

Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias*

Quality of life in patients stomized: a comparison between carriers of colorectal neoplasms and other pathologies

Eliete Cristina Borges**
Glauce Cristina Camargo**
Marcos Oliveira Souza**
Natália Ayres Pontual**
Tatiana de Sá Novato***

Resumo

Introdução – Acreditando-se que a qualidade de vida (QV) seja alterada em decorrência da presença de um estoma intestinal e que essa QV seja pior quando se trata de um indivíduo ostomizado por câncer colorretal, o estudo em questão avaliou as dificuldades enfrentadas pelas mudanças no estilo de vida dos portadores de ostomia, em decorrência do câncer colorretal ou por outras patologias. **Material e Métodos** – Analisou-se 59 indivíduos, portadores de ostomia há mais de duas semanas, com idade a partir de 18 anos, atendidos no Núcleo de Ostomizados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba – SP, durante os meses de outubro e novembro de 2006. A abordagem foi de caráter quantitativo, de corte transversal e de aspecto retrospectivo. Os instrumentos de coleta utilizados foram: WHOQOL-bref, específico de avaliação de QV, criado pela OMS; instrumento de dados psico-sócio-demográfico, com o intuito de caracterizar a amostra. **Resultados** – Observou-se que a satisfação na QV dos indivíduos ostomizados não era alterada em decorrência do câncer colorretal. **Conclusões** – Conclui-se que a mensuração do impacto da doença na QV dos indivíduos torna-se cada vez mais importante, e que a necessidade de um tratamento por um longo período como a ostomização, mesmo quando há presença de doença crônica, como o câncer colorretal, não representa necessariamente o fim da vida destes pacientes.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Ostomia, enfermagem; Neoplasias colorretais

Abstract

Introduction – Believing that the quality of life (QV) either modified result of the intestinal presence of one ostomy and that this QV either more worse when it deals with an individual stomized for colorectal neoplasms, the study in question evaluated the difficulties faced for the changes in the style of life of the ostomy carriers, in result of the colorectal neoplasms or for other pathologies. **Material and Methods** – We analyze 59 individuals, ostomy carriers has more than two weeks, with age from 18 years, taken care of in the Nucleus of Ostomizados of the Hospital Set of Sorocaba – SP, during the months of October and November of 2006. The boarding was of quantitative character, transversal cut and retrospective aspect. The used instruments of collection had been: WHOQOL-bref, specific of QV evaluation, created for the OMS; psycho-partner-demographic instrument of data, with intention to characterize the sample. **Results** – We observe that the satisfaction in the QV of the stomized individuals was not modified in result of the colorectal neoplasms. **Conclusions** – One concludes that the mensuration of the impact of the illness in the QV of the individuals becomes each more important time, and that the necessity of a treatment for a long period as the ostomy, exactly when it has presence of chronic illness, as the colorectal neoplasms, necessarily does not represent the end of the life of these patients.

Key words: Quality of life; Ostomy, nursing; Colorectal neoplasms

Introdução

Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) tem sido incessantemente pleiteada pelo homem moderno em diferentes contextos e cenários da vida humana. O tema tem sido foco de

pesquisas e cada vez mais, artigos científicos a respeito do tema são publicados, com o intuito de descobrir quais são os aspectos, positivos ou negativos, que poderiam influenciar a QV.

Que conceito é esse que se busca? Seria o simples fato de não estar doente ou talvez saber se adequar a uma doença? A busca desta conceituação é antiga.

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) – Sorocaba.

** Graduandas do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UNIP - Sorocaba.

*** Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Enfermagem da UNIP.

Muitos autores já atribuíram diferentes conceitos a este construto.

Aristóteles (384 a.C – 322 a.C) recomendava que a felicidade era o supremo fim para que existisse a boa vida, hoje entendida como QV. Comênio (1592 – 1670) relatava que ter qualidade de vida era gozar de boa higiene, educação e viver de forma a prolongar sua existência^{24,28}.

O termo Qualidade de Vida (QV) começou a ganhar grande enfoque a partir da Segunda Guerra Mundial, quando o presidente norte-americano Lyndon Johnson, buscou como meta política, não só o progresso econômico, mas também social e ambiental, porque considerou que estes passariam a interferir de forma significativa no bem-estar da humanidade. Foi quando surgiu a necessidade de uma conceituação clássica para QV^{24,28}.

