



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE

EMMANUELLE DA CUNHA FERREIRA

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL**

UBERABA – MG

2015

EMMANUELLE DA CUNHA FERREIRA

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

UBERABA - MG

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F44a Ferreira, Emmanuelle da Cunha
Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomiza-
dos secundário ao câncer colorretal / Emmanuelle da Cunha Ferreira.
-- 2015.
94 f.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elizabeth Barichello

1. Neoplasias Colorretais. 2. Estomia. 3. Autoimagem. 4. Qualida-
de de vida. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triân-
gulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.351-006

EMMANUELLE DA CUNHA FERREIRA

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

___ de _____ de ____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto/SP

*A fé em Deus não te arredará das provas inevitáveis, mas te investirá na força
devida para suportá-las.*

Francisco Cândido Xavier.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o equilíbrio necessário nos momentos em que o medo e a ansiedade aproximavam-se, por me inspirar nas decisões mais acertadas e por me oferecer condições para meu aprimoramento moral e espiritual.

À Profa. Dra. Elizabeth Barichello pela orientação, confiança, paciência e dedicação.

Aos professores do PPGAS, em particular ao excepcional Prof. Vanderlei José Haas, pelo empenho para que todos os trabalhos sejam exitosos, pelas sugestões e auxílio na análise de dados.

Aos funcionários do PPGAS que sempre nos atenderam com presteza.

Aos ex-colegas do Senac pelo acolhimento durante bons anos de trabalho, em especial a Minéia Oliveira pelo respeito e confiança no trabalho executado.

Aos ex-alunos do Senac, hoje excelentes profissionais, os quais foram fundamentais para lapidar o meu perfil enquanto docente.

A ex-coordenadora Mara Felipe pela flexibilização da carga horária, pela confiança no trabalho, pela relação harmoniosa e pela amizade construída.

À Márcia, revisora de prontuário, pela colaboração e paciência.

Às enfermeiras Maritza e Luciana e toda equipe de enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas pela acolhida no retorno à instituição.

A equipe multiprofissional do Berçário, em especial a equipe de enfermagem diurno. Obrigada pela confiança, incentivo, respeito e por fazerem parte da minha vida.

À coordenadora Luciana Bessa pela concessão de mudança de horário para a concretização da coleta de dados e agradecimento especial, à colega de trabalho e amiga de longa data, Luana, pelo desprendimento e generosidade.

À querida Márcia Tasso e Flávia pela colaboração e carinho na execução desse trabalho.

Aos amigos incondicionais, Fernanda e Leonardo, pela presença constante e pelo apoio moral em todos os aspectos da minha vida.

Às amigas Juliana e Nayara que sempre acreditaram em todos os meus propósitos aventados.

À amiga, companheira de trabalho, colega de turma Aline pela companhia nessa trajetória que ora se encerra.

Aos estomizados que me permitiram as entrevistas.

Por derradeiro, reservo lugar especial neste agradecimento a minha família. Agradeço, pois, com carinho singular aos meus pais, Maria Célia e Ademir e meu irmão Pedro. Agradeço pela dedicação, carinho, oportunidade de evolução espiritual e pelos laços de afeto que nos unem.

RESUMO

FERREIRA, E. C. **Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados secundário ao câncer colorretal**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Segundo estimativas mundiais, o câncer colorretal constitui-se como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres. A principal terapêutica cirúrgica resulta na confecção de uma estomia. A exteriorização do intestino através da parede abdominal, além de alterar os padrões de eliminação, podem determinar mudanças nas dimensões biopsicossociais, modificando assim a autoestima (AE) e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). O objetivo geral deste estudo foi avaliar a autoestima e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes estomizados por câncer colorretal. Trata-se de estudo observacional transversal com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos: um contendo questões relativas aos dados sociodemográficos e clínicos, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 itens (EORTC-QLQ-C30). Para a análise estatística das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade e para as categóricas medidas de frequência absoluta e percentual. As variáveis definidas como categóricas foram comparadas aos escores de autoestima e qualidade de vida, utilizando-se o *Teste t-Student* e o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, respectivamente e para as quantitativas a correlação de Pearson. Participaram do estudo 36 estomizados, com média de idade de 63,97 anos, baixa escolaridade, aposentados, com companheiro. Quanto aos aspectos clínicos, a maioria possuía estomia há mais de um ano, o tipo de estomia predominante foi colostomia de caráter definitivo e localizadas no quadrante abdominal esquerdo. Com relação à AE, a média foi de 18,88, considerada satisfatória, com alfa de *Cronbach* de 0,9. Observou-se diferença significativa ($p=0,03$) entre a média dos escores de AE e a localização do estoma. A qualidade de vida relacionada à saúde apresentou-se satisfatória, com média da EGS de 77,7 e escalas funcionais com escores acima de 60. Quando analisada a relação da QVRS com as variáveis sociodemográficas e clínicas, verificou-se diferença estatisticamente significante entre: o domínio função

social e situação conjugal, duração, localização e tempo de estomia; dificuldade financeira e situação conjugal; EGS e tipo de estoma, idade; função cognitiva e dor com local da estomia; desempenho de papéis e tempo de estomia, idade; fadiga e idade; insônia e tempo de estomia. Ademais, identificou-se correlação entre AE e QVRS em todas as escalas funcionais e EGS. Os estomizados apresentaram AE e QVRS satisfatório, porém com limitações mais expressivas no domínio social. A correlação entre AE e a maioria das escalas do EORTC expressam a influência que os sentimentos e percepções em relação a si mesmo têm na qualidade de vida. Conhecer os níveis de AE e QVRS, assim como as variáveis que os influenciam subsidia o planejamento do cuidado, a reabilitação e a autonomia social do estomizado.

Palavras-chave: Estomia. Neoplasias colorretais. Autoimagem. Qualidade de vida.

ABSTRACT

FERREIRA, E. C. **Self-esteem and quality of life related to health ostomates secondary to colorectal cancer**. 2015. 95f. Dissertation (Masters Course in Attention to Health) – Federal University of the Triângulo Mineiro (MG), 2015.

According to global estimates, colorectal cancer was established as the third most common type of cancer among men and the second among women. The main surgical treatment results in the construction of a stoma. The externalization of the intestine through the abdominal wall, in addition to changing the elimination standards, can determine changes in biopsicosocioais dimensions, thus changing the self-esteem (SE) and quality of life related to health (QLRH). The aim of this study was to evaluate the self-esteem and quality of life related to health ostomy patients for colorectal cancer. It is cross-sectional observational study with a quantitative approach. To collect data, were used three instruments: one containing questions regarding socio-demographic and clinical data, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 items (EORTC- QLQ-C30). For the statistical analysis of quantitative variables measures of central tendency and variability were used for categorical and absolute and percentage frequency measures. Variables defined as categorical variables were compared to the scores of self-esteem and quality of life, using the Student t test and the nonparametric Mann-Whitney test, respectively, and for quantitative Pearson correlation. The study included 36 ostomy, with a mean age of 63.97 years, low education, retirees, with companion. Regarding their clinical aspects, most had ostomy for over a year, the predominant type of stoma colostomy was permanent basis and located on the left abdominal quadrant. With regard to SE, the average was 18.88, considered satisfactory, with Cronbach's alpha of 0.9. A significant difference ($p = 0.03$) between the average scores SE and location of the stoma. The quality of life related to health presented to be satisfactory, with an average global health scale (GHS) of 77.7 and functional scales with scores above 60. When the relation of QRLH with the sociodemographic and clinical variables, we found statistically significant differences between: the social function domain and marital status, duration, location and stoma time; financial difficulties and marital status; GHS and type of stoma, age; cognitive function and pain with stoma site; role

play and time of stoma, age; fatigue and age; insomnia and ostomy time. Moreover, it identified correlation between SE and QRLH in all functional and GHS scales. The ostomy presented SE and satisfactory QRLH, but more significant limitations in social matters. The correlation between SE and most EORTC scales express the influence that feelings and perceptions of itself have the quality of life. Knowing the levels of SE and QRLH, as well as the variables that influence subsidizes care planning, rehabilitation and social autonomy of ostomy patients.

Key words: Ostomy. Colorectal neoplasms. Self concept. Quality of life.

RESUMEN

FERREIRA, E. C. **Autoestima y salud calidad de vida de estomizados secundario a cáncer colorrectal**. 2015. 95f. Disertación (Maestría con Interés en la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Según estimativas mundiales, el cáncer colorrectal se constituye como el tercero tipo de cáncer más común entre los hombres y el segundo entre las mujeres. La principal terapéutica quirúrgica resulta en la confección de una ostomía. La exteriorización del intestino por la pared abdominal, además de alterar los patrones de eliminación, pueden determinar cambios en las dimensiones biopsicosociales, modificando así la autoestima (AE) y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). El objetivo general de este estudio fue evaluar la autoestima y la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes ostomizados por cáncer colorrectal. Se trata de estudio observacional transversal con abordaje cuantitativa. Para la coleta de datos, se utilizaran tres instrumentos: un conteniendo cuestiones relativas a los datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 ítems (EORTC-QLQ-C30). Para el análisis estadística de las variables cuantitativas fueron utilizadas medidas de tendencia central y variabilidad y para las categóricas medidas de frecuencia absoluta y porcentual. Las variables definidas como categóricas fueron comparadas a los escores de autoestima y cualidad de vida, utilizándose el Teste t-Student y el teste no paramétrico de Mann-Whitney, respectivamente e para as cuantitativas la correlación de Pearson. Participaran del estudio 36 ostomizados, con media de edad de 63,97 años, baja escolaridad, jubilados, con compañero. Quanto a los aspectos clínicos, la mayoría poseía ostomía hace más de un año, el tipo de ostomía predominante fue colostomía de carácter definitivo, siendo localizadas en el cuadrante abdominal izquierdo. Con relación a la AE, la media fue de 18,88, considerada satisfactoria, con alfa de *Cronbach* de 0,9. Se observó diferencia significativa ($p=0,03$) entre la media de los escores de AE y la localización del ostomía. La calidad de vida relacionada a la salud se presentó satisfactoria, con media de la escala global de salud (EGS) de 77,7 y escalas funcionales con escores arriba de 60. Cuando analizada la relación de la CVRS con las variables

sociodemográficas y clínicas, verificamos la diferencia estadísticamente significativa entre: el dominio función social y situación conyugal, duración, localización y tiempo de ostomía; dificultad financiera y situación conyugal; EGS y tipo de ostomía, edad; función cognitiva y dolor con local de la ostomía; desempeño de papeles y tiempo de ostomía, edad; fatiga y edad; insomnio y tiempo de ostomía. Además, se identificó correlación entre AE y CVRS en todas las escalas funcionales y EGS. Los ostomizados presentaron AE y CVRS satisfactorio, todavía con limitaciones más expresivas en el dominio social. La correlación entre AE y la mayoría de las escalas del EORTC expresan la influencia que los sentimientos y percepciones en relación a si mismo tiene en la cualidad de vida. Conocer los niveles de AE y CVRS, así como las variables que los influyen subsidia el planeamiento del cuidado, la rehabilitación y la autonomía social del ostomizado.

Palabras-clave: Estomía. Neoplasias colorrectales. Autoimagen. Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica de estomizados secundário ao câncer colorretal. Uberaba (MG), 2015.....	39
Tabela 2	Caracterização clínica de estomizados secundário ao câncer colorretal, Uberaba (MG), 2015.....	40
Tabela 3	Distribuição dos estomizados secundário ao câncer colorretal segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima. Uberaba (MG), 2015.....	42
Tabela 4	Comparação da média dos escores de autoestima segundo as variáveis sexo e situação conjugal. Uberaba (MG), 2015.....	43
Tabela 5	Correlação de <i>Pearson</i> entre autoestima e as variáveis sociodemográfica e clínicas. Uberaba (MG), 2015.....	43
Tabela 6	Comparação das médias dos escores de autoestima segundo as variáveis clínicas. Uberaba (MG), 2015.....	44
Tabela 7	Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC – QLQ – C30 de estomizados secundários ao câncer colorretal, Uberaba (MG), 2015.....	44
Tabela 8	Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável sexo. Uberaba (MG), 2015.....	46
Tabela 9	Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável situação conjugal. Uberaba (MG), 2015.....	47
Tabela 10	Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável tipo de estomia. Uberaba (MG), 2015.....	48
Tabela 11	Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável duração do estoma. Uberaba (MG), 2015.....	49
Tabela 12	Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável localização do estoma. Uberaba (MG), 2015.....	50
Tabela 13	Correlação de <i>Pearson</i> entre os domínios do EORTC-QLQ-C30 e as variáveis sociodemográfica e clínicas e autoestima. Uberaba (MG), 2015.....	51

LISTA DE SIGLAS

AE	Autoestima
CCR	Câncer colorretal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CON	Constipação
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DIA	Diarreia
DIF	Dificuldade financeira
DIS	Dispneia
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DP	Desempenho de papel
EAR	Escala de autoestima de Rosenberg
EB	Escore bruto
EGS	Escala Global de Saúde
<i>EORTC-QLQ-C30</i>	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items</i>
FAD	Fadiga
<i>FAP</i>	<i>Familial adenomatous polyposis</i>
FC	Função cognitiva
FE	Função emocional
FF	Função física
FS	Função social
<i>HNCCP</i>	<i>Hereditary non-polyposis colorectal cancer</i>
INS	Insônia
NAV	Náuseas e vômitos
PAMPO	Programa de Atendimento Multidisciplinar ao Paciente Ostomizado
PAP	Perda de apetite
PSOF	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	O CÂNCER COLORRETAL.....	19
1.2	OS ESTOMAS INTESTINAIS.....	22
1.3	AUTOESTIMA.....	24
1.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	26
2	JUSTIFICATIVA.....	28
3	OBJETIVOS.....	29
3.1	OBJETIVO GERAL.....	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	30
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3	POPULAÇÃO-ALVO.....	31
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	31
4.5.1	Coleta de dados.....	31
4.5.2	Instrumentos de coleta de dados.....	32
4.5.2.1	<i>Dados sociodemográficos e clínicos.....</i>	32
4.5.2.2	<i>Escala de Rosenberg.....</i>	33
4.5.2.3	<i>European organization for research and treatment of cancer quality of the questionnaire core 30 itens (EORTC-QLQ-C 30).....</i>	34
4.6	CONSTRUÇÃO E GERENCIAMENTO DO BANCO DE DADOS.....	37
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	RESULTADOS.....	39
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO.....	39
5.2	AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA.....	42
5.3	AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL.....	44
5.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	46
6	DISCUSSÃO.....	53

6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO.....	53
6.2	AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA.....	57
6.3	AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL.....	59
6.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA.....	63
7	CONCLUSÃO.....	70
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	87
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	89
	ANEXOS.....	91
	ANEXO A - ESCALA DE ROSENBERG.....	91
	ANEXO B - EUROPEAN ORGANIZATION RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF THE QUESTIONNAIRE “CORE 30” ITENS (EORTC-QLQ-30).....	93
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	95

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema de saúde pública de relevância mundial. A magnitude se mede pela proporção de óbitos, limitações e incapacidades, impacto sobre a qualidade de vida, além do ônus econômico repartido entre o sistema de saúde, as famílias e a sociedade geral (MALTA et al., 2014).

No Brasil, as DCNT compõem o problema de saúde mais expressivo, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer (FRANCISCO; SEGRI; MALTA, 2015).

A alternância do perfil da morbimortalidade brasileira, passando de doenças infecto-parasitárias para DCNT, incluindo nesta o câncer, tem como principal fator o envelhecimento populacional, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014; SILVA; RIUL, 2011).

O câncer é uma doença de grande repercussão mundial, considerada a segunda maior causa de morte na população brasileira, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (SENA et al, 2013). Assim, o câncer ocupa um espaço de grande dimensão e caracteriza-se como um problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2011).

Neoplasia maligna ou câncer é o acúmulo anormal de células de um tipo específico, que pode levar ao impedimento da função dos órgãos ou tecidos afetados. É o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo (BRASIL, 2014). Caracterizado por alterações genéticas que se acumulam progressivamente no ácido desoxirribonucleico (DNA) de uma célula normal, dando origem a uma massa celular anormal com crescimento excessivo e desordenado em relação aos tecidos normais do organismo, que persiste proliferando mesmo quando cessa o estímulo que o originou (OLIVEIRA; MEIDEIROS; MEIRA, 2010). Essas células multiplicam-se rapidamente, e podem espalhar-se para outras regiões do corpo, determinando metástase (BRASIL, 2011).

A gênese do câncer ainda não se apresenta plenamente esclarecida. Sua origem se dá por condições multifatoriais. O risco de câncer, em uma determinada população, depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que a rodeiam, bem como das características biológicas dos indivíduos que a compõem.

Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover a carcinogênese (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Em geral, a oncogênese ocorre lentamente, pode levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e resulte em um tumor visível. É determinada pela exposição a agentes carcinógenos em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles. O efeito cumulativo desses agentes é responsável pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (BRASIL, 2011).

