

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

STELLA PEREIRA RODRIGUES DA COSTA

**PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA DOS
PORTADORES DE COLOSTOMIA**

JOÃO PESSOA – PB

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

STELLA PEREIRA RODRIGUES DA COSTA

**PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA DOS
PORTADORES DE COLOSTOMIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, na área de concentração: enfermagem fundamental, da linha de pesquisa processo de cuidar em enfermagem, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Emília Romero de Miranda Henriques

JOÃO PESSOA – PB

2007

C 837p Costa, Stella Pereira Rodrigues da.
Perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia. / Stella Pereira Rodrigues da Costa. – João Pessoa, 2007.
103p.il.
Orientadora: Maria Emília Romero de Miranda Henriques
Dissertação (mestrado) – UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Portador de Colostomia.
3. Qualidade de vida

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

STELLA PEREIRA RODRIGUES DA COSTA

**PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA DOS
PORTADORES DE COLOSTOMIA**

Aprovado em, ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Maria Emília Romero de Miranda Henriques
Orientadora – UFPB

Profª Drª. Elizabete Regina Araújo Oliveira
Membro Efetivo – UFES

Profª Drª. Maria Julia Guimarães de O. Soares
Membro Efetivo – UFPB

Profª Drª. Solange Fátima Geraldo da Costa
Membro suplente - UFPB

Aos portadores de colostomia e seus familiares que fazem o Centro Paraibano de Ostomizados que contribuíram para a realização deste estudo.

A Maria das Neves da Silva Ancelmo e Elialda Antônio Ferreira, enfermeiras, profissionais essenciais que têm amor à profissão, agradeço pela disponibilidade em me ajudar, no sentido de permitir minha chegada aos pacientes para o desenvolvimento desta dissertação.

A todos os portadores de colostomia e familiares. Aos profissionais de saúde, alunos e a quem desejar desfrutar deste estudo.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, meu pai que me escolheu, que está presente em todas as horas e situações de minha vida e que fica à frente me conduzindo no caminho em que devo andar.*

*À minha **mãe**, Alina (in memoriam), exemplo de força, de amizade e perseverança.*

*Ao meu **pai** José, pai e ter-me dado o dom da vida.*

*A **Neto**, meu marido, por estar sempre presente, dando-me força e apoiando-me em tudo que desejo realizar.*

*Aos meus **familiares**, pelo apoio, ajuda e compreensão durante esse percurso.*

*À minha professora e orientadora Doutora **Maria Emília Romero de Miranda Henriques** meu profundo sentimento de gratidão, por ter acreditado em mim e aceitado o convite para a orientação deste trabalho. Também pelo incentivo, compreensão em todo o percurso de minhas atividades e pela competência com que exerce suas atividades, trazendo conhecimento para aqueles que a cercam.*

*A **Ana Paula Marques** e **Gisélia Araújo**, minhas amigas, presentes, companheiras. que compartilharam comigo todos os momentos desse percurso.*

*À professora Doutora **Maria Júlia Guimarães de O. Soares**, pela disponibilidade e atenção que demonstrou em todo o percurso do mestrado e pela aceitação em participar da banca examinadora.*

*À professora Doutora **Solange Fátima Geraldo da Costa** pela atenção e ensinamentos no decorrer do programa.*

*À professora Doutora. **Elizabete Regina Araújo Oliveira** pela contribuição fornecida na revisão da dissertação e aceitação em participar da banca examinadora.*

*À coordenadora e à vice-coordenadora do curso de Mestrado em Enfermagem, professoras **Dr^a Maria de O. F. Filha** e **Dr^a Wima Fontes Dias**, pelas orientações e acompanhamento no curso de Pós-Graduação.*

*Ao professor **Dr. César Cavalcanti** e à professora **Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega**, pela acolhida, apoio e orientações no curso do programa de pós-graduação.*

*A professora **Elizalva Félix de Oliveira** pela presteza e atenção dedicada na realização da formatação da dissertação.*

*A **todos os professores** do mestrado, pelo incentivo durante toda essa jornada.*

*Aos **Funcionários do mestrado**, pela atenção dispensada.*

*Aos **colegas da turma**, pelo compartilhamento desta trajetória.*

*À chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley, na pessoa da enfermeira **Edleide Raulino Barros**, pela compreensão.*

*À chefia de enfermagem da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley enfermeira **Ellen Norat**, pela compreensão para a realização deste estudo.*

*As **colegas enfermeiras** da clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley pela ajuda e compreensão.*

*A **Rodrigo César A. P. Farias**, pela tradução para a construção do Abstract.*

*A. **Kaila Medina Alarcon** pela tradução para a construção do Resumen.*

*A **Roberta Henriques**, presente comigo desde o início da realização deste sonho.*

*À professora **Nivaldete Nicácio** pelo respeito, apoio e revisão lingüística.*

*A **Ana Cláudia**, pela realização da estatística.*

*A **todos** que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão desta etapa da minha vida.*

Obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha filha Alice, meu fruto, graça de Deus, amor de minha vida, que durante todo o percurso do mestrado esteve presente, desde meu ventre até o decorrer de seu primeiro aninho de vida, concedendo minhas ausências para a realização deste valiosíssimo estudo.