Em 1974, surge a definição de que QV só seria alcançada se obtivessem o prazer e satisfação²⁴.

Campbell* (1976) *apud* Cella e Tulsy⁶ (1990) e Seidl e Zannon³⁰ (2004) relatou que QV é algo que muitos indivíduos buscam mas poucos conseguem alcançar por não entender a essência deste termo.

Segundo Minayo *et al.*²³ (2000), a QV é uma sublime idéia que acompanha os indivíduos quando estes percebem que fatores como: a família, o convívio social e até mesmo, sua auto-estima estão em harmonia. Estes autores, além de conceituar QV, qualificou-a como boa ou excelente quando há condições para que os indivíduos possam desenvolver em excelência suas potencialidades.

Santos e Kimura²⁸ (2002) acreditaram que a abordagem pode ser facilitada a partir do momento que se desmembra a expressão QV em qualidade/vida. Sendo que qualidade está relacionada aos aspectos positivos e negativos do indivíduo; e vida é algo difícil de definir por se tratar de um conceito infinito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua QV como: “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos pessoais”¹²⁻¹⁴.

Dessa forma Santos e Kimura²⁸ (2002) ressaltaram que durante a avaliação da qualidade de vida, alguns fatores devem ser observados, por interferirem de modo significativo, na percepção dos indivíduos sobre este construto.

Estes fatores podem ser denominados subjetivos como, bem-estar, dor, satisfação no trabalho, entre outros. Quando não relatados, são definidos como objetivos, são exemplos: rendimento familiar, consumo alimentar, população abaixo da linha de pobreza e outras^{25,28,30}.

Como se observa ao decorrer desta introdução, a qualidade de vida (QV) é bastante abrangente, de forma que, na maioria das vezes é influenciada pelos desejos e anseios de cada ser humano^{25,28,30}.

Nas últimas décadas avanços tecnológicos surgiram como meio de se prolongar a vida dos homens, e, a busca pela compreensão da qualidade de vida destes indivíduos culminou com a publicação intensiva de artigos de avaliação da QV na literatura científica internacional²⁵.

Entretanto, a crítica de que a saúde ou a doença não

são os únicos aspectos que constituem o construto QV fez com que surgisse a preocupação em se aplicar o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) quando a avaliação da QV enfoca aspectos relacionados à saúde/doença, tratamento e repercussões destes no cotidiano dos indivíduos²⁹.

A avaliação da QV só é possível sob a ótica do indivíduo avaliado e instrumentos genéricos e específicos foram criados e validados para este fim^{4,7}.

Os instrumentos específicos são destinados a mensurar determinadas doenças e populações, e reflete de maneira individual, o impacto que uma doença pode causar na vida de um indivíduo. Já os instrumentos genéricos podem ser usados para medir o impacto de diversas doenças sobre a vida de indivíduos, podem ser utilizados na população e tem como vantagem ser passível de comparações entre indivíduos com patologias diferenciadas^{4,7}.

Dentre os instrumentos genéricos, adaptados para a cultura brasileira, mais conhecidos destacam-se: o SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (adaptado por Ciconelli em 1997); o instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado WHOQOL – 100 (adaptado por Fleck *et al.* em 1997); o Quality of Life Index de Ferrans and Powers (adaptado por Kimura em 1999); e o Flanagan's Quality of Life Scale (adaptado por Gonçalves em 1999)^{5,7,11-14,27}.

Os instrumentos genéricos variam de acordo com: a sua forma de aplicação, seu enfoque e sua extensão, e, têm por finalidade avaliar a QV, tanto em pessoas saudáveis, ou não^{7,12-14}.

Câncer

Câncer é uma doença temida, apesar de existir inúmeras formas de tratamento esta doença traz o estigma das épocas passadas, quando morriam muitas pessoas^{18,24}.

O câncer é conhecido desde a antiguidade, em relatos de Elbers (1500 a.C) que em um papiro, citava a doença e seu tratamento com uso de unguento e arsenial^{18,24}.

O primeiro relato de cura do câncer consta no século V, quando Domocedes (560 a.C), através de incisão e cauterização realizou o procedimento em um câncer de mama¹⁸.

Hipócrates (460 – 375 a.C) usava descrições sobre câncer de pele, mama, útero e órgãos internos, e utilizava o termo grego *karkanios*, que significa caranguejo, para indicar tumoração crônica e proliferação, pois as células doentes infiltravam nas células sadias como se fossem tentáculos¹⁸.