A detecção precoce e a iniciativa terapêutica imediata constituem estratégias fundamentais que podem retardar o avanço da doença ou até mesmo resultar na cura de alguns de seus tipos. A evolução técnico-científica favorece os procedimentos cirúrgicos, de quimioterapia e de radioterapia, especialmente quando o diagnóstico é realizado em tempo hábil. De outro modo, o prognóstico depende do estadiamento da doença, dos aspectos morfológicos e estruturais do tecido de origem, da invasão linfonodal e comprometimento de tecidos circunvizinhos e distantes (SENA et al., 2013).

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares de diferentes maneiras, desde o conhecimento do diagnóstico até a escolha do tratamento, o seguimento e a reabilitação (FREIRE et al., 2014). Os desconfortos físicos, psicossociais e espirituais vivenciados pelo paciente com câncer ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos e a luta incessante no curso da doença diminui a qualidade de vida relacionada à saúde, merecendo a atenção dos profissionais de saúde (FREIRE et al., 2014).

Estima-se que em 2030 a carga global, será de 27 milhões de casos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer. Segundo estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2016 (que são válidas também para o ano de 2017), ocorrerão aproximadamente 596 mil casos novos de câncer, sendo o câncer de pele do tipo não melanoma o mais incidente, seguido pelos tumores de próstata, mama feminina, colón e reto, pulmão e colo do útero. Esses dados reforçam a magnitude da doença mundialmente, assim como seu impacto social e econômico (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

1.1 O CÂNCER COLORRETAL

Nos países ocidentais, inclusive no Brasil, o câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias malignas mais frequentes do trato gastrointestinal (CAMPOS, 2011; MANSO, 2011). No Brasil, a estimativa para 2016 é de 16.660 casos em homens e de 17.620 em mulheres (BRASIL, 2016). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCR em homens é o segundo mais frequente na região Sudeste (22,67/100 mil) e o terceiro nas regiões Sul (20,43/ 100 mil) e nas mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sudeste (24,56/ 100 mil) e Sul (21,85/ 100 mil) (BRASIL, 2014).

O prognóstico é determinado pelo estágio clínico e histopatológico do câncer no momento do diagnóstico, sendo mais favorável quanto mais precoce for à detecção do tumor. A taxa de sobrevida é dependente do estágio da doença metastática. O local mais comum de metástases é o fígado, seguido pelos pulmões e ossos, especificamente o sacro, cóccix, pélvis e vértebras lombares (MARTINS; WAGNER; LINDEN, 2013). A sobrevida média global em cinco anos encontra-se em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

A designação CCR, refere-se ao câncer que acomete o cólon, a junção reto-sigmoide, o reto, o ânus e o canal anal (HUWE et al., 2013). São predominantemente (95%) adenocarcinomas (surgem do epitélio interno do intestino) e incluem outras formas como epiteliomas, carcinomas de células escamosas, sarcomas, linfomas, leiomiomas e melanomas (NICOLUSSI, 2008). O desenvolvimento do CCR ocorre pelo resultado da transformação do epitélio colônico normal em lesões benignas, denominadas pólipos adenomatosos, que posteriormente evoluem para lesões malignas, os adenocarcinomas. A progressão é lenta, geralmente envolve vários anos e com um número considerável de alterações genéticas (ZANDONÁ et al., 2011).

Pólipo colorretal é definido como qualquer projeção macroscópica, pode originar-se de qualquer camada da parede intestinal. São classificados histologicamente em neoplásicos, hamartomatosos, inflamatórios e hiperplásicos. O mais frequente e mais importante é o adenoma, uma neoplasia benigna do epitélio, com potencial para malignização (NICOLUSSI, 2008; ZANDONÁ et al., 2011).

Estima-se que em 80% dos casos o CCR pode ser classificado como esporádico, de caráter não familiar, resultante da ação cumulativa de agentes cancerígenos atuando cronicamente sobre a mucosa intestinal. Cerca de 7% dos casos deste câncer estão associados a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (FAP, do inglês: “*Familial adenomatous polyposis*”) e o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNCCP, do inglês: “*Hereditary non-polyposis colorectal cancer*”). A incidência aumenta com a idade, sendo que os casos em pessoas mais jovens relacionam-se à predisposição hereditária. A doença inflamatória intestinal está associada a um maior risco para o desenvolvimento do CCR. Dentre os fatores de risco ambientais, destaca-se o hábito alimentar, com evidências consideráveis que o consumo excessivo de carne vermelha, embutidos e álcool (BRASIL, 2014; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; SÃO PAULO, 2012).

O desenvolvimento de várias formas comuns de câncer é resultados da interação entre fatores endógenos e ambientais. Para o CCR, os fatores protetores mais importantes são a atividade física, consumo de alimentos que contêm fibra dietética, como frutas hortaliças e cereais integrais, além da adoção de hábitos saudáveis como abolição do fumo e ingestão de álcool (BRASIL, 2014).

Um aspecto desfavorável ao CCR trata-se do seu desenvolvimento silencioso e o seu diagnóstico tardio, devido ao longo período em que as lesões e o tumor permanecem assintomáticos (ZANDONAI; SONOBE; SAWADA, 2012). Os sintomas são determinados pela localização anatômica do câncer, estágio da doença e função do seguimento intestinal no qual ele está localizado. Dentre os sintomas mais comuns, destaca-se a mudança nos hábitos intestinais e presença de sangue nas fezes. Pode ainda ocorrer anemia, perda de peso, fadiga, dor abdominal, flatulência e indigestão (NICOLUSSI, 2008). Nos termos das considerações sobre o comportamento do CCR, o diagnóstico deve ser feito como consequência de programas populacionais de rastreamento, viabilizados por projetos bem delineados e acessíveis (SANTOS JÚNIOR, 2008).

O CCR, por suas características epidemiológicas, preenche os requisitos para o rastreamento populacional: é um importante problema de saúde pública, existem exames de baixo custo e aceitáveis para aplicação em nível populacional, a detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras ou do câncer inicial levam à redução da prevalência e mortalidade da doença; e existem também terapias efetivas contra o agravo (SÃO PAULO, 2012).

A maioria dos programas de prevenção de CCR é baseada em triagens realizadas pela pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). É considerado o método mais simples e barato de rastreamento populacional, porém sua sensibilidade e especificidade não são altas. Quando os resultados são positivos, faz-se necessário a complementação com outros exames como a colonoscopia (SÃO PAULO, 2012).

A colonoscopia é um método complexo e invasivo, que requer um bom preparo intestinal e sedação, portanto um exame de elevado custo. Apresenta a vantagem de permitir a visualização da mucosa do íleo terminal e do intestino grosso, assim como a detecção e remoção das lesões consideradas suspeitas (DRUCKER, 2009).

A terapêutica para o CCR, que pode ser usada isolada ou associada, consiste basicamente na quimioterapia, radioterapia e cirurgia (CHAVES, 2010; NICOLUSSI, 2008).

A cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos cânceres de cólon e reto. O tipo e a extensão da cirurgia dependem da localização e tamanho do tumor, exigindo geralmente a ressecção ampla de alça intestinal e do tecido linfático adjacente (MOTTA, 2013).

Tumores que atingem o ceco e o cólon ascendente faz-se a remoção do cólon direito e parte proximal do cólon transverso, indicando a possibilidade de reconstrução de trânsito intestinal (ileotransverso anastomose), resultando em transversostomia temporária. Nos tumores de cólon descendente há ressecção do cólon esquerdo e a parte proximal do cólon transverso, com anastomose entre o transverso e o cólon sigmoide. Nos tumores de sigmoide realiza-se a retossigmoidectomia e nos tumores de cólon transverso, a ressecção de todo esse segmento. Nestes últimos dois casos também há confecção de estomia temporária (MOTTA, 2013).

Nas ressecções de tumores de reto alto e médio são realizadas retossigmoidectomia com anastomoses manuais ou mecânicas com possibilidade de colostomia temporária, principalmente para proteger uma anastomose. Em tumores de reto baixo realiza-se a ressecção deste segmento com preservação dos esfíncteres e anastomose do canal anal, contudo na maioria dos casos em função da extensão e evolução da doença realiza-se a amputação do reto e ânus. Nessas

situações confecciona-se uma colostomia permanente, quer seja a colostomia abdominal ou a colostomia perineal (MOTTA, 2013).

Apesar do aprimoramento das técnicas empregadas, as cirurgias oncológicas para confecção de um estoma geram consequências mutilatórias, que acarretam em perdas funcionais e anatômica, além do grande impacto sobre a QVRS dos pacientes e as relações familiares (MOTTA, 2013; NICOLUSSI, 2008). O resultado do tratamento cirúrgico depende do preparo psicossocial do paciente no pré-operatório, em que podem ser revelados sentimentos de ansiedade e medo, relacionados à anestesia, às alterações na imagem corporal, mudanças no estilo de vida, as preocupações com o risco de morte e o próprio procedimento cirúrgico (MOTTA, 2013).

1.2 OS ESTOMAS INTESTINAIS

Estoma, estomia são palavras de origem grega, utilizadas para identificar a exteriorização de uma víscera oca na superfície corporal, através de ato cirúrgico. Estoma intestinal de eliminação é uma exteriorização do intestino através da parede abdominal, suturando-o com a pele, com o objetivo de criar uma saída alternativa ao conteúdo fecal (NICOLUSSI, 2008; PEREIRA, 2006; SANTOS, 2005).

Sua denominação se correlaciona ao segmento corporal de onde provém. A exteriorização da porção do intestino delgado ou do intestino grosso, através da parede abdominal é denominada respectivamente de ileostomia e colostomia. A localização do estoma, ditada pela localização do tumor e da extensão da invasão dos tecidos ao seu redor, reflete também na consistência das fezes. Quando localizado no cólon ascendente, as fezes são líquidas; no cólon transversal são pastosas; no cólon descendente, são semipastosas; e na porção do sigmoide são sólidas (MARTINS, 2013; SMELTZER; BARE, 2002).

Patologias como CCR, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves e proctite actínea poderão ter como terapêutica a construção de colostomias e ileostomias (DÁZIO, 2008).

Colostomias e ileostomias podem ser criadas em caráter temporário ou definitivo (DÁZIO, 2008). Os estomas temporários são realizados com o intuito de preservar uma anastomose e futuramente realizar a reconstrução do trânsito

intestinal, enquanto que os definitivos ou permanentes são realizados geralmente nos casos de câncer no qual há a impossibilidade de reconstrução, já que o segmento distal do intestino foi extirpado (NICOLUSSI, 2008; PEREIRA, 2006; SANTOS, 2005).

O cólon é um importante órgão pela sua capacidade de absorção, armazenamento, transporte e eliminação de excretas. A ausência ou exteriorização dessa víscera origina grandes embaraços e desconfortos apesar dos grandes avanços técnicos nas cirurgias e nas construções das estomias intestinais (PEREIRA, 2006).

A confecção de um estoma intestinal caracteriza-se como uma invasão da intimidade física e psicológica, com diferentes graus de intensidade e tipos de repercussão (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009). Gera mudanças no cotidiano e estilo de vida, que permeiam desde as atividades laborativas, de lazer, convívio social e familiar, até aquelas relacionadas à sexualidade, higiene e alimentação. Além dos problemas enfrentados pelos pacientes submetidos a uma cirurgia, os estomizados enfrentam outros, tais como constrangimento pela possibilidade de saída de gases e vazamento de efluente, mediante a inexistência de controle voluntário, e pela falha na segurança e qualidade da bolsa coletora, o que provoca o medo da exposição ao público por parte desses pacientes. Tais problemas podem ser compreendidos sob dimensões física, psicológica, social e espiritual (NASCIMENTO et al., 2011).

O contato com a deficiência física gerada pela estomia e com a necessidade de manipular diretamente as suas próprias fezes gera sentimentos de baixa autoestima. Além disso, a conscientização das limitações nas atividades de vida diária também é fator preditor para a diminuição da autoestima. Há uma incorporação de um estigma social, ou seja, a pessoa sente-se diferente perante a família e a sociedade, o que pode dificultar sua aceitação e o seu processo adaptativo (NASCIMENTO et al., 2011).

Estudos desenvolvidos mundialmente apontam a necessidade de um trabalho interdisciplinar para o alcance da reabilitação e da QVRS de estomizados (DÁZIO, 2008). Cassero e Aguiar (2009) destacam que o estomizado precisaria ter convivido com estomia no mínimo por um ano para ser capaz de relatar as mudanças no modo de vida provocadas por esse tipo de tratamento. Isso porque, a partir de um ano após a cirurgia, se orientado satisfatoriamente, o paciente supera grande parte das

dificuldades cotidianas. Baseado nesses parâmetros pode-se compreender as necessidades do estomizados e a importância do papel do enfermeiro e da equipe multidisciplinar na assistência dessas necessidades.

A Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, estabelece diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, as quais conferem alguns benefícios e direitos no âmbito do SUS. De acordo com esta Portaria, as Unidades de Saúde são orientadas a formarem equipe multiprofissional e especializada além de organizar estrutura física adequada para o acolhimento integral deste pacientes, que deverão receber bolsas coletoras e acompanhamento de médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. Tem ainda como finalidade de atender todos os portadores de estomias com indicação para concessão de equipamentos coletores. Para obter os direitos em questão, o estomizado deve se cadastrar em um centro de referência de um programa e se submeter à avaliação clínica de enfermeiros e médicos (MENDONÇA et al. 2015; CETOLIN et al., 2013).

1.3 AUTOESTIMA

A Autoestima (AE) é o construto mais utilizado no que se refere aos pensamentos e sentimentos que o indivíduo tem de si mesmo (ERDOGAN et al., 2012). Pode ser definida como o juízo pessoal de valor que um indivíduo tem de si, elaborado pela pessoa e manifestado nas atitudes que ela tem consigo, sendo então uma experiência subjetiva acessível por meio de relatos verbais ou comportamentos observáveis. É a orientação positiva ou negativa em direção a si, uma avaliação global de seu próprio valor (TERRA; MARZIALE; ROBAZZI, 2013).

A autoestima é um componente do autoconceito, o qual é definido como a totalidade de pensamentos e sentimentos individuais tendo como referência a própria pessoa como um objeto (TERRA; MARZIALE; ROBAZZI, 2013). O autoconceito refere-se às diversas faces da imagem do indivíduo (SAMPAIO, 2010).

A autoimagem refere-se ao modo como a pessoa se enxerga e se percebe, é a imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do corpo e de sua aparência física (SAMPAIO, 2010). Já a AE é o sentimento que a pessoa tem em relação à sua autoimagem. Nesse enfoque, a autoimagem gera a AE, afetando a

relação que o Eu constrói no indivíduo, portanto diante de uma baixa autoimagem consequentemente o indivíduo terá uma baixa autoestima (JESUS; SANTOS; BRANDÃO, 2015). A autoimagem e autoestima estão intimamente relacionadas e são construtos da personalidade resultantes da interação entre o que somos, como nos vemos e como os demais nos veem (FUREGATO et al., 2006).

O indivíduo percebe e interpreta o mundo conforme suas experiências e aprendizado e em função de sua constituição psíquica. A pessoa escolhe o modo de adaptação frente a situações denotativas de ameaça, utiliza mecanismos de negação, omissão e distorção no seu comportamento. O sucesso frente a um desafio dependerá do seu estado emocional, no que se refere à qualidade de sua autoestima e no seu nível de confiança (TERRA, 2010).

A autoestima pode ser classificada em pessoal e coletiva. A pessoal é consequência da identidade pessoal, unindo atributos e habilidades individuais manifestados nos domínios interpessoais e privados. A coletiva refere-se à avaliação dos atributos característicos dos grupos, aos quais o indivíduo pertence e se identifica (TERRA, 2010). Trata-se, pois, de um construto interno e pessoal fortemente influenciado pelo contexto social e cultural em que se insere o indivíduo (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Alguns autores classificam a AE em alta, média e baixa. Ter uma AE alta é sentir-se confiantemente adequado à vida, é tender-se a um afeto positivo, crer na sua competência e no seu valor, demonstrar capacidade para lidar com desafios e conseguir adaptar-se mais facilmente as vicissitudes. Ter uma AE média é flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Uma AE baixa é sentir-se errado como pessoa. Comumente, são pessoas mais sensíveis a críticas, tem sentimentos de menos valia, inferioridade, isolamento, insegurança, rigidez, medo do novo, conformismo e postura defensiva (GOMES; RIUL, 2013; TERRA, 2010). Bons níveis de AE estão relacionados a adaptações positivas e exitosas diante das adversidades da vida e decisivos para a saúde mental (FUREGATO et al., 2006).

Alguns fatores como o sexo, a idade, o estado civil e as doenças que acometem as pessoas influenciam a AE. Índícios físicos, emocionais e psicológicos, como, atitude física relaxada, postura correta e equilibrada, amor próprio, autoaceitação, segurança, autoconfiança e confiança nos outros, retratam AE boa ou saudável. Entretanto, abuso de drogas, gravidez precoce, delinquência, suicídio,

agressões escolares e depressão são alguns problemas associados à baixa AE (TERRA, 2010).