*A vida tem seus encantos
mas o maior deles
é se encantar consigo mesmo.*

Maria Emília R. de M. Henriques

RESUMO

COSTA, Stella Pereira Rodrigues da. **Perfil da qualidade de vida dos portadores de colostomia**. 2007. 104f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Este estudo teve como objetivo traçar o perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia. Foi avaliada a partir do perfil sócio-demográfico, dos sinais e sintomas do portador de colostomia e por seis escalas referentes a Capacidade Física, Função Psicológica, Estado de Ânimo Positivo, Estado de Ânimo Negativo, Função Social e Bem Estar Social do módulo central do instrumento PECVEC. Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro Paraibano de Ostomizados, no município de João Pessoa-PB, aplicado a uma amostra 18 portadores de colostomia definitiva. Os resultados demonstraram que os portadores de colostomia apresentaram mais qualidade de vida nas escala de estado de ânimo negativo, bem-estar social, função psicológica, função social, estado de ânimo positivo e capacidade física. Foi observada uma diminuição da qualidade de vida ao longo do tempo de colostomizado Isso pode ter acontecido devido a todos os pacientes em estudo apresentarem colostomia definitiva, tendo que realizar atividades rotineiras no manuseio da bolsa coletora. No entanto, a escala V de função social foi a exceção, pois a qualidade de vida dos pacientes do estudo foi diminuída em relação aos que tinham até 5 anos de realização da colostomia talvez devido a este pacientes não conseguirem realizar atividades diárias de lazer e conversar sempre sobre suas preocupações, devido ao impacto causado pelo procedimento a que foram submetidos. Foi observado que quanto menos incômodo foi sentido nas mudanças de vida diária, no trabalho e nos estudos, nos sentimentos de tristeza e na interrupção do sono, os portadores de colostomia sentiram maior qualidade de vida. Vê-se, portanto, a importância de que o perfil da qualidade de vida do portador de colostomia seja traçado periodicamente pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde que assistem esses pacientes, para servir de suporte nas prevenções do comprometimento das atividades cotidianas e promover melhoria no enfrentamento da realidade sentida com o passar do tempo. Percebe-se a importância geral dos escores obtidos nos instrumentos deste estudo que apresentaram uma boa qualidade de vida apesar das fragilidades identificadas. Essa qualidade de vida pode ser devido a participação dos portadores pesquisados em reuniões contínua no CPO, onde recebem e transmitem orientações sobre o seu estado de ser um portador de colostomia temporária ou definitiva, trocando vivências visando o bem estar físico, social e mental do ostomizado. Espera-se que outros estudos venham complementar este para que o assistir ao paciente colostomizado seja contínuo e proporcione a identificação de outras fragilidades que possam ser identificadas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que são submetidas a uma colostomia definitiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Portador de Colostomia. Qualidade de vida.

ABSTRACT

COSTA, Stella Pereira Rodrigues da. Profile of quality of life of the colostomy bearer. 2007. 104f. Dissertation (Master) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

This study had as objectives to trace the profile of quality of life of the colostomy bearer. It was evaluated starting from the social-demographic profile, signs and symptoms of the colostomy bearer and by means of six scales referring to Physical Capability, Psychological Function, State of Positive Animus, State of Negative Animus, Social Function and Welfare of the central module of the instrument PECVEC. It concerns an exploratory study with quantitative approach, developed in the Paraíba Ostomized Patient Centre, in Joao Pessoa city, state of Paraíba, applied to an 18-definitive-colostomy-bearer sample. Results showed that colostomy bearer exhibited better quality of life in the state of negative animus, welfare, psychological function, social function, state of positive animus and physical capability scales. It was observed a decrease of quality of life along passing time in the condition of colostomized. This may have taken place due to the fact that all the patients in the study had definitive colostomy, being to accomplish routine activities in the handling of the collector bag. However, the V scale of social function was the exception, for the quality of life of the studied patients was diminished in relation to those ones who had gone through colostomy for five years, maybe because such patients could not accomplish their leisure daily activities and talking about their concerns, due to the impact caused by the procedures to which they were submitted. It was observed that the less discomfort in the changes of daily life, work, study, sadness feelings and sleep alteration the more the colostomy bearers got a better quality of life. We can see, therefore, how important it is that nurses and other health professionals trace the profile of the quality of life of the colostomy bearer assisted by them, to serve as support to prevention of the endangerment of habitual activities and to promote an improvement in facing reality experienced along time. It is remarkable the general importance of the scores obtained in the instruments of the patients in the present study who exhibited a good quality of life despite of the fragilities identified. This quality of life can be consequence of the participation of the colostomy bearers who took part in this study in continuous meetings in the OPC, where they receive and transmit orientations about their definitive or temporary condition of colostomy bearer, exchanging experiences seeking physical, social and mental of the ostomized patient. We expect that other studies come to complement this one so that assisting the colostomized patient can be continuous and provide the identification of other fragilities to improve the quality of life of these people who go under a definitive colostomy.

Key words: Nursing. Colostomy Bearer. Quality of Life.

RESUMEN

COSTA, Stella Pereira Rodrigues da. Perfil de la calidad de vida del portador de colostomía. 2007. 104f. Disertación (Maestría) Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Federal de Paraíba.

Este estudio tuvo como objetivo marcar el perfil de la calidad de vida del portador de colostomía. Fue evaluada a partir del perfil socio – demográfico, de las señales y síntomas del portador de la colostomía y por seis escalas referentes a la Capacidad Física, Función Sicológica, Estado De Animo Positivo, Estado De Animo Negativo, Función social y bienestar social del módulo central del instrumento PECVEC. Se trata de un estudio del tipo exploratorio con un abordaje cuantitativo desarrollada en el Centro Paraibano de Ostomizados. En la municipalidad de João Pessoa-PB fue aplicada una muestra de 18 portadores de colostomía definitiva. Los resultados demostraron que los portadores de colostomía presentaron más calidad de vida en las escalas de estado de ánimo negativo, bienestar social, función psicológica, función social, estado de ánimo positivo y capacidad física. Fue observada una disminución de la calidad de vida a lo largo del tiempo del colostomizado, eso puede haber sucedido debido a que todos los pacientes en estudio presentaron colostomía definitiva, teniendo que realizar las actividades diarias en el manejo de la bolsa colectora. Sin embargo, la escala V de la función social fue la excepción, pues la calidad de vida de los pacientes del estudio fue disminuida en relación a los que tenían hasta los 5 años de realización de la colostomía tal vez esto debido a que estos pacientes no consiguieron realizar las actividades diarias como diversión y conversación siempre sobre sus preocupaciones, debido al impacto causado por el procedimiento a que fueron sometidos. Fue observado que cuanto a menos molestias fueron sentidos en los cambios de su vida diaria, en el trabajo y en los estudios, en los sentimientos de tristeza y en la interrupción del sueño, los portadores de colostomía sintieron mayor calidad de vida. Se observa por tanto la importancia de que el perfil de la calidad de vida del portador de colostomía sea marcado periódicamente por los enfermeros y por los otros profesionales de salud que acompañan a esos pacientes, para servir de soporte en las prevenciones del comportamiento de las actividades cotidianas y promoviendo mejoría en el enfrentamiento de la realidad sentida con pasar del tiempo. Se percibe la importancia general de los scores obtenidos en los instrumentos de los pacientes de este estudio que presentan una buena calidad de vida a pesar de las fragilidades identificadas. Esta calidad de la vida puede ser consecuencia de la participación de los portadores de colostomía que participaron en este estudio en las reuniones continuas en la OPC, en el que recibir y transmitir orientaciones acerca de su condición temporal o definitiva de colostomía portador, que buscan el intercambio de experiencias físicas, sociales Y mental de la ostomized paciente. Se espera que otros estudios vengan a complementar esté para que la asistencia al paciente colostomizado sea continua y proporcione la identificación de otras fragilidades que puedan ser identificadas para mejorar la calidad de vida de esas personas que son sometidas a una colostomía definitiva.