Galeno (131 – 203 d.C), médico romano da Era Cristã, criador da teoria humoral atribuía o aumento da bile negra como a causa do câncer^{18,24}.

A partir de 1652, Rudbeck descobriu os linfonodos, o que levou muitos cientistas a relacionarem o sistema linfático como a causa do câncer³².

O primeiro a romper com as teorias hipocráticas, foi Leônidas (180 d.C.), que ampliou o tratamento do câncer da mama, através da ressecção dos tecidos sadios

* Campbell (1976) *apud* Cella DF, Tulsy D. *op. cit.* ref. 6 e Seidl EMF, Zannon CMLC. *op. cit.* ref. 29.

e cauterização¹⁸.

Sennert (1572 – 1697) e Lusitano (1642), partiram do conceito de que o câncer era contagioso, sendo assim os doentes passaram a serem isolados. Foi nessa época, que surgiu o primeiro hospital especializado, em Rheines, na França (1740)^{18,24}.

Com o decorrer do tempo, descobertas como: a circulação sanguínea, a ausência de bile negra nos glóbulos vermelhos e a origem do câncer cutâneo, por meio das autopsias, fizeram com que novas formas de descrever o câncer surgissem¹⁸.

Nos dias atuais, a definição de câncer é dada a um grupo de doenças que tem como característica a desordenada multiplicação de células malignas, ou seja, “células normais que sofreram alterações em seu DNA”. Quando essas células desenvolvem de forma agressiva e incontrolável, formam os tumores malignos (neoplasias malignas), e quando invadem células vizinhas e distantes, caracteriza-se metástase^{16-17,20}.

Estima-se que no ano de 2006, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde, deverão ocorrer mais de 472 mil casos novos, sendo 234 mil entre os homens e 238 mil entre as mulheres. E os tumores de maior incidência na população brasileira serão os de pele não melanoma (116 mil), mama feminina (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil) e cólon e reto (25 mil)¹⁷.

As causas do câncer são variadas e existem vários fatores que favorecem o seu desenvolvimento. Pode-se citar como principais: predisposição genética, hábitos alimentares, estilo de vida e condições ambientais^{9,15,17,24}.

O câncer pode afetar diversos órgãos, dentre eles, o cólon e reto, que fazem parte do intestino grosso, que tem por função absorver nutrientes e excretar substâncias não aproveitadas pelo organismo em forma de fezes^{9,16-17,20}.

A causa do câncer colorretal é desconhecida, mas os fatores predisponentes à ocorrência deste câncer já são conhecidos e incluem: a presença de histórico familiar de câncer, histórico de câncer anterior, doença intestinal inflamatória, alimentação com grandes quantidades de gordura, obesidade, indivíduos com idade superior a 50 anos de idade¹⁵.

A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento já aumentam a partir dos 40 anos¹⁸.

Segundo estimativas publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2006, o câncer colorretal é apontado como o 5º tumor maligno mais freqüente entre homens (com 11.390 casos novos) e 4º entre as mulheres (13.970 casos novos); e este tipo de câncer irá superar o câncer de colo de útero na região sudeste¹⁷.

O câncer colorretal, quando diagnosticado no estágio inicial, tem grandes chances de cura, mais é dificultado pela ocorrência tardia dos sintomas, uma vez que estes possam ser confundidos com outras patologias que afetam o trato gastrointestinal^{16,20}.

Apesar de alguns sinais como: a mudança no hábito intestinal, início recente de constipação, aumento de flatos, dor abdominal, vômitos, náuseas e astenia serem relacionados como sintomas do câncer colorretal, o

diagnóstico final somente será confirmado através de exames complementares^{9,20,31}.

Após o diagnóstico, a doença é avaliada e classificada em estágios, de acordo com a extensão do tumor e sua invasão nas camadas do intestino, a presença ou ausência de linfonodos e metástases (estadiamento). E dependendo do grau de malignidade é traçado o plano de tratamento que consiste: a radioterapia, a quimioterapia, a ressecção cirúrgica do local afetado ou também usado em combinação^{9,20,31}.

A ressecção cirúrgica do local afetado é o principal tratamento para o câncer colorretal, e consiste na retirada do tumor, dos linfonodos e também dos tecidos afetados. Se houver muito dano ao cólon, será necessário a criação de um estoma intestinal³¹.