A autoestima é um fator importante no câncer colorretal. Além do estigma do câncer e de sua localização corporal, o indivíduo tem suas preocupações agravadas pelas possibilidades terapêuticas, dentre as quais o desvio do trânsito intestinal mediante a realização de um estoma. A pessoa estomizada, além de sobreviver ao câncer, passa a assumir outras incumbências em presença de tal derivação (CHAVES, 2010).

Indivíduos submetidos à estomização tem sua perspectiva de vida alterada, claras alterações ao nível da imagem corporal, não sendo incomum a diminuição da AE, condição que torna difícil a reintegração pessoal, laboral e social no pós-operatório (SAMPAIO, 2010).

Assim, a forma como cada um se sente em relação a si mesmo afeta crucialmente todos os aspectos das experiências vividas. A AE constitui-se então a chave para o sucesso ou para o fracasso de alguém e para entender a si mesmo e ao próximo. Reflete também a capacidade em lidar com os desafios da vida, o respeito e a defesa dos interesses e necessidades próprias (GOMES; RIUL, 2013).

1.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Diante das inúmeras definições de qualidade de vida (QV), o Grupo de Qualidade de Vida criado pela Organização Mundial de Saúde, conceitua como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (THE WORLD..., 1995).

Embora não exista um consenso sobre a conceituação, há coerência na literatura quanto as suas características. A subjetividade, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura. A multidimensionalidade, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV. E a bipolaridade, cuja avaliação de QV pode variar de bom para ruim. Portanto, a concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempos diferentes (SAWADA et al., 2009).

A qualidade de vida, por ser um dos objetivos mais almejados pelo ser humano e dada sua importância e complexidade, tem sido alvo da literatura de

definições operacionais e determinação dos domínios específicos que a compõem (VAGETTI et al., 2013).

A qualidade de vida na oncologia é definida como a percepção subjetiva do indivíduo relacionado à sua incapacidade e à satisfação com seu estado de funcionamento atual, fazendo com que ele analise se está bem ou não, comparando ao que entende como possível ou ideal (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Os termos qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) são comumente utilizados na literatura, sendo o primeiro indicando um conceito geral do construto e o segundo denotando os aspectos que influenciam a vida diária de um indivíduo dentro do contexto de saúde (PAULA; SAWADA, 2015; TONETI et al., 2014).

A terminologia QVRS refere-se ao valor que se possa atribuir à vida ou estado de saúde percebido decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais quando influenciados por doenças ou agravos, tratamento e políticas de saúde (FREIRE et al., 2014).

A avaliação da QVRS assume, portanto um caráter instrumental, uma vez que fornece aos profissionais de saúde melhor compreensão de como diferentes práticas e intervenções terapêuticas influenciam os resultados nos indivíduos (GIMENES, 2013).

O diagnóstico de um câncer colorretal, que requer na maioria das vezes a confecção de uma estomia, constituem momentos críticas na vida de um indivíduo (KIMURA et al., 2009). O estomizado defronta-se com a multiplicidade de alterações, de ordem física, psicológica, espiritual, social e sexual, as quais repercutem na QVRS (TORRES et al., 2015).

Os enfermeiros são membros importantes da equipe de saúde e têm um papel fundamental no atendimento de pacientes com câncer, em particular na identificação das suas necessidades e de seus familiares, o que limita as complicações da doença, melhorando assim a qualidade de vida (DABIRIAN et al., 2011).

A literatura oferece uma variedade de instrumentos que avaliam QV em pacientes com câncer. Neste estudo, o instrumento escolhido foi o desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items* (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português, que avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer.

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares. O câncer colorretal é um tipo de tumor sólido mais comumente diagnosticado em todo o mundo. A estomia é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas, pois, possibilita a sobrevivência do paciente com câncer colorretal. A estomia gera transformações fisiológicas e psicológicas que ocasionam impactos importantes, em inúmeras esferas da vida da pessoa. Faz emergir sentimentos como medo, insegurança, revolta, desesperança, fragilidade, dentre outros. Assim, percebe-se que as pessoas estomizadas estão suscetíveis à diminuição da autoestima e da qualidade de vida. O dimensionamento da qualidade de vida relacionada à saúde e das variáveis que a influenciam nos indivíduos com diagnóstico pregresso de câncer colorretal após a estomização, permite avaliar os efeitos adversos do tratamento. Diante do exposto, a realização deste trabalho, justifica-se pela importância de conhecer o nível de qualidade de vida relacionada à saúde e autoestima atingidas pelos pacientes estomizados secundários ao câncer colorretal, com vistas à elaboração de estratégias que minimizem danos funcionais e repercussões psicossociais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a autoestima e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes estomizados por câncer colorretal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São apresentados assim:

- a) caracterizar a população quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
- b) avaliar a autoestima e determinar a influência dos dados sociodemográficos e clínicos na autoestima;
- c) determinar os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde;
- d) analisar a influência dos dados sociodemográficos e clínicos e da autoestima sobre a qualidade de vida relacionada à saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido de forma individual, no domicílio ou no ambulatório, de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes cadastrados no Programa de Atendimento Multidisciplinar ao Paciente Estomizado (PAMPO) do Ambulatório Central Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

O PAMPO é um programa que atende aproximadamente quatrocentos pacientes estomizados por diferentes causas. O atendimento ambulatorial tem como objetivo prevenir complicações e promover a saúde, baseado no sistema de cuidado-educação. Neste sentido, a consulta de enfermagem visa compreender o paciente e seus familiares, suas necessidades, respeitando suas limitações e estimulando suas potencialidades. A assistência oferecida favorece, particularmente, o aprendizado para o autocuidado com segurança e de maneira contínua. Esse aprendizado acontece de forma progressiva, baseado no incentivo à autonomia do estomizado e/ou familiar-cuidador.

A partir do primeiro atendimento do paciente/família e/ou cuidador pela enfermeira, é realizado seu cadastramento no programa. Os atendimentos subsequentes são realizados por agendamento as quartas-feiras de 13h às 17h. Na ocasião são avaliadas as condições e necessidades do estomizado. Os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança são fornecidos pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais e distribuídos pelo referido ambulatório para os estomizados ou ao cuidador/familiar.

4.3 POPULAÇÃO-ALVO

Estomizados por diagnóstico pregresso de câncer colorretal, maiores de 18 anos, cadastrados no PAMPO e que já realizaram pelo menos uma consulta. Foram excluídos aqueles com estomia intestinal não relacionada ao câncer colorretal e incapacidade física e cognitiva para responder às entrevistas.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por todos os estomizados secundário ao câncer colorretal que aceitaram participar do estudo, mediante a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Não foi utilizado cálculo para definição de amostra devido ao limitado número estomizados em seguimento no PAMPO. Portanto, foi necessário abordar todos aqueles que atendessem aos critérios de inclusão, caracterizando-se assim, uma amostragem por conveniência.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

4.5.1 Coleta de dados

Foi realizada busca ativa nos registros de atendimento do PAMPO. Posteriormente, foi agendada por contato telefônico, a visita domiciliar para aplicação dos instrumentos. Durante a ligação telefônica, foram prestados os esclarecimentos iniciais sobre a pesquisa, assim como os objetivos e os procedimentos aos quais seriam submetidos. Em algumas situações, as entrevistas foram realizadas no momento da distribuição dos equipamentos coletores, em sala reservada do ambulatório Maria da Glória/UFTM. No momento da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento e solicitado a assinatura deste, mediante concordância em participar do estudo. Uma cópia foi entregue ao participante e outra arquivada pela pesquisadora.

Inicialmente, os registros indicavam 123 estomizados por câncer colorretal. Destes, 36 foram entrevistados, sendo que: 18 foram submetidos à cirurgia de reconstrução intestinal, 27 faleceram, 37 não foram encontrados conforme os contatos disponíveis para ligação telefônica, três recusaram-se e dois mudaram de cidade. A maioria das entrevistas foi realizada no domicílio, pois durante a coleta de dados apenas três compareceram ao PAMPO na data agendada.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2015. As entrevistas foram realizadas individualmente e os instrumentos aplicados pela própria pesquisadora em consonância ao desejo de alguns entrevistados. A leitura de cada questão foi executada de forma pausada, a fim de não interferir na escolha das respostas. O tempo médio de duração das entrevistas foi em torno de 40 minutos.

4.5.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: o primeiro instrumento contém dados sociodemográficos e clínicos do paciente (APÊNDICE B), o segundo é a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (ANEXO A), o terceiro é o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire Core 30* (EORTC-QLQ-C30) (ANEXO B).

4.5.2.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Foi elaborado um instrumento próprio para obtenção das características sociodemográfica e clínicas (APÊNDICE B). O instrumento foi submetido à validação de conteúdo e de aparência por três profissionais enfermeiros que trabalham com a temática.

As variáveis que compõe as informações sociodemográficas são:

- a) data da entrevista;
- b) data de nascimento: confirmada através do documento de identidade;
- c) data da cirurgia;
- d) sexo: masculino e feminino;
- e) situação conjugal: solteiro, casado, viúvo, divorciado; outros

- f) número de filhos;
- g) grau de escolaridade: em anos de estudo;
- h) religião: católico, evangélico, espírita, outro, sem religião. E se a pessoa se considera praticante;
- i) com que mora: sozinho, com esposa/marido, filhos, conjugue e filho(s), outro;
- j) ocupação: empregado, desempregado, aposentado, recebe benefício, outro;
- k) número de pessoas que vivem com a renda familiar;
- l) renda familiar (em reais).

As variáveis que compõem as informações clínicas são:

- a) tratamentos complementares: radioterapia, quimioterapia, ambos, nenhum; (estava faltando aqui)
- b) duração do estoma: temporário, definitivo;
- c) tipo de estomia: ileostomia, colostomia ascendente, colostomia transversa, colostomia descendente;
- d) localização: quadrante abdominal direito, quadrante abdominal esquerdo;
- e) complicações: sim, não. Se sim quais complicações (sangramento, isquemia, retração, estenose, prolapso, dermatites);
- f) orientação prévia sobre a confecção do estoma: sim, não.

4.5.2.2 Escala de Rosenberg

A EAR elaborada em 1965 é um instrumento autoaplicável, unidimensional que avalia a autoestima pessoal. Trata-se de uma escala do tipo *likert* com quatro opções de resposta (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente), traduzida para a língua portuguesa e adaptada ao contexto cultural por Dini, Quaresma e Ferreira (2004).

A EAR é constituída por 10 itens, sendo que a soma fornece um escore cuja pontuação oscila entre 10 e 40 (MEURER et al., 2012b). As afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10 avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si, os quais são apresentados a seguir: De forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo; Eu sinto

que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades; Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas); Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (no mesmo nível) às outras pessoas; Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

Os itens restantes (2, 5, 6, 8 e 9) avaliam sentimentos negativos: Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros); Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que eu não tenho muito do que me orgulhar; Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas); Não me dou o devido valor, gostaria de ter mais respeito por mim mesmo; Quase sempre estou inclinado a achar que sou um fracassado.

Neste estudo foi realizada inversão dos valores referentes às questões negativas (2, 5, 6, 8 e 9), de forma que quanto maior o escore obtido na escala pior a autoestima do indivíduo. A inversão não altera o significado, ou seja, a leitura final da AE (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

4.5.2.3 European organization for research and treatment of cancer quality of the questionnaire core 30 itens (EORTC-QLQ-C30)

O EORTC-QLQ-C30 versão 3.0 em português é um instrumento de qualidade de vida utilizado para pacientes com câncer, adequadamente validado para a população brasileira (BRABO, 2006).

O EORTC-QLQ-C30, inclui:

- a) cinco escalas funcionais: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis;
- b) três escalas de sintomas: fadiga, dor e, náuseas e vômitos;
- c) uma escala de qualidade de vida e saúde global – Escala Global de Saúde (EGS);
- d) outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer: dispneia, falta de apetite (anorexia), insônia, constipação e diarreia;
- e) uma escala de impacto financeiro do tratamento e da doença.

Os escores das escalas e das medidas variam de zero a cem, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Pontuações elevadas na ESG e escala funcional representa um nível funcional saudável, enquanto um escore alto nas escalas de sintomas e itens isolados representam alto nível de sintomatologia (FAYERS et al., 2001).

Para determinar os escores de cada escala e dos itens que avaliam os sintomas, é necessário calcular um escore bruto (EB), conforme o manual do referido instrumento. Esse escore é formado pela somatória do valor das alternativas assinaladas em cada questão que compõe a escala, dividindo-se o valor obtido pelo número de questões (AARONSON et al., 1993; FAYERS et al., 2001).

$$EB = (q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n) / N,$$

sendo N o número total dos itens que compõe a escala e o n é o item individual.

Após o cálculo EB, realiza-se a transformação linear para obtenção dos escores de zero a cem de cada escala, conforme os seguintes passos:

- Cálculo para as Escalas Funcionais:
Escore= $[1 - (EB - 1) / range] \times 100$
- Cálculo para a Escala Global de Saúde (EGS/QV):
Escore= $[(EB - 1) / range] \times 100$
- Cálculo para as Escalas de Sintomas:
Escore= $[(EB - 1) / range] \times 100$

A variação (*range*) é a diferença entre o valor máximo e mínimo que pode ser concebido para cada questão que compõe uma escala. Portanto a variação é igual ao intervalo de valores possíveis de cada questão. A maioria dos itens permite respostas de um a quatro, ou seja, a variação é três. As exceções são as respostas das questões que avaliam EGS, nas quais se permitem respostas de um a sete, portanto a variação é seis (AARONSON et al., 1993; FAYERS et al., 2001). O Quadro 1 apresenta a estrutura do EORTC QLQ-C30, com as questões e número de itens correspondentes e as definições dos escores máximo e mínimo.

Quadro 1 – Estrutura do EORCT QLQ-C-30.

ESCALAS	QUESTÕES	ITEM	ESCORE min=0	ESCORE máx=100
EGS/QV	29 e 30	2	Condição física e qualidade de vida ruins.	Condição física e qualidade de vida excelentes.
Escala funcional				
FF	1 a 5	5	Confinado a cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade.
DP	6 e 7	2	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer.	Não apresenta limitações no trabalho ou lazer.
FE	21 a 24	4	Sente-se muito tenso, irritado deprimido ou preocupado.	Não se sente tenso, irritado deprimido ou preocupado.
FC	20 a 25	2	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldade de concentração e memória.
FS	26 a 27	2	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e nas atividades sociais.
Escala de sintomas				
FAD	10,12 e 18	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar.	Sente-se muito fraco, cansado e necessita descansar a maior parte do tempo.
NAV	14 e 15	2	Não apresenta náuseas e vômitos.	Sente-se muito nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	Não sente dor.	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades.
Sintomas (itens)				
DIS	8	1	Não apresenta dispneia.	Apresenta dispneia severa.
INS	11	1	Não tem dificuldades para dormir	Não consegue dormir.
PAP	13	1	Apetite conservado.	Anorexia severa.
CON	16	1	Sem constipação.	Constipação severa.
DIA	17	1	Sem diarreia.	Diarreia severa.
DIF	28	1	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras.	A condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras.

Fonte: Kameo (2006). **Siglas das Escalas:** EGS= escala global saúde/ qualidade de vida; FF= função física. DP= desempenho de papéis; FE= função emocional; FC= função cognitiva; FS= função social; FAD= fadiga; NAV= náuseas e vômitos; DIS= dispneia; INS= insônia; PAP= perda de apetite; CON= constipação; DIA= diarreia; DIF= dificuldades financeiras.

4.6 CONSTRUÇÃO E GERENCIAMENTO DO BANCO DE DADOS

Os dados foram digitados em planilha de dados eletrônicos da *Microsoft Excel*® 2010 por meio de dupla entrada (digitação) e posteriormente foram validados para que possíveis erros de digitação fossem corrigidos. Após a validação, o banco de dados foi exportado para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Os bancos foram elaborados conforme as respostas obtidas, posteriormente categorizados, tornando possível a análise estatística.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade (média, mediana, valores mínimo e máximo e desvio-padrão). Para as variáveis categóricas medidas de frequência absoluta e percentual.

Foi necessário realizar o Teste de Normalidade *Shapiro-Wilk* para as variáveis dicotômicas, devido ao número da população do estudo, a fim de determinar se os dados seguiam uma distribuição normal, com $p > 0,05$. No caso de as variáveis seguirem uma distribuição normal, foi realizado o *Teste t-Student*, caso contrário o foi utilizado o Teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

Na análise bivariada os escores de autoestima, para os grupos definidos por variáveis categóricas, foram comparados utilizando-se o *Teste-t*, e os escores de qualidade de vida utilizando o teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

A relação entre os escores de autoestima e qualidade de vida e as variáveis quantitativas foi realizada utilizando correlação de *Pearson*.

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$.

A consistência interna dos instrumentos (EAR e EORTC QLQ-C30) foi verificada através do coeficiente de alfa de *Cronbach*, no qual cada item de uma escala é testado simultaneamente com os outros. Os valores para o coeficiente de confiabilidade variam de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de um mais consistente é o instrumento. O valor de 0,7 é considerado um valor de confiabilidade adequado (CRONBACH, 1951).