Palabras llaves: Enfermería. Portador de Colostomía. Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, idade, estado civil, nível de instrução e tempo de realização da colostomia.	34
Tabela 2	– Confiabilidade do Módulo Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia	36
Tabela 3	– Frequência e medidas descritivas para as respostas dadas às questões do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia	37
Tabela 4	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala I (Capacidade Física)	44
Tabela 5	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade e vida da escala II (Função Psicológica)	49
Tabela 6	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala III (Estado de Ânimo Positivo)	54
Tabela 7	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala IV (Estado de Ânimo Negativo)	58
Tabela 8	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala V (Função Social)	62
Tabela 9	– Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala VI (Bem Estar Social)	66
Tabela 10	– Relação entre o tempo de colostomizado e a qualidade de vida	70
Tabela 11	– Correlação de Pearson entre o módulo de sinais e sintomas do portador de colostomia e as escalas do módulo de qualidade de vida	75
Tabela 12	– Escores médios e desvios-padrão para as escalas relativas ao módulo central de qualidade de vida do instrumento PECVEC	79

SUMÁRIO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DOS PORTADORES DE COLOSTOMIA	34
4.2 TESTE DE CONFIABILIDADE DO MÓDULO SINAIS E SINTOMAS DO PORTADOR DE COLOSTOMIA	36
4.3 RESULTADOS IDENTIFICADOS A PARTIR DA APLICABILIDADE DO MÓDULO SINAIS E SINTOMAS DO PORTADOR DE COLOSTOMIA E QUALIDADE DE VIDA	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B – Instrução para o Paciente	
Apêndice C – Módulo Central de Qualidade de Vida	
ANEXOS	
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW	
Anexo B – Módulo sóciodemográfico	
Anexo C – Módulo de Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia	

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A qualidade de vida de todos os indivíduos e em todas as nações tem sido uma preocupação. Não se trata de um conceito novo do termo, mas de um tema marcante do nosso tempo que vem provocando reflexões de natureza teórica e também influenciando sobre decisões de ordem prática da vida. A necessidade de mensurar a qualidade de vida tem sido considerada, na atualidade, um parâmetro fundamental na compreensão do binômio saúde-doença.

A qualidade de vida pode ser considerada como a variedade de um potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS – ABRASO, 2005).

Silva (2001) acrescenta que a qualidade de vida é um conceito que varia de um indivíduo para outro, de classes sociais, de lugares e ocasiões, de épocas e culturas diversas, porém com sua importância influenciando de forma positiva na rotina diária das pessoas, da família, do trabalho, dos aspectos sociais e econômicos, da religião, do lazer, do estado de saúde mental e físico.

Nessa perspectiva, observa-se que para se ter qualidade de vida, é importante que as pessoas se sintam satisfeitas em vários aspectos, principalmente naqueles que são considerados essenciais em sua vida. A manutenção da integridade do ser humano é muito importante para que o indivíduo se sinta bem consigo e com os outros. Qualquer evento que promova a quebra dessa integridade, a exemplo de uma cirurgia, pode trazer sérios problemas de ordem física, psicológica e social.

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Isso se deve ao importante papel desempenhado por elas na morbimortalidade da população mundial, não sendo privilégio apenas da população mais idosa, já que também as doenças crônicas atingem os jovens e adultos em idade produtiva. Entre essas doenças encontram-se as causas que originam a realização da colostomia.

Conforme Silva; Pereira e Mesquita (2004) a realização de uma ostomia é feita quando se deseja criar cirurgicamente uma comunicação de uma víscera com o meio externo. Também mencionam que, dependendo do local a ser exteriorizado,

esse procedimento receberá diversas definições, como: traqueostomia, esofagostomia, ileostomia, gastrostomia, jejunostomia, nefrostomia, ureterostomia, colostomia. Este tipo de procedimento é temido pelas pessoas não só pelo ato cirúrgico em si, mas também pelas limitações decorrentes da própria patologia, entre elas as amputações, as ostomias e outras que interferem na qualidade de vida dos indivíduos.

O tipo de ostomia que se vai abordar neste estudo é a colostomia. A razão para se realizar uma colostomia são diversas como perfurações acidentais no abdome, câncer no reto ou no intestino grosso, dentre outras (O QUE É UMA OSTOMIA, 2005).

A colostomia é uma intervenção cirúrgica feita pela abertura do ostoma ao nível de cólon, podendo ser realizada no cólon ascendente ou direito, no cólon transversal ou transversostomia, cólon descendente ou esquerdo e no cólon sigmóide (SILVA; PEREIRA, MESQUITA, 2004).

Essa incisão no cólon, ou seja, no intestino grosso, que cria uma abertura artificial, o ostoma, tem a finalidade de eliminar os dejetos do organismo por impossibilidade de o indivíduo fazê-lo por vias consideradas normais. Devido às suas características, o conteúdo excretado pelo portador de colostomia não pode ser controlado voluntariamente, fazendo-se necessária utilização de uma bolsa de coleta de fezes (TEXAS PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES, 2005).

Gemelli e Zago (2002) referem que as colostomias temporárias são realizadas para proteger uma anastomose (ligadura de um órgão a outro), tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo; já as definitivas ocorrem quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, o que ocorre geralmente nos casos de carcinoma. Os autores mencionam também que os pacientes com colostomias definitivas requerem apoio contínuo, pois podem ocorrer problemas com a auto-imagem, já que esse tipo de intervenção cirúrgica acarreta uma série de mudanças na vida diária do paciente.