A ostomia é considerada uma efetiva terapêutica para o câncer colorretal pelos profissionais de saúde, mas pelos pacientes portadores, é considerada uma grave limitadora da QV.

Ostomia

Estoma, ostoma, estomia, ostomia são palavras de origem grega cujo significado se traduz em “abertura” ou “boca”, que é realizado através de um ato cirúrgico que exterioriza uma porção do intestino para parede abdominal^{9,21}.

Conforme o segmento exteriorizado no intestino, as ostomias recebem denominações diferenciadas: no intestino grosso (cólon), colostomia e no intestino delgado, ileostomia²¹.

Historicamente, as ostomias são provenientes do séc. XVII, em que foram descritos relatos (Lorenz Heister) de soldados feridos na região do intestino, durante batalha, e sobreviveram graças a enterostomia¹⁰.

Sabe se, porém que o primeiro estoma bem sucedido fora uma colostomia realizada por Duret (1793), em uma criança com o ânus imperfurado³.

Czerny, em 1883, realizou a colostomia como tratamento do câncer colorretal e no mesmo ano, Madeyl criou a colostomia em alça com bastão³.

Anos se passaram até Block (1892) descrever a colostomia em duas bocas. Mayo (1904) e Miles (1908) criaram a primeira colostomia definitiva e surge a preocupação de como seriam coletados os resíduos³.

Há relatos na França em 1795, de um fazendeiro ter usado uma bolsa de couro para coletar as fezes e assim sucessivamente outros dispositivos interessantes surgiram, como: sacos de pão, latas de atum, caixas de alumínio. E com eles, a preocupação com o cuidado da pele exteriorizada, que para prevenir lesões, eram utilizados talco e amido; e para minimizar odores: perfume, bicabornato de sódio, vanila e extrato de menta¹.

Atualmente, já existem técnicas cirúrgicas adequadas e produtos com tecnologia para tratar a pele e o descarte dos resíduos do paciente ostomizado.

Hoje, as indicações que levam um indivíduo a necessitar de uma cirurgia reparadora, que crie um novo caminho sempre que a passagem das fezes forem ocluídas, são diversas e entre elas pode-se destacar doen-

ças como: o câncer colorretal, a diverticulite, os traumas abdominais, a colite isquêmica, os polipose adenomatosa, entre algumas outras^{3,9,26}.

Dependendo da etiologia e do grau de comprometimento da doença, o cirurgião indicará a realização de uma ostomia, que poderá ser de caráter provisório, como em casos de perfuração intestinal ou para proteger uma anastomose; e definitiva que são realizadas quando foram descartadas todas as opções para restabelecer o trânsito intestinal²⁶.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização da ostomia acarreta uma série de mudanças na vida do indivíduo²².

Segundo Mantovani¹⁹ (2001), o ostomizado passa por alterações drásticas em relação à representação do seu corpo, em suas práticas, em suas experiências, no relacionamento familiar, no relacionamento sexual e nas relações sociais que afetam o trabalho e lazer, repercutindo na sua autonomia.

A falta de controle esfinteriano causa, nestes indivíduos, muitos conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade².

Acredita-se que a qualidade de vida seja alterada em decorrência da necessidade de um estoma, seja ele de caráter definitivo ou provisório, e que essa QV seja ainda pior quando se trata de um paciente ostomizado por câncer colorretal, tendo em vista as dificuldades que os pacientes ostomizados enfrentam: físicas, psicológicas e emocionais, relacionadas à cirurgia mutilatória, que causa grande impacto no cotidiano do indivíduo, podendo acarretar na mudança do seu estilo de vida.

O objetivo deste trabalho foi avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) de pacientes ostomizados portadores de câncer colorretal ou ostomizados por outras patologias e traçar projetos que possam ser úteis e vir a colaborar na assistência destes indivíduos.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, exploratório, de corte transversal e de aspecto retrospectivo, uma vez que se analisou e se avaliou a qualidade de vida nas duas últimas semanas de cada indivíduo.

Foi desenvolvido no Núcleo de Ostomizados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (cidade localizada a 78 km da capital São Paulo, com 565.180 habitantes, segundo estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em julho de 2005, que atende a demanda de cerca de 48 municípios da região, incluindo cidades como: Capão Bonito, River Sul, Itararé e Apiaí.