Para a análise da força de correlação entre as variáveis foi utilizada a seguinte classificação na qual os valores do coeficiente de correlação (r) são assim distribuídos: $0 < r < 0,3$ – correlação fraca; $0,3 \leq r < 0,5$ – correlação moderada e $0,5 \leq 1,0$ – correlação forte (COHEN, 1988).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do presente estudo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM e aprovado sob o parecer nº 1.075,075 (ANEXO C). Os aspectos éticos são baseados na Resolução 466/ 2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para a aplicação dos instrumentos foi solicitado aos participantes a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como a garantia do sigilo e privacidade, por meio da numeração dos instrumentos de coleta de dados. Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de estomizados secundário ao câncer colorretal. Uberaba (MG), 2015.

Variáveis	N	%	
Sexo	Masculino	20	55,6
	Feminino	16	44,4
Faixa etária	Adulto	11	30,6
	Idoso	25	69,4
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	3	8,3
	Um a quatro anos	13	36,1
	Cinco a oito anos	7	19,4
	Nove a onze anos	8	22,2
Situação conjugal	Com companheiro(a)	19	52,8
	Sem companheiro	17	47,2
Arranjo familiar	Acompanhado	31	86,1
	Sozinho	5	13,9
Renda familiar (em reais)	Ate 1 SM	4	11,1
	1-3 SM	15	41,7
	3-5 SM	8	22,2
	≥5 SM	9	25,0
Religião	Católico	25	69,4
	Espírita	5	13,9
	Evangélico	4	11,1
	Outro	1	2,8
	Sem religião	1	2,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Dentre os 36 estomizados intestinais em razão do câncer colorretal, 20 (55,6%) eram do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 63,97 anos, variando de 30 a 81 anos.

Quanto à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 6,94 anos, sendo 13 (36,1%) cursando de um a quatro anos e três (8,3%) que nunca frequentaram a escola. Quanto à ocupação, observou-se que aposentado foi a condição profissional que mais se destacou (66,7%), seguidos de 16,7% recebendo algum benefício, quatro (11,1%) consideraram-se desempregados e apenas dois (5,6%) empregados.

Aponta-se, primeiramente, o agrupamento realizado como com companheiro aqueles que se intitularam casados ou assinalaram na opção outros, moravam com companheiro fixo e os demais (solteiro, viúvo, divorciado) como sem companheiro. A maior parte dos estomizados encontrava-se com companheiro (52,8%), 19,4% eram solteiros, 16,7% viúvos e 11,1% divorciados. Entre os que moravam acompanhados, somam 31 (86,1%). O maior percentual de renda declarado foi entre um e três salários mínimos. O número de pessoas que vivem com a renda variou de um a sete, sendo a média de 3,33.

Com relação à religião, houve predomínio da religião católica (69,4%), um (2,8%) intitulou-se sem religião e um (2,8%) citou outra fora as contida no questionário. Ressalta-se que dos 36 respondentes 19 consideraram-se praticantes (52,8%).

A tabela 2 a seguir mostra a distribuição dos estomizados de acordo com as características clínicas.

Tabela 2 - Caracterização clínica de estomizados secundário ao câncer colorretal. Uberaba (MG), 2015.

Variáveis	N	%	
Tempo de estomia	≤12 meses	14	38,9
	13-60 meses	12	33,3
	>60 meses	10	27,8
Tipo de estomia	Colostomia	33	91,7
	Ileostomia	3	8,3
Local do estoma	Quadrante esquerdo	23	63,9
	Quadrante direito	13	36,1
Caráter da estomia	Temporária	13	36,1
	Definitiva	23	63,9
Complicação relacionada ao estoma	Não	27	75,0
	Sim	9	25,0
Tipo de complicações	Hérnia	4	11,1
	Prolapso	2	5,6
	Sangramento	1	2,8
	Dermatite	1	2,8
	Estenose	1	2,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Quanto aos tratamentos complementares, 23 estomizados (63,9%) realizaram quimioterapia e radioterapia, quatro (11,1%) apenas quimioterapia e três (8,3%) radioterapia.

Destaca-se a temporalidade do estoma em três faixas, sendo até um ano, de 13 meses a 60 meses e mais que 60 meses. Verifica-se que a faixa que sobressaiu

foi ≤ 12 meses 38,9% (N=14), porém o número de estomizados com mais de um ano de estoma é preponderante (N=32). Quanto ao tipo de estomia, a maior prevalência foi de colostomia (91,7%), com localização no quadrante abdominal esquerdo e de caráter definitivo (63,9%).

No que concerne a complicações relacionadas ao estoma, 27 negam (75%) e nove (25,0%) referiram tê-las, sendo 11,1% hérnia, 5,6% prolapso e sangramento, estenose, dermatite (2,8% cada).

A maioria dos estomizados refere que não foram orientados previamente quanto à confecção do estoma (77,8%).

5.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA

Tabela 3 - Distribuição dos estomizados secundário ao câncer colorretal segundos as respostas das afirmativas referentes à autoestima. Uberaba (MG), 2015.

Afirmativas	Respostas	N	%
De uma forma geral, estou satisfeito comigo.	Discordo totalmente	1	2,8
	Discordo	4	11,1
	Concordo	21	58,3
	Concordo plenamente	10	27,8
Às vezes, acho que não sirvo para nada.	Discordo totalmente	12	33,3
	Discordo	14	38,9
	Concordo	8	22,2
	Concordo plenamente	2	5,6
Sinto que tenho um número de boas qualidades.	Discordo plenamente	00	0,0
	Discordo	2	5,6
	Concordo	22	61,1
	Concordo plenamente	12	33,3
Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das pessoas.	Discordo plenamente	00	0,0
	Discordo	4	11,1
	Concordo	19	52,8
	Concordo plenamente	13	36,1
Não sinto satisfação nas coisas que realizei.	Discordo plenamente	11	30,6
	Discordo	15	41,7
	Concordo	8	22,2
	Concordo plenamente	2	5,6
Às vezes me sinto inútil.	Discordo plenamente	11	30,6
	Discordo	13	36,1
	Concordo	11	30,6
	Concordo plenamente	1	2,8
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos no mesmo nível que a maioria das outras pessoas.	Discordo plenamente	00	0,0
	Discordo	00	0,0
	Concordo	22	61,1
	Concordo plenamente	14	38,9
Não me dou o devido valor, gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	Discordo plenamente	8	22,2
	Discordo	16	44,4
	Concordo	12	33,3
	Concordo plenamente	00	0,0
Quase sempre estou inclinado a achar que sou um fracassado.	Discordo plenamente	12	33,3
	Discordo	16	44,4
	Concordo	6	16,7
	Concordo plenamente	2	5,6
Tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	Discordo plenamente	00	0,0
	Discordo	3	8,3
	Concordo	22	61,1
	Concordo plenamente	11	30,6

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

O instrumento de autoestima de Rosenberg apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,9 sinalizando elevada consistência interna e homogeneidade dos itens. Nota-se coerência entre as respostas quando analisadas isoladamente. A EAR não possui pontos de corte, portanto foram analisados os escores integrais, considerando que quanto mais alto for o escore pior é a autoestima. Obteve-se escore mínimo de 10 e o máximo de 31. A média foi de 18,88, a mediana 20,0 e desvio padrão 5,4.

A tabela 3 acima apresenta a distribuição de resposta dos estomizados referente à escala de autoestima.

Tabela 4 – Comparação da média dos escores de autoestima segundo as variáveis sexo e situação conjugal. Uberaba (MG), 2015.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	P
Sexo			
Masculino	18,75	5,21	0,86
Feminino	19,06	5,81	
Situação conjugal			
Com companheiro	19,10	5,71	0,80
Sem companheiro	18,64	5,20	

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Ao aplicar o *Teste-t*, pertinente as variáveis categóricas, pode-se observar que, apesar da média de AE ter sido maior para sexo feminino e para quem tem companheiros, as comparações não foram estatisticamente significativas, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 5 – Correlação de *Pearson* entre autoestima e as variáveis sociodemográfica e clínicas. Uberaba (MG), 2015.

Variáveis	Escore autoestima	
	R	P
Idade (anos completos)	-0,15	0,39
Escolaridade	-0,13	0,46
Renda familiar (em reais)	-0,14	0,43
Tempo de estomia	-0,31	0,067

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A tabela 5 apresenta as correlações entre os escores de autoestima e as variáveis sociodemográfica e clínicas. Apesar de as correlações terem sido negativas para todas as variáveis, indicando que aumento da variável poderia estar associado com o aumento da AE, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Tabela 6 – Comparação das médias dos escores de autoestima segundo as variáveis clínicas. Uberaba (MG), 2015.

Variáveis	N	Média	Desvio- padrão	P
Tipo de estoma				
Ileostomia	3	23,33	5,50	0,14
Colostomia	33	18,28	5,92	
Duração do estoma				
Temporário	13	20,61	5,54	0,15
Definitivo	23	17,91	5,19	
Localização do estoma				
Hipocôndrio direito	13	22,00	3,53	0,03
Hipocôndrio esquerdo	23	17,13	5,5	

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Ao se comparar a média dos escores de AE segundo as variáveis clínicas, a localização do estoma apresentou diferença significativa ($p=0,03$), sendo que indivíduos com estomia à esquerda apresentam médias menores, portanto melhor autoestima. Para as variáveis, tipo de estomia e temporalidade do estoma, não houve resultados estatisticamente significativos, conforme tabela 6.

5.3 AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL

Tabela 7 - Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC – QLQ – C30 de estomizados secundários ao câncer colorretal. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
EGS	0	100	77,77	83,31	23,82	0,76
Escalas Funcionais						
Função física	7,00	100	72,40	80,00	24,02	0,73
Desempenho de papéis	0	100	60,64	67,00	36,91	0,68
Função emocional	0	100	62,69	71,00	31,92	0,77
Função cognitiva	0	100	77,28	83,00	27,69	0,43
Função social	0	100	71,78	83,00	32,25	0,69
Escala de Sintomas						
Fadiga	0	100	19,98	5,50	28,32	0,71
Náuseas e vômitos	0	33	4,61	00,00	10,91	0,19
Dor	0	100	19,44	00,00	30,93	0,74
Sintomas						
Dispneia	0	100	7,39	00,00	24,03	-
Insônia	0	100	37,08	16,50	41,29	-
Perda de Appetite	0	100	21,33	00,00	34,94	-
Constipação	0	100	10,19	00,00	25,01	-
Diarreia	0	67	8,31	00,00	18,48	-
Dificuldade Financeira	0	100	31,47	00,00	40,61	-

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A tabela 7 apresenta as medidas de posição e variabilidade, tais como, mínimo, máximo, média, mediana, desvio-padrão e o resultado do teste alfa de *Cronbach* para cada domínio da escala com mais de um item. No questionário EORTC QLQ-C30, do total de nove escalas, cinco apresentaram alfa de *Cronbach* acima de 0,70: EGS, função física, emocional, fadiga e dor.

O Estado Geral de Saúde atingiu média 77,77, com valor mínimo de 0 e valor máximo de 100. A mediana ficou em 83,31 e o desvio-padrão 23,82.

Para as escalas funcionais, os resultados das médias foram superiores a 60. Dentre eles, o domínio de maior comprometimento foi desempenho de papéis, sendo a menor média de 60,64. A maior média refere-se ao domínio função cognitiva (77,28).

Na função física, a média foi de 72,40, sendo que o valor mínimo obtido foi de sete. Em função social, a média foi 71,78, e a função emocional 62,69, ambas com valor mínimo de zero.

As escalas de sintomas apresentaram médias baixas, o que representa um baixo nível de sintomatologia. A fadiga apresentou o maior escore (19,98) com valor máximo de 100. O item náuseas e vômitos mostrou a menor média (4,61) com valor máximo de 33,0 e o item dor teve média de 19,44, com valor máximo de 100.

Os itens, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia, apresentaram baixas médias, indicando baixo nível de sintomatologia no grupo estudado.

A insônia foi o sintoma mais referido (37,08) com valor máximo de 100 e mínima de zero. A perda de apetite apresentou média de 21,33, a constipação 10,19, ambos com valor máximo de 100. A diarreia apresentou média de 8,31 e valor máximo de 67,00. A dispneia foi o item menos referido, com média de 7,39. Na escala de dificuldades financeiras, a média encontrada foi de 31,47.

5.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Para se comparar os escores de qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sociodemográficas e clínicas definidas como categóricas, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* conforme segue:

Tabela 8 - Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável sexo. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Sexo						P
	Masculino			Feminino			
	Média	Posto médio	Desvio padrão	Média	Posto médio	Desvio padrão	
EGS	79,17	19,10	21,88	76,02	17,75	26,67	0,71
Função física	72,62	18,93	26,95	72,12	17,97	20,64	0,78
Desempenho de papéis	61,65	18,45	34,17	59,38	18,56	41,19	0,98
Função emocional	70,35	20,25	23,93	53,13	16,31	38,43	0,27
Função cognitiva	81,65	20,00	24,78	71,81	16,63	30,88	0,35
Função social	66,75	16,43	28,03	78,06	21,09	36,82	0,18
Fadiga	13,82	16,25	24,62	27,69	21,31	31,45	0,15
Náuseas e vômitos	3,30	17,40	10,15	6,25	19,88	11,91	0,49
Dor	18,35	17,80	32,77	20,81	19,38	29,48	0,67
Dispneia	1,65	17,35	7,37	14,56	19,94	34,34	0,47
Insônia	25,05	15,73	34,08	52,13	21,97	45,52	0,07
Perda de apetite	23,35	18,73	39,17	18,81	18,22	29,86	0,88
Constipação	3,30	17,10	10,15	18,81	20,25	34,45	0,38
Diarreia	4,95	17,55	12,08	12,50	19,69	24,02	0,56
Dificuldade financeira	33,30	19,20	40,49	29,19	17,63	41,98	0,67

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A comparação entre os domínios de QVRS e sexo, não apresentou diferença significativa, conforme mostra a tabela 8, ou seja, homens e mulheres tiveram uma percepção semelhante da qualidade de vida.

Tabela 9 - Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável situação conjugal. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Situação conjugal						
	Com companheiro			Sem companheiro			P
	Média	Posto médio	Desvio padrão	Média	Posto médio	Desvio padrão	
EGS	72,81	16,82	27,76	83,31	20,38	17,67	0,31
Função física	68,02	17,37	28,65	77,29	19,76	17,02	0,51
Desempenho de papéis	57,00	17,00	34,27	64,71	20,18	40,31	0,37
Função emocional	60,89	17,79	32,04	64,71	19,29	32,65	0,68
Função cognitiva	75,42	17,05	24,49	79,35	20,12	31,52	0,39
Função social	57,95	14,55	36,09	87,24	22,91	18,15	0,01
Fadiga	24,49	19,50	32,82	14,95	17,38	22,15	0,55
Náuseas e vômitos	7,00	20,18	12,72	1,94	16,62	8,00	0,31
Dor	25,42	19,03	38,57	12,76	17,91	18,15	0,75
Dispneia	12,26	19,39	31,82	1,94	17,50	8,00	0,59
Insônia	40,42	19,53	36,24	33,35	17,35	47,15	0,55
Perda de apetite	26,37	19,71	37,88	15,71	17,15	31,49	0,47
Constipação	10,53	18,39	27,35	9,82	18,62	22,94	0,95
Diarreia	12,26	19,84	22,83	3,88	17,00	10,95	0,43
Dificuldade financeira	45,58	22,03	43,37	15,71	14,56	31,49	0,03

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A tabela 9 indica os dados referentes à QV entre estomizados com e sem companheiro, apresentando diferença significativa para função social ($p=0,01$) e dificuldade financeira ($p=0,03$). Referente ao domínio social, estomizados sem companheiro apresentaram médias superiores (87,24). No item dificuldade financeira, a maior média encontra-se no grupo com companheiro (45,58).

Tabela 10 - Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável tipo de estomia. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Tipo de estomia						P
	Ileostomia			Colostomia			
	Média	Posto médio	Desvio padrão	Média	Posto médio	Desvio padrão	
EGS	52,78	7,17	17,36	80,04	19,53	23,19	0,04
Função física	66,78	15,00	29,17	72,91	18,82	23,97	0,58
Desempenho de papéis	72,33	21,17	25,42	59,58	18,26	37,89	0,66
Função emocional	55,67	17,33	50,95	63,33	18,61	30,78	0,87
Função cognitiva	83,33	18,83	16,50	76,73	18,47	28,59	0,95
Função social	66,67	17,00	43,84	72,24	18,64	31,86	0,82
Fadiga	37,00	21,67	54,83	18,43	18,21	25,68	0,62
Náuseas e vômitos	11,00	21,83	19,05	4,03	18,20	10,16	0,58
Dor	27,67	18,83	47,92	18,70	18,47	29,94	0,95
Dispneia	11,00	22,17	19,05	7,06	18,17	24,65	0,54
Insônia	44,67	20,17	38,68	36,39	18,35	42,01	0,78
Perda de apetite	44,67	24,67	38,68	19,21	17,94	34,43	0,31
Constipação	0,00	15,50	0,00	11,12	18,77	25,95	0,62
Diarreia	11,00	20,67	19,05	8,06	18,30	18,70	0,74
Dificuldade financeira	11,00	14,67	19,05	33,33	18,85	41,70	0,54

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A tabela 10 mostra que apenas a EGS, evidenciou diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$), sendo melhor a percepção desse domínio entre indivíduos portadores de colostomia.