Pelo desconhecimento dessa realidade como um todo, o enfermeiro e demais profissionais da área de saúde podem não desenvolver esse cuidado de forma abrangente. Devem-se considerar as dimensões físicas, psicológicas e sociais, uma vez que o impacto da realização da colostomia repercute

principalmente na auto-estima e no auto-cuidado; assim esse tipo de paciente demanda cuidados contínuos no âmbito hospitalar e ambulatorial. Assim Gemelli e Zago (2002) acrescentam que os colostomizados enfrentam dificuldades no que se refere à continuidade do cuidado e rotina diária após a alta hospitalar. Esse impacto da realização de colostomia repercute principalmente na auto-estima e no auto-cuidado.

Percebe-se que além dos problemas comumente enfrentados pelos pacientes que são submetidos a uma cirurgia, diversas situações podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos colostomizados, entre elas pode-se referir o aspecto físico, uma vez que o paciente terá que conviver com a mudança fisiológica na forma de eliminação das fezes e todas as implicações decorrentes dessa alteração, como o odor das fezes, gases e o uso obrigatório de um dispositivo aderido ao abdome, o que pode gerar isolamento. Relacionadas a esses odores das escórias depositadas, há as dificuldades em cumprir tarefas diárias e trabalho físico dentre outras atividades (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Há, também, situações em que podem ocorrer outras limitações do paciente colostomizado, como a falta de apoio psicológico e de esclarecimento sobre sexualidade e a insegurança em assumir um novo relacionamento; a exposição do corpo para o parceiro pode prejudicar o relacionamento afetivo, a tranqüilidade, a esperança, o bom humor. Outra situação que pode vir a afligir o ostomizado é o medo de retornar às atividades profissionais e à vida social, devido ao medo de rejeição dos colegas e à dificuldade em manter-se no contexto.

O manuseio da bolsa coletora e o odor das fezes pode impedir que o portador de colostomia estabeleça as mesmas relações de sua vida anterior ao procedimento cirúrgico. Diante do exposto, percebe-se que a convivência com tais limitações pode levar os colostomizados a um processo de dificuldade de aceitação pessoal, comprometendo diretamente a sua qualidade de vida. Marques (1996) menciona que qualidade de vida se dá pela valorização que o indivíduo dá a vários aspectos que considera importantes em sua vida.

Partindo da problemática relacionada ao contexto físico, psicológico e social do paciente colostomizado, meu interesse em trabalhar com esse tema originou-se, inicialmente, no programa de pós-graduação em nível de especialização, quando elaborei minha monografia com a temática qualidade de vida

dos enfermeiros. No decorrer de minha vida profissional como enfermeira assistencial em clínica cirúrgica e centro de terapia intensiva, aumentou o meu interesse ao deparar-me com pacientes em pós-operatório de colostomias os quais se sentiam limitados, desconfortados e preocupados em referência à sua auto-imagem e ao auto-cuidado. Percebi - pela verbalização de sentimentos de rejeição - que estes se sentiam receosos em se aproximar dos familiares e dos amigos, devido ao odor exalado através da bolsa coletora. Há ainda o medo de não mais realizar suas atividades diárias como antes o faziam, de não poder ter atividades de lazer com amigos, assim, eles não relaxam frente às dificuldades que poderiam encontrar após a realização da colostomia.

Essas duas situações serviram de motivação no sentido de trabalhar a qualidade de vida do paciente colostomizado. Ao ingressar no mestrado, enquanto aluna inserida na área de concentração enfermagem em atenção à saúde surgiu à oportunidade de trabalhar a qualidade de vida do paciente colostomizado como objeto de minha dissertação, culminando com o seguinte questionamento: Qual o perfil da qualidade de vida dos portadores de colostomia após seu retorno às atividades diárias? Para responder a esse questionamento, objetivo neste estudo: Traçar o perfil da qualidade de vida dos portadores de colostomia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O termo qualidade de vida como conceito vem sendo usado desde a Segunda Guerra Mundial. Para muitos, significa “boa vida”, mas é considerado um termo de definição múltipla e diversificada, com visão uni e multidimensional, apresentando componentes subjetivos, caracterizados pelos fatores intrínsecos, ou seja, satisfação pessoal; e os componentes objetivos, de caráter extrínseco, referentes aos recursos materiais e capacidade física (SOUSA, 1999).

A qualidade de vida, de acordo com o autor acima referenciado, foi utilizada primeiramente para aferir o crescimento econômico da sociedade. Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram os indicadores econômicos que comparavam a qualidade de vida em diversas cidades e culturas. Com o passar dos anos, seu conceito modificou-se e além dos fatores econômicos e culturais, integrou o bem-estar social. Nos anos 60, percebeu-se que os indicadores de mensuração da qualidade de vida objetiva não eram suficientes para mensurar a qualidade de vida dos povos, e seria necessário avaliá-la subjetivamente, valorizando a opinião do indivíduo.

Na área de saúde a qualidade de vida tem sido utilizada para distinguir as diferenças individuais de cada pessoa (paciente) e avaliar a conduta terapêutica utilizada pelos profissionais. Antes a conduta médica era focada no diagnóstico e no tratamento, e o resultado que se obtinha era saber se houve a melhoria da morbidade e se ocorreu ou não a mortalidade. Mas esse enfoque tem mudado e as condutas agora têm sido através de medidas de mensuração subjetiva referentes ao bem-estar e à qualidade de vida (PASCHOAL, 2000).

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) “qualidade de vida é a percepção definida em termos da distância entre expectativas individuais e realidade.” E ainda complementam que, quanto menor é essa distância, melhor é a qualidade de vida. Referenciam também que, para a OMS, a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, de sua posição no centro, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em relação aos seus objetivos, expectativas de vida, dos padrões e preocupações pessoais.

A conceituação de qualidade de vida vem sofrendo modificações, transcendendo a visão biológica sobre saúde e doença para um conceito multidimensional, com características subjetivas, como atividade social, estado

psicológico, estado físico e expectativas de tratamento (FLETCHER, 1987 apud FARAVATO, 2000).

Bertoncello (2004) confirma a diversidade de conceitos referentes à qualidade de vida. Esses conceitos mudam a cada momento que o indivíduo muda o seu pensamento, a sua valorização pessoal; o que torna a qualidade de vida em constante movimento e com uma dinâmica própria. Assim, qualidade de vida se caracteriza como um conceito de alto nível de abstração e possui vários significados, que são diferentes para cada indivíduo, para cada cultura e para cada época.