Inicialmente, o projeto foi submetido à Comissão de Ética de Pesquisa (CEP-Protocolo nº 99/06) em Seres Humanos da Universidade Paulista e à Comissão de Ensino e Pesquisa (COEP-Protocolo nº 200/06) do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), e somente após aprovação, a coleta de dados foi iniciada.

No processo da pesquisa foram obedecidos os princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em que é ressalta-

da a importância da preservação do respeito, autonomia, sigilo, privacidade e garantia de que não haverá danos e/ou riscos, à pessoa ou à continuidade ao tratamento se houver recusa ou desistência do sujeito durante participação na pesquisa⁸.

A população foi constituída por 59 pacientes, com idade a partir de 18 anos, de ambos os sexos, residentes no Estado de São Paulo, atendidos pelos SUS, no período de outubro a novembro de 2006.

Foi critério para inclusão: pacientes portadores de ostomia há mais de duas semanas, pois o instrumento utilizado avalia somente as duas últimas semanas do indivíduo; e caráter de exclusão: pacientes cujas patologias alteravam sua capacidade de raciocínio lógico e interpretação.

A amostra, por sua vez, foi composta por dois grupos: o primeiro grupo composto por pacientes portadores de ostomia e câncer colorretal e o segundo, apenas por ostomia, causados por outras patologias.

A coleta dos dados ocorreu de maneira assistida ou sob forma de entrevista, por graduandos do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP). A abordagem ocorreu na sala de espera durante o comparecimento do indivíduo para tratamento no serviço referido, onde os sujeitos eram convidados a participar da pesquisa. Como na maioria das vezes havia uma pessoa como acompanhante, a mesma era orientada a não intervir, para não induzir a resposta. Antes de iniciar as entrevistas, de caráter voluntário, todos eram novamente informados dos objetivos da pesquisa, do sigilo das informações obtidas, bem como do modo de aplicação e do destino dos dados, sendo solicitados a assinarem um termo de consentimento livre esclarecido.

Instrumento

Para a coleta de dados empregou-se um instrumento composto por duas partes. A primeira, um instrumento psico-sócio-demográfico que continham dados como: sexo, faixa etária, estado civil, moradia, grau de escolaridade, renda familiar, número de filhos e histórico de doenças, com o objetivo de caracterizar a amostra. O segundo instrumento genérico de avaliação da QV, foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e adaptado para cultura brasileira pelo centro WHOQOL para o Brasil sobre a coordenação de Fleck *et al.*¹²⁻¹⁴ (1999, 2000).

Cabe ressaltar que a pesquisa foi analisada por meio de estatística descritiva dos dados sócio-demográficos e do WHOQOL-bref, que foram tabulados no Excel[®].

Os testes estatísticos pertinentes serão aplicados sob orientação de estatísticos posteriormente.

Resultados

Entre os 59 pacientes entrevistados: 58% eram portadores de ostomia em decorrência do câncer colorretal e 42% portadores de ostomia em decorrência de outras patologias.

Foi observado que os pacientes ostomizados por câncer colorretal pertenciam a faixa etária ≥ 58 anos, o que é confirmado pelo Instituto Nacional do Câncer

(INCA), que descreve que a faixa etária predominante varia entre 40 e 70 anos^{17,22}.

Ao contrário do que apontam as pesquisas, realizadas pelo INCA, este estudo teve predominância do sexo feminino, em 54%. Quanto à raça: 67% dos pacientes eram brancos e 33% entre pardos, indígenas, amarelos e negros. Em relação ao estado conjugal dos pacientes, 57% eram casados e 43% foi composto por solteiros, viúvos entre outros.

Quanto ao local de moradia concluiu-se que 76% dos pacientes moravam na zona urbana e 24% na zona rural. A grande maioria, 64%, cursou o ensino fundamental incompleto e apenas 12% dos pacientes eram de analfabetos.

Outro aspecto avaliado foi a religião, onde foi verificado que a maior parte, ou seja, 66% dos pacientes eram de religião católica, e os demais 34%, de outras religiões.