Tabela 11 - Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável duração do estoma. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Duração do estoma						
	Temporário			Definitivo			P
	Média	Posto médio	Desvio padrão	Média	Posto médio	Desvio padrão	
EGS	67,95	15,27	30,40	83,32	20,33	17,59	0,17
Função física	72,26	18,38	25,12	72,48	18,57	23,95	0,97
Desempenho de papéis	59,00	17,42	32,23	61,57	19,11	39,97	0,64
Função emocional	58,92	17,73	36,57	64,83	18,93	29,64	0,74
Função cognitiva	69,15	14,54	25,38	81,87	20,74	28,41	0,09
Função social	53,85	12,85	35,98	81,91	21,70	25,52	0,01
Fadiga	28,09	20,92	35,29	15,40	17,13	23,13	0,31
Náuseas e vômitos	8,92	21,12	14,49	2,17	17,02	7,59	0,26
Dor	28,15	20,42	38,02	14,52	17,41	25,76	0,41
Dispneia	12,77	20,58	28,95	4,35	17,33	20,85	0,37
Insônia	43,62	20,46	37,07	33,39	17,39	43,85	0,41
Perda de apetite	30,85	20,42	41,93	15,96	17,41	29,99	0,41
Constipação	12,85	18,50	32,07	8,70	18,50	20,68	1,00
Diarreia	15,38	20,77	25,94	4,30	17,22	11,36	0,34
Dificuldade financeira	43,54	21,62	43,88	24,65	16,74	37,94	0,19

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Ao comparar os domínios do EORTC e duração do estoma, apenas o domínio função social apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) conforme se observa na tabela 11, sendo que os estomizados definitivos apresentaram médias mais elevadas.

Tabela 12 – Comparação dos domínios do EORTC-QLQ-C30 segundo a variável localização do estoma. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Localização do estoma						P
	Quadrante Direito			Quadrante Esquerdo			
	Média	Posto médio	Desvio padrão	Média	Posto médio	Desvio padrão	
EGS	67,95	14,69	28,02	83,32	20,65	19,62	0,10
Função física	64,13	14,58	24,02	77,07	20,72	23,23	0,09
Desempenho de papéis	46,23	14,42	36,69	68,78	20,80	35,22	0,08
Função emocional	53,77	16,42	39,14	67,74	19,67	26,68	0,37
Função cognitiva	61,46	11,96	24,98	86,22	22,20	25,45	0,04
Função social	53,85	12,58	33,37	81,91	21,85	27,39	0,01
Fadiga	32,31	22,88	34,36	13,01	16,02	22,16	0,06
Náuseas e vômitos	8,92	21,12	14,49	2,17	17,02	7,59	0,26
Dor	39,69	23,73	40,49	8,00	15,54	15,78	0,02
Dispneia	12,77	20,58	28,95	4,35	17,33	20,85	0,37
Insônia	51,31	22,04	42,25	29,04	16,50	39,38	0,13
Perda de apetite	33,38	21,46	40,89	14,52	16,83	29,92	0,21
Constipação	12,85	18,50	32,07	8,70	18,50	20,68	1,00
Diarreia	12,85	19,46	25,69	5,74	17,96	12,78	0,69
Dificuldade financeira	41,00	20,12	49,35	26,09	17,59	34,81	0,49

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Observa-se na tabela 12 que a localização do estoma foi fator estatisticamente significativo para afetar as funções cognitiva e social e o sintoma dor. As médias dos escores dos domínios função cognitiva (86,22) e social (81,91) foram maiores para estomizados à esquerda. Para o sintoma dor a maior média foi em estomizados à direita (39,69).

Tabela 13 - Correlação de *Pearson* entre os domínios do EORTC-QLQ-C30 e as variáveis sociodemográfica e clínicas e autoestima. Uberaba (MG), 2015.

EORTC-QLQ-C30	Idade		Escolaridade		Renda		Tempo de estomia		Escore de autoestima	
	R	P	r	P	R	P	r	P	r	P
EGS	0,35	0,03	-0,10	0,53	0,08	0,62	0,19	0,24	-0,64	<0,001
Função física	0,20	0,22	-0,93	0,58	0,07	0,67	0,07	0,65	-0,56	<0,001
Desempenho de papéis	0,32	0,05	-0,13	0,41	0,15	0,36	0,41	0,01	-0,55	0,001
Função emocional	0,29	0,07	-0,05	0,74	-	0,58	0,24	0,15	-0,63	<0,001
Função cognitiva	-0,05	0,75	-0,05	0,76	0,05	0,76	0,22	0,18	-0,5	<0,001
Função social	0,15	0,35	0,09	0,59	0,09	0,59	0,32	0,05	-0,51	0,001
Fadiga	-0,34	0,04	0,19	0,26	0,04	0,79	-0,19	0,26	0,67	<0,001
Náuseas e vômitos	-0,21	0,21	0,08	0,64	0,05	0,73	-0,29	0,08	0,14	0,01
Dor	-0,19	0,24	-0,07	0,66	-	-	-0,21	0,20	0,52	0,001
					0,04	0,80				
Dispneia	-0,25	0,13	0,06	0,71	-	0,70	-0,15	0,35	0,26	0,11
					0,06					
Insônia	-0,29	0,08	0,05	0,76	0,11	0,52	-0,41	0,01	0,53	0,001
Perda de apetite	0,008	0,96	-0,08	0,63	0,10	0,55	-0,31	0,06	0,39	0,01
Constipação	0,01	0,94	-0,06	0,68	-	0,62	-0,04	0,77	0,17	0,29
					0,08					
Diarreia	0,01	0,93	-0,09	0,58	-	0,49	0,01	0,92	0,25	0,12
					0,11					
Dificuldade financeira	-0,17	0,29	-0,18	0,28	-	0,15	-0,17	0,30	0,37	0,02
					0,24					

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

A tabela 13 mostra a correlação entre os domínios de QV com as variáveis quantitativas. A variável idade influenciou significativamente a QV de estomizados nos domínios EGS ($r=0,35$, $p=0,03$), desempenho de papéis ($r=0,32$, $p=0,05$) e fadiga ($r= - 0,34$, $p=0,04$).

Ao correlacionar tempo de estomia com os escores dos domínios de QV, obteve-se correlação moderada e estatisticamente significativa em desempenho de papéis ($r=0,41$), função social ($r=0,32$) e no sintoma insônia ($r=0,41$).

A correlação de *Pearson* entre os domínios de QV e os escores de autoestima, foi significativa, inversa e de forte intensidade nos domínios EGS e todas as escalas funcionais. O valor negativo dessa correlação demonstra que os instrumentos são medidos de forma inversa, ou seja, quanto maior é o escore do EORTC melhor é a QV e o funcionamento físico, ao contrário da EAR que quanto maior é o escore pior é a AE. Portanto esses resultados demonstram que os dois

instrumentos se correlacionam inversamente, pois se espera que para ter uma boa QV é necessário ter boa AE.

Nas escalas de sintomas houve correlação significativa na maioria dos itens, sendo a mais fraca em náuseas e vômitos ($r=0,14$) e a mais forte em fadiga ($r=0,67$). As correlações foram positivas demonstrando que escores elevados na escala de autoestima causam elevação dos escores desses sintomas.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

A predominância do sexo masculino (55,6%) nesse estudo vai de encontro com pesquisas que afirmam ser o câncer colorretal mais prevalente em homens. Porém, as estimativas atuais, assim como outros estudos, indicam predominância de CCR no sexo feminino (BONILL-DE-LAS-NIEVES et al. 2014; FIGUEIREDO JUNIOR; FORONES, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014). Esse fato poderia estar associado às relações socioculturais, entre homens e mulheres, assinalando que a ideia de cuidados com a saúde é associado à fragilidade e comportamento de mulheres, crianças e idosos (LEVORATO et al., 2014).

O predomínio de idosos neste estudo, corrobora com a investigação de Pereira et al. (2012) e Salomé et al. (2015) em que a população acima de 60 anos foi a mais afetada. A concentração de pessoas nessa faixa etária reflete os dados epidemiológicos do CCR, cuja terapêutica envolve a confecção de um estoma intestinal. Ao relacionar o CCR com a idade, destaca-se que idosos apresentam características biológicas e maior vulnerabilidade para DCNT.

O baixo nível de escolaridade pode estar relacionado com a faixa etária mais prevalente, idosos, com menor oportunidade de estudo. Esse dado revela não somente o nível de formação da clientela característica de serviços públicos, como também o perfil educacional no Brasil (PEREIRA et al., 2012).

Para Pedruzzi et al. (2011) o baixo nível de instrução de indivíduos com câncer resulta em atraso na percepção das manifestações clínicas da doença, em consequência atraso na busca por assistência médica, morosidade no diagnóstico e diminuição das possibilidades terapêuticas. Cabe inferir que a escolaridade caracteriza-se como fator importante para compreensão das orientações referente à estomia e ao autocuidado.

Sobre a escolaridade, os baixos níveis não representam impedimento para a atuação dos profissionais de saúde, cabendo a estes a elaboração de estratégias intencionadas para o processo educativo e para a reinserção social do estomizado (MAURÍCIO, 2011).

No que se refere à ocupação é possível traçar um paralelo com a idade e o maior percentual de aposentados. A estomia altera o papel e o status social do

indivíduo na família e na sociedade. É comum na nova condição a pessoa que antes trabalhava aposentar-se ou receber algum benefício (auxílio-doença), deixando o estomizado de ser o provedor da família e tornando-se dependente desta para seus cuidados (SALOMÉ et al., 2015; SILVA; SILVA; CUNHA, 2012).

Quanto à situação conjugal, apesar da pequena diferença, prevaleceram os que apresentavam companheiro. No que se refere ao arranjo familiar a maioria morava com alguém. Assim, os dados são considerados relevantes, uma vez que o convívio familiar é visto como ponto de apoio nas desordens física e emocional dos estomizados (FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012).

Cetolin et al. (2013) realizaram um estudo qualitativo, cujo objetivo foi analisar a dinâmica sócio familiar de pessoas com estomia definitiva. Os resultados apontam para alterações no dia-a-dia, principalmente em relação à participação na comunidade, trabalho e vida familiar. Esse resultado destaca a importância da participação da família e/ou cônjuge como suporte social do estomizado, determinando o seguimento terapêutico, a reabilitação e reintegração social, influenciando-o na retomada de sua vida (SALOMÉ et al., 2015; VIEIRA et al., 2013).

No tocante à renda os índices foram relativamente baixos, sendo de um a três salários com média de 3,33 pessoas vivendo com essa faixa salarial. Vale ressaltar que o valor do salário mínimo no período da coleta (junho e julho/2015) era de R\$ 788,00. Considerando as necessidades de alimentação, transporte, saúde, educação, lazer entre outros, os estomizados do estudo sobrevivem com baixos salários.

O predomínio do baixo nível de escolaridade reflete diretamente na condição financeira. Essas circunstâncias podem ser fatores para a não prevenção do CCR, pelo não conhecimento dos fatores causais da doença, incluindo dieta recomendada a base de frutas, vegetais, cereais, além da prática de atividade física. A situação socioeconômica pode interferir também na aquisição de equipamentos e adjuvantes necessários para uma melhor qualidade de vida, quando alguns desses artigos não são fornecidos pelos programas de assistência ao estomizados (FERNANDES; MIGUIR, DONOSO, 2011; FORTES; MONTEIRO; KAMURA, 2012).

Dos 36 estomizados incluídos na pesquisa, 25 (69,4%) eram da religião católica. Estudo qualitativo realizado na região Sul do Brasil identificou que o bem-estar espiritual pode modificar-se a partir da construção do estoma (MOTA et al., 2015).

Outro estudo ressalta que a busca pela espiritualidade/ religião torna-se comum entre aqueles que não se consideravam religiosos, tendo Deus como responsável por devolver-lhes a vida (CARVALHO et al., 2015).

Ainda no contexto religião, 52,8% consideraram-se praticantes. A religião pode ser um elemento importante para o enfrentamento de situações que não podem ser modificadas, alívio do sofrimento, além de auxiliar na melhor adesão ao tratamento, redução do estresse e ansiedade e busca de um significado para a nova condição (FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; KIMURA, 2013).

Conforme já mencionado as modalidades terapêuticas para o CCR são cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. No presente estudo, todos os participantes foram submetidos à cirurgia para confecção de um estoma intestinal, sendo o tratamento mais utilizado a associação das três modalidades.

Considera-se o procedimento cirúrgico como modalidade primária de tratamento do CCR, indicado especialmente para tumores em estágios iniciais. A cirurgia com finalidade curativa ocorre quando há remoção completa do tumor primário e a paliativa quando a intenção é reduzir células neoplasias e controle de sintomas (MARCACINI, 2012; RÊGO et al., 2012).

A radioterapia é útil para redução do tumor e possibilita que lesões maiores, que de outra maneira não seriam ressecáveis, possam ser operadas. Utiliza-se radiação ionizante a um tumor definido com menor dano aos tecidos adjacentes. O tratamento quimioterápico tem função de impedir a multiplicação celular tumoral, porém agredindo células normais e expressando efeitos colaterais mais acentuados (MARCACINI, 2012; RÊGO et al., 2012).

Em relação ao tempo de estomizado, pode-se observar distribuição relativamente homogênea entre as faixas estabelecidas, com variação de dois meses a 246 meses (20,5 anos). Pode-se observar um tempo de convivência longo com o estoma, sendo 61,1% (N=22) com mais de um ano.

Após o período inicial de adequação a maioria dos estomizados conduz a vida normalmente. No entanto, a adaptação à nova condição é um processo longo e contínuo, estando relacionada à doença de base, grau de deficiência, valores individuais e personalidade (SALLES; BECKER; FARIA, 2014).

Em relação aos resultados do caráter da estomia, identificou-se que houve preponderância da colostomia (91,7%) à esquerda (63,9%). A localização da estomia determina a consistência das fezes. Sendo assim, colostomia ascendente,

no quadrante direito do abdome, apresenta efluentes de consistência semilíquida; colostomia transversa, quando o estoma é construído no cólon transverso, em quadrante direito ou esquerdo, consistência pastosa; em alça descendente, quadrante esquerdo do abdome, efluentes de consistência semissólida; colostomia sigmoide, quando a abordagem é em colos sigmoide, as fezes são firmes e sólidas (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Quanto ao caráter da estomia, predominou-se a definitiva (63,9%), consistente com a causa subjacente do estoma, com ressecções que exclui a possibilidade de reconstruções futuras. Esses resultados corroboram com o estudo de Melotti et al. (2013) em que a principal intervenção apresentada foi a colostomia definitiva.

A condição de temporalidade é um aspecto importante a ser considerado pelos profissionais de saúde. Fortes, Monteiro e Kimura (2012) afirmaram que o portador de colostomia definitiva precisa adaptar-se o mais rápido possível, já que essa situação é permanente e necessária para sua sobrevivência. Na condição de temporário, o estomizado apresenta a ansiedade para a reconstrução, que pode refletir no autocuidado (SOUZA et al., 2011).

A maioria dos estomizados quando questionados a complicações relacionadas ao estoma negaram tê-las. A implementação de medidas como demarcação do local de confecção do estoma no pré-operatório, construção adequada do estoma, escolha correta do equipamento coletor, educação em saúde do estomizado ou cuidador e assistência multidisciplinar podem reduzir as complicações (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Este estudo indica um resultado preocupante com relação à falta de orientação prévia a confecção do estoma (77,8%). As orientações pré-operatórias ao futuro estomizado têm por objetivo prevenir complicações e promover a reabilitação no período pós-operatório (KAMADA et al., 2011).

A assistência ao indivíduo com indicação de estomia intestinal deve ser iniciada no pré-operatório, com vistas à avaliação física e psicossocial. Essa fase inclui o levantamento do perfil nutricional, padrões de eliminação intestinal, condições da parede abdominal, reações de sensibilidade na pele, demarcação da localização do estoma, identificação de condições desfavoráveis ao autocuidado, o impacto da doença, relações familiares ou presença do cuidador (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

6.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA

A autoestima se evidencia nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos da vida (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Neste estudo a média dos escores na EAR foi de 18,88. Esses resultados nos permitem inferir que como a média dos escores de AE (18,88) está distante de 40, a autoestima desse grupo é satisfatória, considerando que a pontuação da escala varia de 10 a 40, e que quanto mais próximo do dez melhor a autoestima e quanto mais próximo de 40 pior é a autoestima. Resultados diferentes foram encontrados em outro estudo, cujo objetivo foi avaliar a autoestima em pacientes com estoma intestinal, concluindo que os estomizados apresentavam autoestima prejudicada (SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014).