Nessa perspectiva, Minayo; Hartz e Buss (2000) dizem que o termo qualidade de vida reflete conhecimentos, experiências e valores individuais de acordo com a sua época, seus valores e seus anseios. Também Moreira (2001) define que a qualidade de vida se expressa através do plano cultural, pois pode ser observada através das diferentes civilizações: americana, européia, asiática, dentre outras. Percebe-se portanto, que a literatura vem se tornando unânime em afirmar que o conceito de qualidade de vida depende da avaliação pessoal e individual que cada um faz, dependendo de sua cultura e de suas necessidades pessoais de bem-estar.

Na tentativa de resumir a complexidade do conceito de qualidade de vida com relação à cultura e realidades sociais, foram construídos diversos instrumentos para sua mensuração. Cada instrumento tem sua singularidade: alguns a tratam como indicador de saúde, outros de questão econômico-social. O que se percebe é que os instrumentos procuram avaliar a qualidade de vida em curto espaço de tempo, sete dias, devido a qualidade de vida pessoal manter-se, como relatado anteriormente, em constante movimento (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Entende-se que a avaliação da qualidade de vida envolve uma extensão de fatores, físicos, psicológicos e sociais, o que torna necessária a elaboração de um instrumento direcionado e individualizado para um grupo específico. Instrumento este que seja confiável, preciso e utilizável. Este deve ser utilizado por uma equipe interdisciplinar, pois somente assim contribuirá para o melhor nível de assistência e poderá ser empregado por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nessa última década, houve um crescimento na elaboração de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins. A aplicação transcultural

através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores apontam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida pode não ser ligado à cultura enquanto outros mencionam que ela muda de cultura para cultura (FOX-RUSHBY; PARKER, 1995, apud WHOQOL GROUP, 1998).

Entre os primeiros instrumentos, destaca-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado com a intenção de tratar aspectos econômicos. O IDH inspirou a construção do Índice de Condições de Vida (ICV), que se refere a situações de vida, como renda, educação, lazer entre outras. Outro tipo de instrumento foi o Índice de Qualidade de Vida, que além dos fatores como trabalho, moradia, saúde, inclui outros como dinheiro, qualidade do ar, transporte (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A busca por um instrumento para avaliar a qualidade de vida dentro da perspectiva internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo. O resultado foi a elaboração do WHOQOL-100 por especialistas desta organização. Esse instrumento consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: domínios psicológicos, físicos, nível de dependência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças sociais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada uma dessas facetas composta por quatro perguntas e mais uma vigésima quinta pergunta geral sobre qualidade de vida. (WHOQOL GROUP, 1998).

Outro instrumento com utilidade para traçar o perfil de qualidade de vida de enfermos crônicos é o PECVEC. Trata-se de um instrumento alemão, com versão espanhola, que permite fazer-se um adendo com questões pertinentes à patologia, enfocando a qualidade de vida relacionada com a saúde e empregada como uma característica resumida de aspectos concretos, no que se refere ao bem-estar e à capacidade de atuação das pessoas que padecem de uma limitação decorrente de uma enfermidade crônica. O PECVEC favorece a aferição da qualidade de vida de forma adequada, facilmente compreensível e aplicável (SIEGRIST; BROER; JUNGE, 1997). Foi utilizado no estudo realizado por Henriques, objetivando aferir o perfil de qualidade de vida em mulheres que foram submetidas a mastectomia. Foi realizado com 16 mulheres espanholas em associações de auto-ajuda para mulheres mastectomizadas para depois, através de orientações, promover favoravelmente a evolução de uma qualidade de vida melhorada (HENRIQUES et al., 2004).

Enfim, têm sido propostos diversos instrumentos visando avaliar a qualidade de vida de pacientes com diversos problemas de saúde e estes, de forma geral, se apóiam em teorias para a seleção do procedimento de mensuração que considera três correntes para sua construção, de acordo com Bowling (1991 apud MINAYO, HARTZ, BUSS, 2004): a primeira trata do Funcionalismo, que define um estado normal para cada idade e função social; seu desvio, a morbidade. É caracterizada por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades. Outra corrente é a Teoria do Bem-Estar, que explora as relações subjetivas da experiência de vida, buscando a competência do indivíduo na minimização dos problemas. E, por fim, a Teoria da Utilidade, também denominada Teoria Econômica, que tem bases econômicas. permitindo a estruturação de decisões. Reflete as preferências diante da incerteza, no caso da saúde, procurando comparar determinados estados de saúde para após, resolver a decisão que deve ser definida.

Referente à aferição da qualidade de vida em pacientes ostomizados, Santos e Cesaretti (2000) mencionam que, nos últimos 20 anos, diversos autores realizaram estudos sobre a teoria. Dentre estes, destacam-se Deeny e Mccrea, cujo estudo objetivou examinar o conceito de qualidade de vida em ostomizados a partir das suas necessidades básicas.

Já no Brasil, Santos e Cesaretti (2000) referem que a literatura acerca da qualidade de vida encontra-se ainda escassa; porém já começam a surgir publicações de dissertações e teses acerca do assunto, com amostras populacionais ainda pequenas, mas que fornecem informações sobre a morbidade e a política de assistência que foram observadas em trabalhos sobre a adaptação na esfera psicossocial baseados na Teoria da Adaptação de Callista Roy e também no desenvolvimento de uma prática assistencial individualizada ao ostomizado, em busca do sucesso no processo de reabilitação para alcançar a qualidade de vida (SANTOS; CESARETTI, 2000).

Nesse sentido, a mensuração da qualidade de vida vem se concentrando nas doenças consideradas crônicas. A Organização Mundial de Saúde considera que a qualidade de vida deve ser medida em cinco grupos: os pacientes crônicos, os familiares dos pacientes com doenças crônicas, profissionais que orientam os pacientes com doenças crônicas, pessoas com dificuldade de comunicação e crianças.

Referente à modalidade de aplicação dos instrumentos, os autores acima ainda classificam os instrumentos como genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos têm a finalidade de refletir sobre as doenças na vida do cliente, em ampla variedade, sobre os aspectos de saúde e desconfortos físicos e emocionais. Já os instrumentos específicos mensuram a qualidade de vida dos portadores de determinadas doenças, como a asma e a insuficiência coronariana. Contempla ainda a população de idosos de determinado grupo ou de forma individual, entre outros (BERTONCELLO, 2004).