A maioria dos pacientes possui ostomia há mais de três anos, sendo que 44% dos pacientes possuem ostomia de caráter definitivo e os demais 56%, temporária ou não sabiam responder. O fato que chamou atenção durante a entrevista foi que os pacientes que se diziam ostomizados há menos de um ano eram aqueles que relatavam maior grau de insatisfação em sua vida diária, relacionado ao grau de aceitação com sua nova condição de vida. Cabe ressaltar que embora o questionário fosse de perguntas fechadas, todos os comentários realizados eram relatados no próprio documento, para posteriormente, serem discutidos pelos entrevistadores.

Ao longo dos últimos anos, a ostomia muito se desenvolveu como medida terapêutica. Atualmente, é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas²⁰.

Os ostomizados têm suas perspectivas alteradas, conforme período de adaptação após a cirurgia, esse tempo é minimizado quando se trata de um portador de ostomia definitiva, já que o mesmo se conscientiza da necessidade de conviver com sua nova condição de vida.

Quando questionados sobre tratamento médico, 82% dos pacientes diziam não ter tido necessidade de tratamento, nas duas últimas semanas, embora muitas vezes apresentassem patologias e hábitos que influenciavam sua saúde negativamente, tais como: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, etilismo, entre outros.

Análise da qualidade de vida (WHOQOL-bref)

Cabe ressaltar que em nove instrumentos respondidos uma questão deixou de ser assinalada.

Com relação ao domínio físico observou-se que a dor física nada influencia nas atividades diárias, e o fato de estar ostomizado não interferiu no padrão de sono, repouso e locomoção.

Há discrepância nos resultados quanto à necessidade de tratamento médico para o desempenhar das atividades do dia-dia, quando os pacientes são portadores de ostomia por outras patologias.

O domínio psicológico mostra que o grau de aceitação e satisfação consigo tanto nos pacientes com câncer como os de outras patologias é satisfatório, visto que a preocupação com a ostomia se torna presente,

quando estão recentemente expostos a esta condição, onde se tornam insatisfeitos com sua nova condição de vida. Como aparece nas referências a aceitação do paciente ostomizado com menos de um ano é de descontentamento, já os que possuem o estoma há vários anos se adaptaram a nova condição^{15,22}.

Quanto ao domínio das relações sociais, os aspectos interpessoais não são afetados e o apoio recebido pelos familiares, colegas e amigos parecem ser ampliados, pois a preocupação em estar presente e ajudar aumenta os laços afetivos.

A sexualidade parece ser afetada quando o estoma é recente ou quando o paciente não possui parceiro fixo, pois se tornam inseguros, envergonhados com medo da aceitação ou não do parceiro, como já avaliado em outra referência³.

Já o domínio do meio-ambiente mostra que a segurança e o meio ambiente são questões importantes, pois problemas como: a poluição, o medo, e a insegurança atingem a todos, mesmo assim, o índice de satisfação foi grande.

A questão de oportunidade de lazer está muito relacionada à questão financeira, e não pelos aspectos que se imagina, como: medo, vergonha e insegurança pelo fato da ostomia.

O fato de se realizar a pesquisa dentro da instituição de saúde pode ter influenciado nas respostas em questão à satisfação ao serviço de saúde e transporte, pois a maioria depende destes serviços e se mostraram satisfeitos.

Em relação à análise global de QV, observa-se que grande parte dos indivíduos pertencentes ao dois grupos estudados avaliam sua QV de maneira positiva, pois a maioria das respostas variou entre boa e muito boa com tendência a ser melhor no grupo de ostomizados por câncer (Gráfico 1).

Pergunta do Instrumento WHOQOL-bref: Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

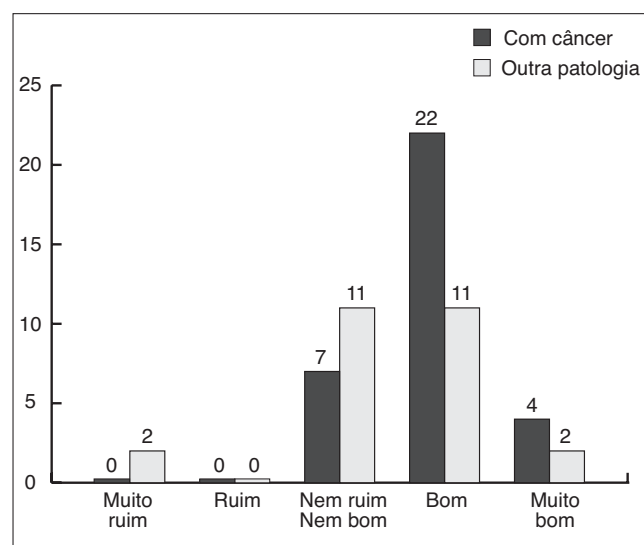


Gráfico 1. Comparação da auto-avaliação da QV entre ostomizados por câncer colorretal e outras patologias. Sorocaba, 2006

Conclusões

A partir dos dados obtidos, verifica-se que, ao contrário do que se acreditava, a maioria dos pacientes ostomizados por câncer colorretal referiu ter uma boa qualidade de vida.