A autoestima se reflete na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas. Corresponde ao somatório de valoração que o indivíduo atribui ao que sente e pensa, avaliando seu comportamento como positivo ou negativo. É também considerada como importante indicador de saúde mental por interferir nas condições afetivas, sociais e psicológicas (FELICISSIMO et al., 2013; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

A imagem corporal pode ser definida como a imagem mental que cada pessoa tem do seu próprio corpo, sendo resultado do modo como a pessoa se percebe e como os outros a veem. Pode-se considerar uma forte relação entre a imagem corporal e a autoestima, já que sua manifestação positiva torna o indivíduo confiante, competente, possuidor de valor pessoal (SAMPAIO, 2010).

Para Mota e Gomes (2013) a confecção de um estoma pode resultar em imagem distorcida e na diminuição da autoestima, repercutindo na percepção sobre si mesmo, vendo-se sem atrativos. A mudança súbita da imagem corporal origina confusão e alteração negativa na forma como a pessoa se percebe (SAMPAIO, 2010).

Estudo qualitativo constatou o impacto da estomia no contexto familiar, ao verificar que, mesmo entre aqueles em condições de realizar o autocuidado, delegavam ao familiar cuidador, talvez pela não aceitação da nova imagem corporal (OLIVEIRA et al., 2014).

Identificou-se nesse estudo que dentre as variáveis analisadas (sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, renda familiar, tempo de estomia, tipo de estomia, duração do estoma) nenhuma mostrou diferença significativa com a autoestima ($p > 0,05$), ou seja, esse achado sugere que este atributo não está necessariamente associado às variáveis supracitadas. São necessárias novas pesquisas para clarificar essa questão, tendo em vista que relações entre essas variáveis foram identificadas em outros estudos.

Ao se comparar com os resultados de um estudo semelhante, observa-se que apresentaram redução na autoestima os indivíduos do sexo masculino, casados, com mais de 60 anos, com ensino fundamental incompleto e com estomia definitiva (SALOMÉ; ALMEIDA, 2014).

A autoestima pode ser influenciada pelo sexo, estado civil, idade e pelas doenças que acometem os indivíduos (MAGALHÃES et al., 2008).

Descritivamente, pode-se perceber que no presente estudo o sexo feminino apresentou médias menores para a autoestima, corroborando com a literatura que afirma que mulheres idosas e com baixa escolaridade, ao avaliarem a si próprias, apresentam pontuações menores quando comparadas aos homens. Isso se dá como consequência de uma educação voltada para o papel de mãe e esposa, vivendo em função de marido e filhos (TERRA, 2010).

Referente ao estado civil, estar casado ou ter alguém emocionalmente significante, é considerado um indicador de suporte social, pois aumenta as chances de apoio material e emocional (RABELO; NERI, 2015; TERRA, 2010).

A variável idade não apresentou correlação estatisticamente significativa, porém negativamente correlacionada, sugerindo que a autoestima aumenta com o envelhecimento. Em contrapartida, alguns autores sugerem sua diminuição com o envelhecimento relacionado às perdas fisiológicas, de status social ou de entes queridos (MEURER et al., 2012a)

A formação da valoração que o indivíduo faz de si mesmo ocorre desde a infância. O nível de autoestima pode elevar-se ou deteriorar-se à medida que ocorra o amadurecimento, ou seja, a autoestima pode ser mais alta em pessoas de menor idade do que nas de maior, e pode acontecer também o inverso, com oscilações ao longo da vida (TERRA, 2010).

Embora as variáveis escolaridade e renda não tenham se apresentado como influenciadoras nos níveis de autoestima, a literatura aponta que o nível educacional

e social auxilia as pessoas a se mobilizarem para vencer obstáculos relacionados aos problemas de saúde e suas incapacidades, assim como resgatar o controle de suas vidas (VARGAS; DANTAS; GOIS, 2005).

Estudo de natureza qualitativa realizada com estomizados revela que os participantes se deparam com a perda da capacidade produtiva, alteração na imagem corporal e da autoestima, transformação das relações interpessoais, modificação dos hábitos alimentares. Porém, transcorrido algum tempo, a maioria aprendeu a conviver com as mudanças e retomaram suas atividades diárias (CARVALHO et al., 2015).

Os estomizados que apresentavam maior tempo de pós-operatório não apresentaram aumento significativo da autoestima quando comparados àqueles com menor tempo. Isso ocorreu possivelmente, devido ao fato da maioria dos entrevistados (61,1%, N=22) estarem com um ano ou mais de convivência com o estoma, já tendo se passado o tempo necessário para a adaptação à nova realidade (CASSERO; AGUIAR, 2009).

O tipo de efluente depende do local onde foi confeccionado o estoma. Com relação à localização do estoma, indivíduos com estomia à esquerda (estomas de colón descendente e sigmoide) apresentaram melhor autoestima, provavelmente pelas características das fezes serem de semi-pastosas a sólidas, semelhantes à situação pregressa a cirurgia.

6.3 AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL

Como já mencionado anteriormente, a confecção do estoma é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas para a pessoa acometida por câncer colorretal, sendo que esta poderá aliviar os sintomas, limitar ou impedir a evolução da doença (TAYLOR; MORGAN, 2011). No entanto, implica em alterações da imagem corporal, perda do controle das eliminações e da necessidade do uso de equipamentos coletores (FRANCO et al., 2014; SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015). Assim sendo, indivíduos estomizados desenvolvem alterações de ordem física, psicológica e social, que possivelmente influenciam na sua QV (KAMEO; SAWADA, 2014).

No passado, a preocupação dos profissionais de saúde, era a sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer (CHAVES; GORINI, 2011). Com a mudança de foco, hoje a ênfase crescente na avaliação da QVRS, de indivíduos submetidos ao tratamento antineoplásico é decorrente de fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença, a necessidade de mensurar o impacto na terapêutica, as atitudes sociais mais otimistas, o crescente número de sobreviventes e a preocupação com os direitos dos pacientes (KAMEO; SAWADA, 2014).

Neste estudo a EGS atingiu média de 77,7, demonstrando que os estomizados consideram satisfatória sua qualidade de vida, visto que se aproxima do 100 (escore máximo). Estudo desenvolvido na Malásia, que avaliou a QV de pacientes com câncer colorretal, encontrou média superior, sendo de 85,16 (WAN PUTEH et al., 2013).

Nas escalas funcionais: função física, emocional, cognitiva e social, as médias variaram entre 62,69 e 77,28. O desempenho de papéis (60,64) foi o mais afetado como no estudo de Kameo e Sawada (2014) em que o domínio obteve média de 12,96, expressando que existe algum nível de impedimento para trabalhar ou realizar atividades de lazer, avaliados pelas respostas seis e sete do instrumento. Outro estudo semelhante apresentou a função emocional com a mais afetada (ALMUTAIRI et al., 2015).

Estudo qualitativo que objetivou analisar os significados do trabalho para pessoas estomizadas, concluiu sentimentos dicotômicos referentes ao cenário laboral. Majoritariamente, o trabalho é descrito como algo positivo, por significar incremento financeiro para a renda familiar. Ademais o bem estar psicológico e social provenientes da atividade laboral, desperta a sensação de utilidade, continuação da vida após a doença, inserção social, caracterizando o trabalho como elemento importante no processo de reabilitação (MAURÍCIO; SOUZA; LISBOA, 2014b).

Os sentimentos negativos em relação ao trabalho estão associados a dificuldades de diversas naturezas. O mesmo estudo aponta a falta de empregos e oportunidades aos estomizados, barreiras psicológicas que envolvem o medo da exposição corporal e preconceito, além das inadequações estruturais do ambiente laboral condizentes com as condições de saúde (MAURÍCIO; SOUZA; LISBOA, 2014b).

Considerados como pessoas com deficiência física, os estomizados convivem com as dificuldades biopsicossociais ocasionadas pela presença do estoma, inclusive empecilhos para inclusão social, destacando-se o trabalho. Há que se considerar que a negatividade frente ao trabalho pelos estomizados comporta-se como antagônicas às estratégias governamentais.

Franco et al. (2014) apontaram que a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência intensifica a inclusão social de deficientes no mercado de trabalho, cria cotas empregatícias obrigatórias em empresas privadas e destina percentual de vagas em concurso público, porém não programam estratégias para que os sujeitos sintam-se verdadeiramente incluídos.

Outro estudo qualitativo que descreve as mudanças ocorridas no cotidiano do estomizado, identificou restrições nas atividades de lazer, como viajar, praticar esportes, frequentar clubes, devido à insegurança na aderência da bolsa coletora (COELHO; SANTOS; DAL POGGETTO, 2013). Fortes, Monteiro e Kimura (2012) utilizaram o questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-bref* para avaliar e comparar a QV de estomizados temporários e definitivos, encontrando em mais de 50% de ambos os grupos insatisfação com as oportunidades de lazer, e preocupações referentes à exposição, ruptura e vazamento dos equipamentos coletores.

Os baixos escores na escala de sintomas e itens isolados demonstram que estes estão adequadamente controlados. Nas escala de sintomas e itens isolados, insônia (37,08) foi o domínio mais afetado, assim como no estudo de Almutairi et al. (2015). Outro estudo, que objetivou descrever as experiências de saúde de estomizados sobreviventes após cinco anos de diagnóstico, apontou fadiga, perda de apetite e diarreia como sintomas presentes durante o tratamento quimioterápico (SUN et al., 2015).

O sono é definido como um estado fisiológico que serve para restaurar os níveis normais de atividade e o equilíbrio entre as diferentes partes do sistema nervoso central. Está envolvido com a conservação do metabolismo energético, com a cognição, maturação neural, saúde mental refletindo diretamente na QVRS do indivíduo (COSTA et al., 2014).

Palesh (2010) definiu insônia como dificuldade para adormecer ou assim permanecer (definida como acordar no meio da noite e permanecer em vigília por 30

minutos ou mais) e/ou despertar precocemente (acordar 30 minutos antes do programado) ou sono não reparador.

Embora vários estudos tenham revelado os distúrbios do sono em pacientes com câncer, os referentes às perturbações do sono em estomizados sobreviventes ao CCR são escassos. Baldwin et al. (2009) concluíram que mulheres apresentavam mais perturbações do sono, assim como pontuações de saúde física e mental mais reduzidas em relação aos homens. As razões apontadas para o sono interrompido são medo de vazamento, assim como necessidade de cuidados de higiene para evitá-lo e mudança de posição durante a noite. Alteração do sono foi relacionada à presença de estomia principalmente nos primeiros meses após a cirurgia e ao medo do futuro em 25% dos estomizados de estudo conduzido em Minas Gerais. (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2011).

O item dificuldade financeira apresentou média de 31,47, valor máximo de 100 e desvio-padrão de 40,61, sendo o segundo maior valor de desvio-padrão de todos os itens avaliados, mostrando que foi um dos itens que apresentou maior diferença entre as respostas. A média desse item retrata a dificuldade financeira em nível moderado. Santos et al. (2014) apontaram em seu estudo que a média de dificuldade financeira em um grupo de pacientes com câncer de reto submetido a cirurgia com intenção curativa foi de 32, valor semelhante ao encontrado no presente estudo.

Como foi discutido a estomia determina limitações na QVRS, as quais causam afastamento do mercado de trabalho e conseqüentemente, corrobora o surgimento das dificuldades financeiras. Além disso, auxílios governamentais e a aposentadoria trazem significantes reduções salariais.

Estudo realizado no Rio de Janeiro com estomizados demonstrou que dentre os 20 entrevistados, 15 exerciam atividade laboral sendo que 12 recebiam simultaneamente benefícios governamentais, alegando que estes eram insuficientes para o sustento familiar (MAURÍCIO, 2011).

6.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA

O tratamento para o CCR implica em complicações e morbidades que resultam em alterações objetivas e subjetivas em longo prazo. Além dos distúrbios anatomofuncionais, destacam-se as particularidades concernentes ao comportamento e ao grau de adaptação do indivíduo frente à doença e das condições impostas pelo tratamento utilizado (SANTOS et al., 2014). A superação das dificuldades iniciais dependerá dos recursos internos de cada pessoa, do suporte familiar e social (CETOLIN et al., 2013).

Em relação ao gênero não se observou diferença significativa nos domínios do EORTC. O estudo de Natrah et al. (2012) encontraram escores elevados de dor, fadiga e dispneia para o sexo feminino. Em outro estudo a variável sexo correlacionou com sete itens do EORTC, sendo que o sexo masculino apresentou melhores escores na função emocional e cognitiva, ao passo que o sexo feminino apresentou escores mais elevados para os sintomas dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Ao se comparar a QV com a situação conjugal, observa-se que estomizados sem companheiro obtiveram escores maiores no domínio social, indicando que a condição física e o tratamento interferem menos na vida familiar e nas atividades sociais quando comparado aos que possuem. Esperar-se-ia o inverso, podendo o resultado encontrado se justificar pelo fato de os estomizados considerarem a qualidade do relacionamento e não somente a existência dele. Contrapondo este resultado, outro estudo que identificou os fatores sociodemográfico e clínicos de pacientes com estomas definitivos secundário ao CCR não encontrou diferença significativa em relação aos domínios de QVRS e a situação conjugal (PEREIRA et al., 2012).

A insatisfação com o corpo alterado e com a perda de autonomia das eliminações acarreta comportamento de autoexclusão nos estomizados. Sendo assim, pelo medo do constrangimento, utiliza o afastamento antecipado como mecanismo de defesa, evitando assim o preconceito gerado pela deficiência física e as reações de aversão. Essa condição pode levar ao isolamento psicológico e social, interferindo nos relacionamentos interpessoais (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009).

Conforme já exposto, 52,8% dos estomizados tinham companheiro, percentual inferior ao mencionado pela literatura, que indica que 60 a 95% de estomizados vivem com companheiro (FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012).

Kimura (2013) afirmou que a presença do cônjuge constitui apoio crucial para lidar com os impactos sociais e emocionais decorrentes das modificações causadas pela estomia. Salles, Becker e Faria (2014) avaliaram a influência do tempo na QV de pacientes com estoma intestinal, identificaram que independente do tempo de estomia, aqueles com menores escores de QV foram os que não se sentiam apoiados pelo cônjuge, família e amigos.

Depreende-se da literatura que a adaptação do estomizado está ligada ao companheiro, na medida em que ele pode contribuir ou não para o ajustamento à nova condição de vida. Dentre as modificações físicas determinadas pela estomização, vale destacar as que podem repercutir em disfunções sexuais. No momento da cirurgia pode ocorrer a secção das terminações nervosas responsável pela função erétil no homem, acrescido de alterações na ejaculação. Nas mulheres pode haver encurtamento da vagina, ocasionando a dispareunia e perda da libido. (BARRETO; VALENÇA, 2013; PEREIRA et al, 2012). Essas disfunções ocasionadas pela cirurgia podem determinar problemas conjugais (SILVA et al., 2014).

Ainda relacionado à situação conjugal, a condição física e o tratamento provocaram maior dificuldade financeira no grupo com companheiro. Como já mencionado, a confecção de uma estomia determina mudanças biopsicossociais, como o não retorno ao emprego, o que justifica este resultado. Farinhas, Wendling e Dellazzana-Zanon (2013) afirmaram que o diagnóstico de câncer pode causar para o paciente e a família perdas subjacentes à doença, com destaque a perda da saúde e papéis anteriormente exercidos, redução da renda, impossibilidade de realizar ou construir projetos de vida.

No tocante ao tipo de estomia, o número de colostomia é superior ao de ileostomia corroborando com os resultados de outro estudo também realizado no PAMPO (BARBOSA et al., 2014). O fato de a EGS ser mais bem percebida pelos portadores de colostomia pode ser explicado pela característica, consistência e volume dos efluentes ser diferente entres estes e os que foram submetidos à anastomose do íleo à parede abdominal.

A ileostomia é realizada quando há uma lesão extensa, ou para reduzir a atividade no cólon através do desvio ou quando o procedimento cirúrgico for a

colectomia total. Apresenta drenagem profusa e aquosa, com necessidade de esvaziamento do equipamento coletor com maior frequência. A colectomia reduz a capacidade do intestino de absorver líquidos e eletrólitos, o que pode provocar a desidratação (ESTEVES, 2009; KIMURA, 2013). O efluente alcalino proveniente diretamente do intestino delgado contém enzimas digestivas que são altamente irritantes, provocando a perda da integridade da pele periestoma, o que pode gerar eritema, erosão da pele, sangramento e dor (DAL POGGETTO et al., 2012).

Com relação à duração do estoma pode-se observar que estomizados definitivos apresentaram escores médios maiores comparados aos de caráter temporário, no entanto apenas a função social apresentou diferença significativa. Fortes, Monteiro e Kimura (2102), no estudo que comparou a QVRS de estomizados definitivos e temporários, concluiu que ambos sofrem as mesmas angústias o que afeta igualmente a qualidade de vida. A condição de estar com uma estomia intestinal com prazo limitado não isenta essas pessoas de sofrimento já que elas precisam enfrentar os desafios provenientes do impacto da estomia em suas vidas (SOUZA et al., 2011).