Favarato (2000) acrescenta que esse tipo de instrumento específico de qualidade de vida proporciona uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto do doente ou doença em estudo. Sua principal característica é a capacidade de detectar mudanças após as intervenções fornecidas.

O paciente colostomizado encontra-se no grupo para aferição da qualidade de vida. Como relata a literatura quando se refere à medição em pacientes crônicos em se tratando de período pós-operatório com procedimento cirúrgico permanente, o instrumento de qualidade de vida será utilizado para avaliar os resultados de tal procedimento na vida do cliente, na sua capacidade de reintegração à sua vida ativa rotineira.

Assim, Sousa (1999) refere que as cirurgias consideradas mutiladoras, por trazerem modificações na imagem corporal do cliente, trazem alterações de ordem física, psicológica e social; isso conseqüentemente irá influenciar na qualidade de vida. Nesse sentido o estilo de vida do paciente colostomizado pode sofrer mudanças significativas, por isso faz-se necessário identificar suas necessidades no sentido de o orientar para desenvolver um estilo de vida saudável, o que implica diretamente na qualidade de vida desses pacientes que são submetidos a esse tipo de procedimento.

Após o procedimento cirúrgico que resulta em colostomia, quando o paciente começa a se recuperar, ele se defronta com as modificações fisiológicas e a necessidade de adaptações para a sua nova condição. Nesse momento, o colostomizado pensa em como reiniciar a sua vida, ou seja, incorporar suas preocupações relacionadas às questões mais práticas para a sua vida, como possibilidades de realizar o auto-cuidado e de manter suas atividades sociais, interpessoais, laborais e de lazer anteriores à cirurgia. O paciente colostomizado se

depara com o estoma no período pós-operatório, passa a lidar com uma nova realidade e esse impacto vai determinar alterações na imagem corporal, assim como sentimentos, reações e comportamentos diferentes do que apresentava antes do estoma. Além desse impacto, a própria doença e os cuidados pós-operatórios podem vir causar sofrimento, dor, deteriorização do corpo e/ou da vida, incertezas, mitos relacionados ao estoma e rejeição social.

Quando o paciente percebe essa sua nova condição de colostomizado, atenta para as mudanças fisiológicas, gastrintestinais, emocionais e sociais, então ele percebe que podem ocorrer mudanças relacionadas ao seu dia-a-dia, que vão interferir na sua vida; portanto torna-se inseguro e adota posturas de isolamento. Para o paciente, o momento da realização da colostomia pode ser definido como o momento de comparação ao luto, de perda, por ele considerar esse procedimento mutilante. Esses sentimentos, essas perdas, enfim, essas alterações podem ser mensuradas para saber o quanto se modificou a vida do paciente, como também para promover-lhe um atendimento especializado, objetivando que ele encontre forças para aceitar e trabalhar esses sentimentos e se auto-cuidar.

Com esse propósito, vale salientar a existência no Brasil, de dois elementos essenciais no processo de reabilitação dos ostomizados, que são a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) e os Grupos de Auto-Ajuda. A ABRASO é uma associação civil, fundada em 17 de novembro de 1985, sem fins lucrativos, de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, voltada para a Defesa dos Direitos da Pessoa com Ostomia, desde recém-natos até a terceira idade. Esses tipos de agrupamento oferecem suporte social nas alterações de mudança sofridas pelo paciente, promovendo uma busca na qualidade de vida (SANTOS; CESARETTI, 2000). Vêm crescendo também cursos especializados voltados para o fornecimento de orientações e cuidados aos portadores de colostomias referentes aos aspectos físicos, psicológicos e sociais (SOCIEDADE BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS, 1998).

Os aspectos físicos referem-se às questões da ostomia propriamente dita – o paciente terá que conviver com a mudança fisiológica. Já nos aspectos psicológicos, uma das preocupações para o cuidado é a alteração da imagem corporal, que leva à sensação de mutilação e rejeição de si mesmo; por outro lado, os problemas sociais podem decorrer da insegurança causada pela qualidade dos

materiais e equipamentos utilizados. Muitas vezes o paciente pode se sentir vulnerável e isolar-se tanto do convívio familiar quanto social.

Portanto, tendo em vista a complexidade vivenciada pelo ostomizado referente a impactos físicos, psicológicos e sociais, verifica-se a busca de melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Os pacientes ostomizados demandam cuidados sob vários aspectos, considerando-se que a colostomia vista por alguns como uma mutilação, pode interferir decisivamente na qualidade da vida das pessoas que são submetidas a esse tipo de procedimento cirúrgico.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa foi do tipo exploratório que, para Gil (1995) é desenvolvida com a finalidade de proporcionar uma visão geral acerca de um determinado assunto. A abordagem mantém relação com a quantidade, que “trabalha com a estatística para quantificar os fenômenos visíveis e concretos” (MINAYO et al., 1995).

O estudo foi desenvolvido no Centro Paraibano de Ostomizados (CPO) na cidade de João Pessoa - PB. Trata-se de uma entidade pública sem fins lucrativos, que objetiva assistir as pessoas portadoras de colostomia, ileostomia e urostomia provisórias e definitivas, propondo-lhes a reabilitação bio-psicossocial e prestando-lhe assistência imposta pelo estoma.

No CPO, uma equipe multiprofissional assiste o paciente ostomizado, onde fazem parte desta integração: médico, psicólogo, nutricionista, assistente social e enfermeiro. Esse Centro é reconhecido como uma importante entidade no atendimento a colostomizados. Desenvolve um trabalho voltado para a revisão terapêutica com palestras, entrevistas e orientações individuais e em reuniões de grupo de ostomizados, bem como para a distribuição de bolsas coletoras drenáveis que são fornecidas pelas Secretarias de Saúde do Estado e Município.

Este estudo, inicialmente, foi submetido à qualificação e depois encaminhado ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Após sua aprovação foi conduzido à Comissão de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da referida universidade. Foram cumpridos os critérios contidos na Resolução 196/96, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde. Aos participantes do estudo foram garantidos o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa do estudo. Cada participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) (BRASIL, 1996).