Outro fato importante é que, os pacientes que possuíam características como: apoio familiar, ostomia de caráter definitivo e histórico de câncer colorretal apresentavam uma maior aceitação de sua nova condição de vida, o que resultava numa maior satisfação pessoal.

Faz-se necessário ressaltar que o caráter da pesquisa tem como finalidade auxiliar e melhorar o planejamento do cuidado.

Conclui-se, portanto, que o câncer e a ostomização não representa necessariamente o fim da vida desses pacientes, uma vez que poderão adquirir uma melhor qualidade de vida a partir do momento que participarem de atividades que lhes tragam prazer e motivação e que os conduzam a um viver em plenitude dentro de suas possibilidades.

Referências

1. Associação Brasileira de Ostomizados [online] São Paulo; 2006 [citado em 19 nov 2006]. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/ostomia.htm>
2. Barreire SG, Oliveira OA, Kazama W, Kimura M, Santos VLCG. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. *J Pediatr (Rio de J.)*. 2003;79(1):55-62.
3. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, *et al.* Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Rev Bras Coloproct.* 2005;25(2):146-9.
4. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(2):128-36.
5. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Méd Bras.* 2003;49(3):245-9.
6. Cella DF, Tulsky D. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology.* 1990;4(5):29-38.
7. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol.* 2003;43(2):9-13.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2):15-26.
9. Dicionário Médico Enciclopédico Taber. Rio de Janeiro: Manole; 2000. v.1, p.371, 1265, 1482.
10. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. *Cogitare Enferm.* 2004;9(1):25-32.
11. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of Quality of Life Index. *Res Nurs Health.* 1992;15(1):29-38.
12. Fleck MPA. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Muncial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):33-8.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich GV, Vieira G, Santos L, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* 1999;33(2):198-205.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich GV, Vieira G, Santos L, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref). *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
15. Furtado CMR, Schneider UC. Câncer colorretal. *Prat Hosp.* 2005;7(41).
16. Hospital do Câncer [online] São Paulo; 2006 [acesso em 17 nov 2006]. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/indx1.html>
17. Instituto Nacional do Câncer [online] São Paulo; 2006 [acesso em 17 nov 2006]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

18. Kowalski ISG, Sousa CP. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. São Paulo: Departamento de Enfermagem, Universidade Grande ABC: 2003 [acesso em 13 mar 2003]. Disponível em: http://www.hcan.org.br/acta/acta02_21.html
19. Mantovani MF. Sobrevivendo: o significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
20. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
21. Matheus MQ, Leite SMC, Dázio EMR. Compartilhando o cuidado da pessoa ostomizada. *In*: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004 set 12-15; Belo Horizonte: CEUFE; 2004.
22. Michelone APC, Santos VLGC. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2004;12(6): 875-83.
23. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33-8.
24. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto; Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
25. Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol*. 2000; 26(4):207-13.
26. Santos EMM, Bandeira RC, Scianni R, Rossi BM, Lopes A. Complicações de estomas intestinais no tratamento do câncer: análise de 56 casos. *Acta Oncol Bras*. 2002;22:270-5.
27. Santos SR, Santos JBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade : aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2002;10(6):757-64.
28. Santos VLGC, Kimura M. Qualidade de vida e a reabilitação do ostomizado. *In*: Santos VLGC, Cesaretti IUR. Assistência e estomaterapia: cuidados do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2002. p.453-75.
29. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciênc Enferm*. 2003 ;9(2) :9-21.
29. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
30. Smeltzer SC, Bare GB. Tratamento de pacientes com distúrbios intestinais e retais. *In*: Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan ; 2002. p.841-78.
31. Sutcliffe J, Duin N. A history of medicine. New York: Barnes & Noble; 1992. Fighting cancer: from cocktails to cure. p.194-9.

Recebido em 23/11/2006

Aceito em 23/4/2007