O significado da estomia remonta a valores e crenças acerca da relação entre a incontinência e a interação social. Para Souza et al. (2011), as pessoas com estomia temporária necessitam reajustar suas vidas, porém convivem com a esperança de reversão à condição anterior, o que pode elevar os níveis de ansiedade e influenciá-los negativamente.

As necessidades de saúde dos estomizados temporários transpõem aquelas relacionadas ao cuidado, higiene, alimentação. Souza et al. (2011) afirmaram que o profissional de saúde tende a valorizar o tempo em que a pessoa ficará com o estoma, negligenciando elementos importantes como os modos de socialização.

Quanto à localização do estoma as funções cognitiva e social apresentaram maiores para estomizados à esquerda e a dor (39,69) em estomizados à direita. Houve dificuldade em relacionar esses resultados com dados da literatura sobre QV, pois no cenário nacional e internacional não foram encontrados estudos específicos referentes à localização do estoma.

Estomias de cólon ascendente e ileostomias localizadas no quadrante inferior direito apresentam efluente de consistência inicial líquida passando à pastosa com descargas frequentes (ARDIGO, 2012). Pode-se inferir que as relações sociais estão mais prejudicadas nesse grupo pela necessidade de esvaziamento e higienização

constantes do equipamento coletor. Além disso, fluídos ileais e provenientes das colostomias à direita são mais alcalinos e ricos em enzimas, e pode ocasionar dermatite de origem irritativa gerando dor (JESUS et al., 2014).

Nota-se que não houve nenhuma correlação entre os domínios do EORTC e as variáveis escolaridade e renda.

A variável idade apresentou correlação moderada e positiva com a EGS e desempenho de papéis, portanto quanto maior a faixa etária, maior os escores nesses domínios, e moderada e inversa para fadiga, mostrando que a fadiga aumenta quanto menor for a idade. Em outro estudo sobre o impacto na QV dos pacientes com CCR, os pacientes com idade inferior a 69 anos apresentaram melhores escores que os acima de 70 anos no domínio físico, fadiga e dor (POMAZKIN, 2009). Dados diferentes foram encontrados em outros estudos, nos quais a idade foi uma das variáveis que não apresentou correlação com nenhum domínio de QV (NICOLUSSI; SAWADA, 2009; PEREIRA et al., 2012).

Como esperado, o tempo de estomia representa um importante fator de influência nos domínios da QVRS, apresentando correlação moderada e positiva para desempenho de papéis e função social, mostrando que quanto maior o tempo de estomia maiores os escores nesses domínios, e moderada e inversa para insônia, ou seja, menor sintomatologia com o aumento do tempo de estomizado. Esses resultados são consoantes com a literatura que afirma que a adaptação à estomia requer tempo e o período de adaptação é variável entre os indivíduos (MAURÍCIO; SOUZA; LISBOA, 2014a; SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

O entendimento da estomia como condição crônica, visto que a realização desta se deve ao CCR, pode-se considerar que o estomizado vive as mesmas fases de portadores de outras doenças crônicas, sendo uma inicial de crise, caracterizada por trauma emocional causado pelas perdas da função e da aparência e sensações como medo, raiva, depressão e ansiedade. Com o passar do tempo, e na perspectiva de que cada um vivencia esses estágios de forma única, parece haver um momento de reconstrução, em que se reconhecem as perdas e tenta-se adaptar a nova realidade, fato que pode explicar os achados deste estudo (FERNANDES et al., 2013).

Salles, Becker e Faria (2014) avaliaram a influência do tempo na QV de pacientes com estoma intestinal. Os estomizados foram divididos em dois grupos, sendo um de portadores de estomia há menos de dois anos e o outro grupo com

dois anos ou mais de estomia. Embora não mostrasse grandes discrepâncias entre as respostas, aqueles com maior tempo de estomia mostraram um maior grau de satisfação com a vida. Outro estudo concluiu que o tempo pós-cirurgia é fator importante na adaptação, pois problemas com a aparência física, ansiedade acerca do vazamento de efluentes, constrangimento por odor ou emissão de gases, perda da libido diminuiram ao longo do tempo (DABIRIAN et al., 2011).

À medida que o tempo evolui e utilizando as estratégias de adaptação encontradas, os estomizados tem mais facilidade em integrar as mudanças, em todas as suas múltiplas dimensões, podendo a aceitação ser potencializada na integração com familiares e amigos e pela intervenção sistematizada dos profissionais de saúde (DAL POGGETTO et al., 2012; FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

O confronto com a criação de uma estomia pode gerar complexas perturbações na saúde e QVRS, manifestadas por desajustes físicos, emocionais e sociais. O primeiro ano após a cirurgia é considerado como o período mais difícil para o manejo das mudanças associadas à nova condição, em que as preocupações se condensam na higiene, regime alimentar, aprender a lidar com as alterações fisiológicas e perdas financeiras, sociais e laborativas. No entanto, a literatura também refere que a estomia pode continuar afetando durante vários anos os aspectos psicoafetivos e emocionais (SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

As correlações entre AE e o EORTC foram significativas para todas as dimensões das escalas funcionais e para a EGS. Esse achado enfatiza a relação esperada entre AE e QVRS, ou seja, quanto pior a autoestima mais prejuízos à qualidade de vida relacionada à saúde. Nas escalas de sintomas, apenas dispneia, constipação e diarreia não apresentaram correlações estatisticamente significantes. As demais dimensões das escalas de sintomas e itens isolados apresentaram correlações positivas com a EAR. Quanto maior o escore da EAR, maior serão os escores nas escalas de sintomas o que indica limitações na QVRS.

Embora a confecção de uma estomia possibilite a sobrevivência de um indivíduo com CCR, ela pode tornar-se um problema, pois o estomizado irá enfrentar os desafios de vencer a doença, prosseguir a rotina com a estomia e enfrentar os sentimentos de mutilação (CASTRO; SCORZA; CHEM, 2011; SOUZA et al. 2010). Fortes, Monteiro e Kimura (2012) afirmam que a estomia pode ser um fator limitante na QVRS de pacientes com CCR uma vez que coexistem dificuldades físicas e

psicológicas, não só relacionada à doença, mas relacionada aos aspectos limitantes do estoma.

A criação de uma estomia significa a perda da função de um órgão altamente valorizado, com conseqüente privação do controle fecal e de gases. Dentre as múltiplas repercussões, destacam-se as limitações físicas com restrições às atividades de vida diária, destacadas no estudo de Bellato et al. (2007). Dessa forma, tais restrições além de afetar a autoestima, refletem na energia para realização de tarefas e na capacidade laborativa, ou seja no domínio físico. Os autores apontam ainda que embora a condição de estomizado seja limitadora, a ajuda dos familiares é fundamental para elevar os níveis de QVRS.

Tem-se ainda a correlação forte entre a AE e o componente emocional. A atenção ao impacto emocional é imprescindível na assistência aos estomizados, pois pode ser considerado fator importante na imagem corporal desses indivíduos, já que produz impacto psicológico considerável, alterando sua autoestima e por vezes suas relações sociais. A estomização altera a imagem que a pessoa tem de si e do seu corpo, com preocupações acerca da percepção dos outros em relação à sua nova condição (SOUZA et al., 2010).

De acordo com Sampaio (2010) existe uma relação estreita entre imagem corporal e autoestima, sendo constructos dinâmicos, na medida em que se alteram e se desenvolvem segundo as percepções pessoais e o *feedback* social. A imagem corporal é considerada como a imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo e da sua aparência física. Nesse sentido que se dá forte relação com a AE, já que ter elevada AE é sinônimo de confiança em si mesmo, ser apreciado por pessoas significativas e ter imagem positiva, relativamente às suas habilidades, potencialidades e limitações.

Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal e a autoestima, formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada (PEREIRA et al., 2015). Na perspectiva da correlação entre AE, a função social, o desempenho de papéis a estomia ameaça o valor socialmente atribuído ao corpo saudável, à beleza, a higiene e ao controle fisiológico. Mesmo não sendo visível, persiste a possibilidade de se revelar pela emissão de gases, ruídos e extravasamento de efluentes do equipamento coletor. Por sentir-se diferente e ter menos respeito e confiança em si, o estomizado pode ser conduzido a sentimentos de rejeição e isolamento social (SOUZA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

Por fim, houve correlação entre AE e dificuldade financeira, mostrando que quanto pior a AE maior é a dificuldade financeira, aspecto importante e que compromete a QVRS. Conforme já exposto a estomia determina múltiplas limitações na qualidade de vida, e dentre elas o afastamento do mercado de trabalho. Pode-se inferir que a falta de recursos financeiros pode se tornar bastante expressiva, principalmente quando a doença afeta o membro responsável pelo sustento. Os custos indiretos e direto com câncer aparecem como questões problemáticas, pois mesmo que a família disponha de recursos para enfrentar momentos de crise, reorganizando-se e demonstrando-se solidárias, o ônus pode originar-se de itens que não são contemplados pelo financiamento público entre eles despesas de locomoção e viagem, falta de veículo próprio para locomoção, mudanças no padrão alimentar, compra de medicamentos, entre outros (FERREIRA et al., 2010).

7 CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar a autoestima e a qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados secundário ao CCR. Realizou-se também a caracterização sociodemográfica, a influência dessas variáveis na AE e na QVRS, assim como da AE sobre a qualidade de vida.

A amostra (N=36) caracterizou-se com predomínio do sexo masculino, idosos (60 anos ou mais), baixa escolaridade, aposentados, com companheiros e morando acompanhados, renda familiar de um a três salários mínimo, católicos. Com relação aos aspectos clínicos a maior parte convivia com o estomia há mais de um ano, o tipo de estoma predominante foi a colostomia, sítidas no quadrante abdominal esquerdo, de caráter definitivo e livre de complicações.

A autoestima foi considerada satisfatória, considerando os escores médios de 18,88 (D.P.=5,4), com alfa de *Cronbach* de 0,9. Diferença estatisticamente significativa foi observada apenas entre as médias dos escores de AE e a localização do estoma. Possuem AE elevada indivíduos com estoma localizado no quadrante abdominal esquerdo.

A qualidade de vida relacionada à saúde apresentou-se satisfatória com índices na EGS=77,7 e escalas funcionais superiores a 60. Entre os domínios da escala funcional, o domínio de maior comprometimento foi o desempenho de papéis com o menor escore (60,64) e o maior escore foi a função cognitiva (77,28) representando o domínio de menor prejuízo. Já entre os sintomas, a insônia (37,08) obteve maior escore, seguida do item dificuldade financeira (31,47).

Quando analisada a relação da qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se diferenças significativas para função social, sendo que os estomizados sem companheiros obtiveram os maiores escores e aqueles com companheiros maior dificuldade financeira.

Com relação ao tipo de estomia, indivíduos com colostomia apresentaram escores na EGS superiores. Relativo à duração do estoma, a função social obteve maiores escores entre os estomizados definitivos. Quanto à localização do estoma, os que os possuíam à esquerda apresentaram maiores escores nas funções cognitiva e social e os que os possuíam à direita, apresentaram escore elevado para dor. A idade correlacionou-se positivamente e com intensidade moderada com a EGS e desempenho de papéis, com elevação desses domínios quanto maior fosse à

faixa etária, e, inversamente com a fadiga, sendo esta mais expressiva quanto menor a idade.

Relativo ao tempo de estomia, a correlação moderada e positiva em desempenho de papéis e função social expressa que quanto maior o tempo de estomização menores as limitações relativas a trabalho, lazer e interação social.

Por último, quando correlacionado os domínios do EORTC e os escores de autoestima, encontrou-se correlação de forte intensidade e inversa para a EGS e todas as escalas funcionais, ou seja, quanto maiores os escores na EAR, menores os escores dos domínios supracitados com maiores prejuízos a QVRS. Nas demais dimensões, a AE correlacionou-se positivamente com fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite, dificuldade financeira, demonstrando que escores elevados de AE e conseqüente pior da avaliação desse construto, elevam os escores desses domínios, determinando piora da QVRS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se como limitação deste estudo o recorte transversal e o tamanho da amostra. Este fato se atribui ao diagnóstico prévio de câncer, em que os sobreviventes são aqueles que obtiveram controle da doença. No que se refere à avaliação de autoestima e qualidade de vida de estomizados por câncer intestinal, a literatura é bastante escassa. Percebeu-se a necessidade de novas pesquisas, principalmente de abordagem quantitativa. O grande número de pesquisas qualitativa acerca da temática dificultou a comparação com estes resultados.

Pode-se entender que mesmo depois de decorrido período considerável da cirurgia, alguns estomizados ainda possuem desajustes, notadamente os sociais, a serem solucionados. Assim, considera-se fundamental o cuidado individualizado e participativo de toda a equipe envolvida desde, o diagnóstico de CCR até o acompanhamento ao longo do pós-operatório tardio.

Observou-se no decorrer das entrevistas que a maioria procurava expressar aceitação à condição de estomizado, possivelmente pelo fato de considerarem-na menos impactante quando comparada ao câncer que levou a sua realização. Notou-se ainda que, a troca de vivências entre estomizados e familiares e os saberes profissionais, prática considerada exitosa pela literatura, não é realidade nesse meio.

Considera-se importante o conhecimento dos níveis de autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde em estomizados por câncer colorretal, assim como as mudanças provocadas no seu cotidiano, uma vez que pesquisas como esta fornecem subsídios para o planejamento da assistência dos profissionais envolvidos no cuidado, em especial o enfermeiro. O conhecimento do profissional enfermeiro possibilita o desenvolvimento de estratégias de intervenção que minimizem os transtornos decorrentes da estomização. Além disso, tem a possibilidade de capacitar profissionais envolvidos na assistência. Embora existam as particularidades entre os indivíduos os esforços devem ser pautados na intenção de aproximar ao máximo essa clientela da sua qualidade de vida anterior à cirurgia.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 85, n. 5, p. 365-76, mar. 1993. Disponível em:<<http://jnci.oxfordjournals.org/content/85/5/365.long>>. Acesso em: 22 jan. 2015.
- ALMUTAIRI, K. M. et al. A cross-sectional assessment of quality of life of colorectal cancer patients in Saudi Arabia. **Clinical and Translational Oncology**, Barcelona, p. 1-9, july. 2015.
- ARDIGO, F. A. **Cuidado de enfermagem às pessoas/ familiares em perioperatório de cirurgia de estomia intestinal**. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99396/305322.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 set. 2014.
- BALDWIN, C. M. et al. Gender differences in sleep disruption and fatigue on quality of life among persons with ostomies. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Darien, v. 5, n. 4, p. 335-343, aug. 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725252/>>. Acesso em: 31 jan. 2015.
- BARBOSA, M. H. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em:<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/931/663>>. Acesso em: 24 mar. 2015.
- BARRETO, A. P. C. P.; VALENÇA, M. P. A sexualidade do paciente estomizado: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 4935-4943, jul. 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6757>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- BELLATO, R. et al. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n.1,p. 40-50, jan./mar. 2007. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4971/3223>>. Acesso em: 17 abr. 2015.
- BONILL-DE-LAS-NIEVES, C. et al. Convivendo com estomias digestivos: estratégias de enfrentamento da nova realidade física. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p.394-400, jun. 2014. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86591/89487>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de QV para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 10 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

CAMPOS, F. G. et al. Locally advanced colorectal câncer: results of surgical treatment and prognostic. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 270-275, oct./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ag/v48n4/v48n4a10.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

CARVALHO, S. O. R. M. et al. Com um pouco de cuidado a gente vai em frente: vivências de pessoas com estomia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 279-287, jan./mar. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00279.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2015.

CASSERO, P. A. S.; AGUIAR, J. E. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 23-27, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1058/780>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CASTRO, E. K.; SCORZA, A.; CHEM, C. Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 12, n. 1, p. 131-142, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a09.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

CETOLIN, S. F. et al. Dinâmico sócio-familiar com pacientes portadores de ostomia intestinal definitiva. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 170-172, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n3/03.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

CHAVES, P. L. **Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**. 2010. 70f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27071/000763286.pdf?sequence=1&locale=pt_BR>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 767-73, dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a18.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; DAL POGGETTO, M. T. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 22-31, abr./jun. 2013. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale: Erlbaum, 1988.

COSTA, Z. M. S. S. et al. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa dos domínios distúrbios do sono e distúrbios da vigília do Patient-Reported-Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1391-1401, jul. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1391.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. **Psychometrika**, New York, v. 16, n. 3, p. 297-34, sept. 1951. Disponível em:<http://kttm.hoasen.edu.vn/sites/default/files/2011/12/22/cronbach_1951_coefficient_alpha.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

DABIRIAN, A. et al. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Patient Preference and Adherence**, v. 5, p. 1-5, 2011. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034300/pdf/ppa-5-001.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DAL POGGETTO, M. T. et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na atenção básica. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 502-508, out./dez. 2012. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/554>>. Acesso em: 13 out. 2014.

DÁZIO, E. M. R. **O significado do estoma intestinal entre homens**: um estudo etnográfico. 2008. 161f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-03092008-112051/pt-br.php>>. Acesso em: 11 set. 2014.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2004. Disponível em:<<http://www.rbc.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

DRUCKER, P. A relevância do câncer colorretal. **BEPA: Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 6, n. 68, p. 1-14, 2009.