A população em estudo foram 33 portadores de ostomias que participam continuamente das reuniões no Centro Paraibano de Ostomizados. Dessa população, 18 colostomizados adultos, sendo 8 do sexo masculino e 10 do feminino, fizeram parte da amostra do estudo. Estes aceitaram participar do estudo, obedecendo aos critérios: estarem presentes na reunião de ostomizados no período da coleta de dados para orientação no preenchimento do instrumento de pesquisa, desejarem participar da pesquisa e serem colostomizados. Vale salientar que o

instrumento foi aplicado em duas reuniões de ostomizados (contemplando os dois turnos) na referida entidade, e que os participantes restantes presentes na reunião não obedeceram aos critérios da amostragem.

Para fins de esclarecimento, como o universo de ostomizados inscritos no CPO é bem abrangente, a participação destes nas reuniões da entidade gira em torno de uma média de 40 participantes em reuniões mensais. Isto quer dizer que a inscrição dos associados no CPO não está relacionada à participação constante nas reuniões mensais. A escolha da aplicação do instrumento em reuniões, deve-se à possibilidade de se congregarem um maior número de pacientes colostomizados no período da coleta; o que facilitou a abordagem por parte da pesquisadora – uma vez que esses pacientes não aceitaram ser entrevistados em sua residência (informação evidenciada através de conversas informais com eles). Esse fato veio definir a escolha do cenário para aplicação do instrumento, haja vista que os ostomizados foram ao CPO em busca das bolsas coletoras. Nessa perspectiva, com relação à limitação da amostragem, este estudo não busca generalização para o universo, mas para a amostra escolhida, no sentido de contribuir para a qualidade de vida desses pacientes que participam continuamente das reuniões mensais na associação de ostomizados.

O instrumento de pesquisa escolhido foi o Perfil de Qualidade de Vida em Enfermos Crônicos – PECVEC, numa versão alemã com tradução para o espanhol. O PECVEC responde a uma concepção multidimensional de qualidade de vida, que considera tanto o bem-estar quanto a capacidade de atuação das pessoas que têm limitações de saúde ou que sofrem de alguma enfermidade crônica. Esse instrumento consiste em quatro módulos, sendo um módulo central genérico - não específico e invariável - composto por 40 itens definido como Módulo Central de Qualidade de Vida - engloba 6 dimensões referentes à qualidade de vida relacionada à saúde - (Apêndice C):

- Escala I – Capacidade física: composta por 8 questões. Refere-se à capacidade do rendimento corporal e intelectual, tanto na vida pessoal como na profissional.
- Escala II – Funções psicológicas: composto por 8 questões. Refere-se à capacidade de desfrutar as relações psíquicas, ou seja, capacidade

de regenerações psíquicas: regeneração de apetite, qualidade do sono e a capacidade de compensar os desgostos e decepções.

Obs.: As escalas III e IV constituem o bem-estar psicológico.

- Escala III – Estado de ânimo positivo: contém 5 itens e compreende a harmonia, o bom humor, otimismo e o equilíbrio emocional.
- Escala IV – Estado de ânimo negativo: composto por 8 questões. Refere-se aos aspectos essenciais da harmonia negativa: tristeza, nervosismo, irritabilidade, sentimento de ameaça, desesperança entre outros.

Obs.: As escalas V e VI constituem o estado social.

- Escala V – Função social: contém 6 itens relacionados à capacidade para manter relações e comunicações com outras pessoas. Capacidade para interessar-se por alguém, e abrir-se com alguém.
- Escala VI – Bem-estar social: composto por 5 questões. Abrange o apoio sócio-emocional, aproximação com outras pessoas, ajuda a outras pessoas, e sentimento de solidariedade. (SIEGRIST; BROER; JUNGE, 1997).

Siegrist; Broer e Junge (1997) mencionam ainda que o PECVEC contém outro módulo que engloba perguntas adicionais, caso seja necessária a sua complementação - neste estudo não foi necessário acrescentar o módulo adicional. Outro instrumento composto no PECVEC é o Módulo Sociodemográfico composto por 6 itens (Anexo B), em que foram realizadas modificações para adaptação à cultura brasileira. E, por último, um módulo específico voltado para a enfermidade a que se estuda, podendo este, de acordo com o PECVEC ser elaborado pelo autor da pesquisa a que se propõe composto por 13 itens podendo ter o acréscimo ainda de perguntas adicionais. Este é definido como Módulo de Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia (Anexo C). Acrescenta-se, ainda, que o PECVEC contém um roteiro de instrução para tornar melhor o entendimento dos pesquisados, definido como Instruções para o Paciente (Apêndice C).

Nesta pesquisa utilizaram-se três módulos: o módulo central da qualidade de vida, (Apêndice C), o módulo sociodemográfico (Anexo B) e o módulo de sinais e sintomas do portador de colostomia (Anexo C).

No módulo genérico de qualidade de vida é recomendada a divisão em escalas para o estudo do PECVEC. Abaixo serão relacionadas as questões (Q) do instrumento de acordo com as 6 escalas do PECVEC:

- Escala I – Capacidade Física: Q1*, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7 e Q40*.
- Escala II – Função Psicológica: Q8, Q9, Q10, Q11, Q12, Q19, Q20 e Q21.
- Escala III – Estado de Ânimo Positivo: Q23, Q25, Q28, Q29 e Q34.
- Escala IV – Estado de Ânimo Negativo: Q22*, Q24*, Q26*, Q27*, Q30*, Q31*, Q32* e Q33*.
- Escala V – Função Social: Q13, Q14, Q15, Q16, Q17 e Q18.
- Escala VI – Bem-estar Social: Q35*, Q36, Q37, Q38* e Q39.

No instrumento, nas questões marcadas com * - Q1*, Q22*, Q24*, Q26*, Q27*, Q30*, Q31*, Q32*, Q33*, Q35*, Q38* e Q40* - as pontuações são dispostas em sentido contrário. Estas foram modificadas com base nos dados do PECVEC para serem trabalhadas como as demais.

O instrumento PECVEC encontra-se respaldado na escala de Likert e Gil (1995), define que a escala de Likert consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre um tópico, onde se solicita aos respondentes que indiquem em que grau concorda ou discorda com a opinião expressa no enunciado.

