhuma Outra
Qual(ais)? _____

14. Complicações da Ostomia:

Não Sim Se sim, qual(ais)?
Irritação Cutânea Hérnia
Estenose Prolapso
Fístula Outra Qual(ais)? _____

15. Quem presta cuidados relativamente á ostomia:

O próprio Cônjuge
Outro Quem? _____

16. Nos últimos seis meses, devido à ostomia, recorreu aos serviços de saúde?

Não Sim Se sim, qual(ais)?

Consulta de Estomaterapia

Enfermeiro de Família (Centro de Saúde)

Medico de Família (Centro de Saúde)

Urgência

Instituto Português de Oncologia (IPO)

Outro Qual(ais)? _____

17. Como classifica a sua qualidade de vida :

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Considera que, se tivesse mais apoio, a sua qualidade de vida melhoraria?

Não Sim Se sim, que tipo de apoio ?

Cuidados Médicos Cuidados de Enfermagem

Económico Ter transporte

Cuidados de Higiene Outro

Qual(ais) ? _____

III - QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

(Avalia a Percepção da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que oiça com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito	Sim, um pouco	Não nada
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3

<i>g)</i> Andar mais de 1 km	1	2	3
<i>h)</i> Andar várias centenas de metros	1	2	3
<i>i)</i> Andar uma centena de metros	1	2	3
<i>j)</i> Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<i>a)</i> Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
<i>b)</i> Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
<i>c)</i> Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
<i>d)</i> Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<i>a)</i> Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
<i>b)</i> Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
<i>c)</i> Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5

ANEXOS

ANEXO I- INFORMAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DA ULSG-EPE

De: Margarida cordeiro pinto [mailto:miacpinto@gmail.com]

Para: Dr.ª Ana Raquel Santos

Assunto: Solicitação de dados

RESPOSTA : de araquel.santos@ulsguarda.min-saude.pt


Bom dia Enf. Margarida,

Na sequência do e-mail abaixo envio toda a informação de que disponho relativa a consumo de material de ostomia e doentes ostomizados.

Reencaminho toda a informação que me foi remetida pois podem existir alguns pormenores que lhe possam interessar na sua análise.

Ao dispor.

3 anexos —

 **Ostomia.rar**
490K

 **Ostomizados.doc**
80K

 **MAPA.xlsx**
11K

Com os melhores cumprimentos,
Ana Raquel Santos

estatística uls

araquel.santos@ulsguarda.min-saude.pt

Secretariado do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Av. Rainha D. Amélia

6300-858 Guarda

Telef: +351 271 210 840 Fax: [+351 271 223 104](tel:+351271223104)

E-mail: secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt

ANEXO II – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS



Exma. Senhora
Margarida Isabel A. Cordeiro Pinto
Rua da Parada, S/n - Vila Garcia
6300 – 265 Guarda

Sua referência Sua comunicação de Nossa referência Data, 23/04/2012

//

3265

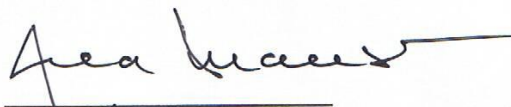
ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de um questionário aos utentes ostomizados, nos Centros de Saúde da U.L.S. da Guarda, no âmbito da temática: "Qualidade de Vida do Ostomizado".

Pedido de: *Descrição do Protocolo e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Informado.*

Em resposta ao vosso pedido, esta CES analisou a reformulação do pedido de autorização para implementação do projecto acima referido. Tendo constatado que toda a informação requerida foi apresentada, informa que esta CES nada tem a opor à realização do projecto.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração



(Dra. Ana Manso)