ERDOGAN, B. et al. Whistle while you work: a review of life satisfaction literature. **Journal of Management**, Thousand Oaks, v. 38, n. 4, p. 1038-1083, jan. 2012.

ESTEVES, A. M. S. D. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de estomias intestinais**. 2009. 174f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009. Disponível em:<http://tede.unifenas.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=76>. Acesso em: 21 nov. 2014.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FAYERS, P. et al. **The EORTC QLQ-C30 scoring manual**. 3. ed. Brussels: EORTC, 2001.

FELICISSIMO, F. B. et al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 116-129, jan./abr. 2013. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/10.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2014.

FERNANDES, M. M. J. et al. Autoestima de mulheres mastectomizadas - aplicação da escala de Rosenberg. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 101-108, 2013. Disponível em:<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2743/4055>>. Acesso em: 29 set. 2014.

FERNANDES, R. M.; MIGUIR, E. L. B.; DONOSO, T. V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 385-392, out./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a01v30n4.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2015.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 269-277, abr./jun. 2010. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8749/6076>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

FERREIRA-UMPIÉRREZ, A.; FORT-FORT, Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 241-247, mar./apr. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00241.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

FIGUEIREDO JUNIOR, A. G.; FORONES, N. M. Study on adherence to capecitabine among patients with colorectal cancer and metastatic breast cancer. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 186-191, june/sept. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ag/v51n3/0004-2803-ag-51-03-186.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

FORTES, R. C.; MONTEIRO, T. M. R. C.; KIMURA, C. A. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 253-259, july/sept. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v32n3/a08v32n3>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J. S.; MALTA, D. C. Desigualdades sociodemográfica nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1. p. 7-18, jan./mar. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

FRANCO, V. Q. et al. Inclusão laboral da pessoa estomizada sob a ótica do capitalismo neoliberal. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1 n. 2, p.291-303, jul./dez. 2014. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3699/pdf_1410>. Acesso em: 12 jun. 2015.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-367, abr. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2015.

FUREGATO, A. R. F. et al. Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a03v33n5.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2014.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 291-318, maio/ago. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 509-516, abr./jun. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a29.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

HUWE, F. G. et al. Avaliação das características clínicas e epidemiológicas e sobrevida global de pacientes portadores de câncer colorretal. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 4. p. 112-116, 2013. Disponível em:<<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4117/3253>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

JESUS, B. C. Prevenindo e tratando lesões peri-estoma. **Revista Científico**, Fortaleza, v. 14, n. 29, p. 37-48, jul./dez. 2014. Disponível em:<<http://imagens.devrybrasil.edu.br/wp-content/uploads/2014/09/04184446/RevistaCienteFico-V14-N29-EspecialSaude-Ano14-Fortaleza-jul-dez-2014-final-digital.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

JESUS, P. B. R.; SANTOS, I.; BRANDÃO, E. S. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. **Aquichán**, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 75-89, jan./mar. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a08.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

KAMADA, I. et al. Conhecimento acerca da estomia intestinal por pacientes acompanhados em um serviço ambulatorial de enfermagem em estomaterapia: estudo qualitativo. **Revista Estima**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 21-27, 2011. Disponível em:<http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=393%3Aartigo-original-2&catid=21%3Aedicao-94&Itemid=93&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2014.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundário ao câncer colo-retal**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-03082006-172640/pt-br.php>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

KAMEO, S. Y.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación em Enfermería**, Madrid, v. 4, n. 2, p. 19-26, 2014. Disponível em:<<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/118/>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

KIMURA, C. A. et al. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 333-340, 2009. Disponível em:<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4art7reflexoes.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2014.

KIMURA, C. A. **Qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados**. 2013. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LEVORATO, C. D. et al. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, abr. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

MAGALHÃES, C. H. T. et al. Auto-estima na forma inativa da oftalmopatia de Graves. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 215-220, mar./abr. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abo/v71n2/a15v71n2.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2014.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônico não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out./dez. 2014. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

MANSO, M. M. et al. Níveis séricos e imunoexpressão tecidual do marcador CA 19-9 no carcinoma colorretal e comprometimento linfonodal. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n.1, p. 29-34, jan./abr. 2011. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1921.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

MARCACINI, S. F. B. **Perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia em um hospital universitário**. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2012.

MARTINS, V. V. **Saúde sexual de mulheres com estomia na perspectiva da teoria de Nola Pender**. 2013. 177f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5200&PHPSESSID=qo3trnc4i0m42sc5i3u4r6gvn1>. Acesso em: 16 mar. 2014.

MARTINS, C.G.; WAGNER, S.C.; LINDEN, R. Individualização farmacocinética das doses de 5-Fluoruracil no câncer colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.59, n. 2, p. 271-280. 2013.

MAURÍCIO, V. C. A **pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho: contribuição para enfermagem**. 2011. 171f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 415-421, maio/jun. 2014a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0415.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. O sentido do trabalho para o ser estomizado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 656-664, jul./set. 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00656.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

MELOTTI, L. F. et al. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 70-74, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/2237-9363-jcol-33-02-070.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MENDONÇA, S.N. et al. Orientação de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas estomizadas. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v.9, n.1, p.296-3014, 2015.

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 3, p. 683-695, jul./set. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v34n3/v34n3a11.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

MEURER, S. T. et al. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Revista Motricidade**, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2012a. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/1548/1245>>. Acesso em: 06 set. 2015.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. Quality of life of cancer' patients with and without an ostomy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 875-883, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a05.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

MOTA, M. S. et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 82-88, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0082.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2015.

MOTA, M. S.; GOMES, G. C. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 7074-7081, dez. 2013. Disponível em:<
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3435/8133>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

MOTTA, T.T.D. **A experiência cirúrgica de ressecção do cancer colorretal e suas consequências na perspectiva do paciente**. 20130. 103p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

NASCIMENTO, C. M. et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 357-364, jul./set. 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

NATRAH, M. S. et al. Quality of life in Malaysian colorectal cancer patients: a preliminary result. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**, Bangkok, v. 13, n. 3, p. 957-962, 2012.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 155-161, 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a07v22n2.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa da literatura**. 2008. 209f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em:<
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-03092008-111111/pt-br.php>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

OLIVEIRA, G. S. et al. Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 108-115, 2014. Disponível em: <
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1483/pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

OLIVEIRA, J. D. V.; MEDEIROS, C. A. D.; MEIRA, D. D. Avaliação da sobrevida e qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-24, set./dez. 2010. Disponível em:<
http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS_01_art01.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

PAULA, J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2015. Disponível em:<
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1868/pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHII, R. F.; PAULA, P. R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 77-82, jan./ mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v29n1/v29n1a11.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

PEDRUZZI, P. A. G. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram à óbito antes de receberem tratamento. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 57-60, abr./jun. 2011. Disponível em:< <http://www.sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/535/439>>. Acesso em: 19 out. 2014.

PEREIRA, A. P. S. **Educação sexual de grupos de adultos portadores de estomas intestinais definitivos**: processo de implantação e implementação. 2006. 187f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07082006-152837/pt-br.php>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

PEREIRA, A. P. S. et al. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 93-100, jan./fev. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_13.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

PEREIRA, A. P. S. et al. Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após a cirurgia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1051-1057, abr./jun., 2015. Disponível em:< http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21692/pdf_367>. Acesso em: 07 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMAZKIN, V. I. Influence of age on quality of life of patients with intestinal stoma. **Advances in Gerontology**, Sankt-Peterburg, v. 22, n. 2, p. 322-325, 2009.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 874-884, abr. 2015.

RÊGO, A. G. S. et al. Câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 173-180, 2012. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/07_artigo_cancer_colorretal_pacientes_jovens.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2015.

SALLES, V. J. A.; BECKER, C. P. P.; FARIA, G. M. R. The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 73-75, apr./june. 2014. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S2237936314000252/1-s2.0-S2237936314000252-main.pdf?_tid=eb9d2540-8680-11e5-8bc5-00000aacb35f&acdnat=1447032577_75c1b1bbaac9ce304cc742c476fbf698>. Acesso em: 05 jun. 2015.

SALOMÉ, G. M. et al. Perfil dos pacientes estomizados residentes no município de Pouso Alegre. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 106-112, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v35n2/2317-6423-jcol-35-02-00106.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

SALOMÉ, G. M.; ALMEIDA, S. A. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 159-166, july/sept. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n3/2237-9363-jcol-34-03-0159.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SALOMÉ, G. M.; ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M. M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 231-239, oct./dec. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n4/2237-9363-jcol-34-04-0231.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

SAMPAIO, F. M. C. A autoestima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 3, p. 31-37, dez. 2010. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6153/1/Revista4-Artigo4%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

SANTOS JÚNIOR, J. C. M. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais IV - câncer de cólon - fatores clínicos, epidemiológicos e preventivos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 378-385, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n3/a19v28n3.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

SANTOS, L. J. F. et al. Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 96-100, apr./june. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/0102-6720-abcd-27-02-00096.pdf>>. Acesso em:

SANTOS, V. L. C. G. A estomaterapia através dos tempos. In: _____. **Assistência em estomaterapia: cuidando do estomizado**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 1, p. 1-17.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde São Paulo. Rastreamento de câncer colorretal: um desafio a ser enfrentado. **Boletim CEInfo**, São Paulo, v. 7, n. 6, nov. 2012. Disponível em:<

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_06.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 36-48, 2013. Disponível em:<

<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22/19>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

SENA, E. L. S. et al. Experience of a person with advanced cancer: a perspective from Merleau-Ponty's point of view. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 635-650, jul./set. 2013. Disponível em:<

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/678>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. S.; CUNHA, R. R. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia no município de Belém-PA. **Revista Estima**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 12-19, 2012. Disponível em:<

<

http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=409%3Aartigooriginal2101&catid=39%3Avol-10-edicao-1-janfevmar-2012&Itemid=94&lang=pt >. Acesso em: 20 ago. 2015.

SILVA, J. C. et al. A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. **Revista da Universidade Valeo do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 346-355, jan./jul. 2014. Disponível em:<

http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/1354/pdf_118>.

Acesso em: 05 fev. 2015.

SILVA, P. A.; RIUL, S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>>.

Acesso em: 04 set. 2015.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Brunner/Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUSA, C. F.; SANTOS, C.; GRAÇA, L. C. C. Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 4, n.4, p. 21-30, ene./feb. 2015. Disponível em:<

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974002>>. Acesso em: 09 set. 2015.

SOUZA, E. C. A. et al. Consequências da estomia intestinal para os estomizados e seus familiares. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.4, n.esp., p. 1081-1086, 2010. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../1646>. Acesso em: 29 out. 2015.

SOUZA, P. C. M. et al. As repercussões de viver com um colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 50-59, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a06.htm>>. Acesso em: 22 out. 2015.

SUN, V. et al. From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 22, n. 6, p. 1563-1570, June 2014.

TAYLOR, C.; MORGAN, L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 15, n. 1, p. 59-66, fev. 2011.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-160607/en.php>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

TERRA, F. S.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Avaliação da autoestima em docentes de enfermagem de universidades públicas e privadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 71-78, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_10.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2015.

THE WORLD Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

TONETI, B. F. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza v. 15, n. 6, p. 1030-1038, nov./ dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233017>>. Acesso em: 10 fev. 2015

TORRES, C. R. D. et al. Qualidade de vida de pessoas estomizadas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, São Luís, v. 4, n. 1, p. 117-122, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2242/pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

WAN PUTEH, S. E. et al. Quality of life in Malaysian colorectal cancer patients. **Asia Pacific Psychiatry**, Richmond, v. 5, suppl. 1, 110-117, apr. 2013.

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, maio 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a03v39n1.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

VASCONCELLOS, F. M.; XAVIER, Z. D. M. O enfermeiro na assistência do cliente colostomizado baseado na teoria de Orem. **Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 14, p. 25-37, 2015. Disponível em:<<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/108/176>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

VIEIRA, L. M. et al. Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 261-269, abr./jun. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a08.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

ZANDONÁ, B. et al. Prevalência de adenomas colorretais em pacientes com história familiar para câncer colorretal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-154, abr./jun. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a06v31n2.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

ZANDONAI, A. P.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 234-239, fev. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a31.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Autoestima e qualidade de vida de estomizados secundário ao câncer colorretal

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Autoestima e qualidade de vida de estomizados secundário ao câncer colorretal, por ter sido submetido a uma cirurgia para a confecção do estoma após o diagnóstico de câncer de cólon e/ou reto. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a autoestima e a qualidade de vida de pacientes estomizados por câncer colorretal e caso você participe, serão necessário algumas informações pessoais e que você responda algumas questões sobre o tema da pesquisa. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do projeto: Autoestima e qualidade de vida de estomizados secundário ao câncer colorretal

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendo que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Nº _____ PROCEDÊNCIA: _____

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ DATA DE NASCIMENTO: : ___/___/___

DATA DA CIRURGIA: ___/___/___

Sexo

1. Masculino 2. Feminino

Situação conjugal

1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. Outros

Número de filhos: _____

Grau de escolaridade: anos de estudo _____

Religião

1. Católico 2. Evangélico 3. Espírita 4. Outro 5. Sem religião

Praticante

1. Sim 2. Não

Com quem mora

1. Sozinho 2. Com esposa/ marido 3. Mora com filhos 4. Cônjuge e filhos 5. Outro

Ocupação

1. Empregado 2. Desempregado 3. Aposentado 4. Outros:

Renda familiar aproximada: _____

Número de pessoas que vivem com a renda familiar: _____

Tratamentos complementares

1. Radioterapia 2. Quimioterapia

3. Ambos 4. Nenhum

Duração do estoma

1. Temporário 2. Definitivo

Tipo de estomia

1. Ileostomia 2. Colostomia ascendente 3. Colostomia transversa 4. Colostomia descendente

Localização do estoma

1. Quadrante abdominal direito 2. Quadrante abdominal esquerdo

Apresentou alguma complicação no estoma

1. Sim 2. Não

Se sim, qual (quais)

1. Sangramento

2. Isquemia

3. Retração

4. Estenose

5. Prolapso

6. Dermatites

7. Outros

Recebeu orientação prévia sobre a confecção do estoma

1. Sim 2. Não

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE ROSENBERG

ESCALA DE ROSENBERG

Assinale a resposta que mais se aproxima da afirmação.

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

2) As vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número de boas qualidade).

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei, eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

7) Eu sinto que eu sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

8) Não me sou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado a achar que eu sou um fracassado.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamento, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

1. concordo plenamente
2. concordo
3. discordo
4. discordo plenamente

ANEXO B - EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF THE QUESTIONNAIRE “CORE 30” ITENS (EORTC-QLQ-C30)

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF THE QUESTIONNAIRE “CORE 30” ITENS (EORTC-QLQ-C30)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

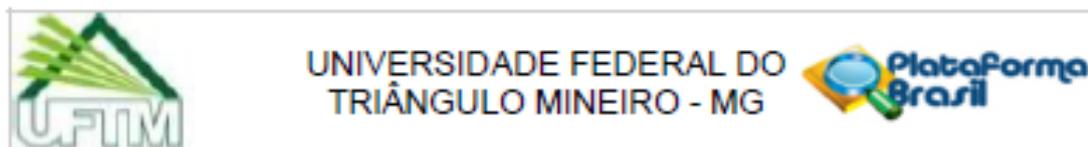
Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

Data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem dificuldades para fazer esforços mais violentos, como carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Tem qualquer dificuldade quando faz longas caminhadas?	1	2	3	4
3. E caminhadas curtas?	1	2	3	4
4. Precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa de ajuda para comer, vestir-se, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco (a)?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado (a)?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado (a)?	1	2	3	4

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE ESTOMIZADOS SECUNDÁRIO AO CÂNCER COLORRETAL

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42471014.7.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.075.075

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores O processo de industrialização determinou modificações nos padrões de saúde-doença mundialmente (GOULART, 2012). A alternância do perfil da morbimortalidade brasileira, passando de doenças infecto-parasitárias para crônico-degenerativas, incluindo nesta o câncer, tem como principal fator o envelhecimento populacional, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (SILVA; RIUL, 2011; BRASIL, 2014).

Neoplasia maligna ou câncer é o acúmulo anormal de células de um tipo específico, podendo levar ao impedimento da função dos órgãos ou tecidos afetados. Caracterizado por alterações genéticas que se acumulam progressivamente no ácido desoxirribonucleico (DNA) de uma célula normal, dando origem a uma massa celular anormal com crescimento excessivo e desordenado em relação aos tecidos normais do organismo, que persiste proliferando mesmo quando cessa o estímulo que o originou (OLIVEIRA; MEIDEIROS; MEIRA, 2010). Essas células multiplicam-se rapidamente, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, determinando metástase (BRASIL, 2011).

A gênese do câncer ainda não se apresenta plenamente esclarecida. Sua origem se dá por condições multifatoriais. O risco de câncer, em uma determinada população, depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que a rodeiam, bem como das características

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5776 Fax: (34)3318-5776 E-mail: cep@pesqpg.ufm.edu.br