A categoria de pontuação das questões nos instrumentos baseados na escala de Likert do PECVEC são de 0 (zero) a 4 pontos. O item 0 corresponde a 4 pontos para o tratamento estatístico; o item 1, a 3 pontos; o item 2, a 2 pontos; o item 3, a 1 ponto, e o item 4, a 0 ponto.

Para a análise da frequência e das medidas descritivas das questões acerca do módulo central da qualidade de vida, a pontuação é dada na escala tipo Likert, de 0 a 4, em que os valores de 0 e 1 representam uma avaliação negativa; 2,

intermediária; e 3 e 4, uma avaliação positiva. Para o módulo de qualidade de vida a média de intensidades assinaladas em cada questão reflete a qualidade de vida dos pacientes: quanto maior essa média, menor é o incômodo sentido pelo paciente e melhor a qualidade de vida.

A mesma escala é utilizada para o módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, mas a interpretação é feita em sentido contrário. Os valores de 0 e 1 representam uma avaliação; positiva, 2, intermediária; e 3 e 4 uma avaliação negativa. Já para o módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, a média de intensidades assinaladas em cada questão reflete o incômodo sentido pelos pacientes quanto ao sintoma descrito: quanto menor essa média menor é o incômodo sentido pelo paciente e melhor a qualidade de vida.

Após a coleta de dados, estes foram tabulados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 8,0 for Windows. Procedeu-se, portanto, à realização para análise do tratamento estatístico através de técnicas estatísticas para análise descritiva (frequência, porcentagem, medidas de tendências central e medidas de dispersão), confiabilidade dos instrumentos (alfa de Cronbach), comparação entre grupos e correlação (Pearson).

As médias apresentadas nas tabelas representam o resultado da soma de todos os valores, dividido pelo número de participantes. São utilizados para verificar se aquele é um bom indicador para o grupo estudado (POLIT; HUNGLER; BECK, 2004).

O desvio-padrão composto nas tabelas é o índice de variabilidade mais usado e calculado com base em cada valor da distribuição. Ele pode ser interpretado como uma indicação de desvio de erro da média (POLIT; HUNGLER; BECK, 2004). Espera-se que sejam observados baixos valores de desvio-padrão (BUSSAB; MORETTIN, 1987).

A correlação de Pearson trata da dependência entre as funções de distribuição de duas ou mais variáveis, em que a ocorrência de um valor de uma das variáveis favorece a ocorrência de um conjunto de valores das outras variáveis. Conforme Polit, Hungler e Beck, (2004) é o método mais comum para descrever o relacionamento entre duas variáveis.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida de associação entre duas variáveis e seus valores variam de +1 até -1. A correlação é positiva, quando para cada aumento de uma variável há também aumento na outra variável; e é negativa quando as variáveis se relacionam inversamente. Uma correlação igual a zero representa completa ausência de relacionamento entre as variáveis. A correlação da ordem de classificação de Pearson (r) é o índice de correlação geralmente utilizado para as medidas ordinais. O p-valor é a probabilidade de teste de que duas variáveis sejam correlacionadas ou não. Considerando um nível de significância de 5%, tem-se que: se o p-valor for superior a 0,05, afirma-se que não há correlação significativa entre as variáveis; se for menor ou igual a 0,05, diz-se que as duas medidas são correlacionadas (BUSSAB; MORETTIN, 1987).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DOS PORTADORES DE COLOSTOMIA

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, idade, estado civil, nível de instrução e tempo de realização da colostomia

Variável		Frequência	%
Sexo	Masculino	8	44,4
	Feminino	10	55,6
Total		18	100,0
Idade Mínimo = 28 Máximo = 80	Menos de 40 anos	2	11,1
	De 40 a 49 anos	5	27,8
	De 50 a 59 anos	3	16,7
	De 60 anos acima	8	44,4
Total		18	100,0
Estado Civil	Casado e vive com o cônjuge	10	55,6
	Casado e vive separado do cônjuge	2	11,0
	Solteiro	1	5,6
	Divorciado	1	5,6
	Viúvo	3	16,6
	União estável	1	5,6
Total		18	100,0
Nível de instrução	Nenhum	2	11,1
	Fundamental I	6	33,3
	Fundamental II	2	11,1
	Ensino médio	6	33,3
	Curso técnico	1	5,6
	Não declararam	1	5,6
Total		18	100,0
Tipo de colostomia	Definitiva	18	100,0
	Temporária	0	0
Total		18	100,0
Tempo que fez a colostomia (meses) Mínimo = 2 Máximo = 173	Até 12 meses	4	22,3
	De 13 a 36 meses	6	33,3
	De 37 a 60 meses	2	11,1
	Mais de 60 meses	6	33,3
Total		18	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

Conforme se observa na Tabela 1, distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, idade, estado civil, nível de instrução e tempo de realização da colostomia, a amostra deste estudo constituiu-se de 18 pacientes, sendo 8 (44,4%) do sexo masculino e 10 (55,6%) do sexo feminino.

Dentre os entrevistados, 2 (11,1%) têm menos de 40 anos de idade; 5 (27,8%), entre 40 e 49 anos de idade; 3 (16,7%) entre 50 e 59 anos; 8 (44,4%) estão com 60 anos ou mais. Portanto a idade dos participantes deste estudo sofreu uma

variação entre 28 e 80 anos de idade. Observa-se que a maior porcentagem dos portadores de colostomia está na faixa etária de mais de 60 anos. Confirmando os achados, Ortiz et al. (1994 apud KAMEO, 2006) mencionam que a faixa etária entre 60 e 70 anos apresenta maior incidência de carcinoma reto-anal, que pode ser considerada a principal causa para realização da colostomia.

Referente ao estado civil, 10 (55,6%) dos portadores de colostomia são casados e vivem com o seu cônjuge; 2 (11,0%) são casados, mas vivem separados do cônjuge; 1 (5,6%) é solteiro; 1 (5,6%) é divorciado; 3 (16,6%) são viúvos e 1 (5,6%) mantém união estável. Esses dados tornam-se relevantes, quando se considera que o companheiro contínuo e permanente é um apoio para o enfrentamento do estado e para a estabilidade emocional, uma vez que a qualidade de vida encontra-se intimamente ligada ao estado emocional de qualquer ser humano (FREITAS, 2005).

Referente ao nível de instrução, 2 (11,1%) dos pesquisados não têm nenhum nível educacional de instrução; 6 (33,3%) concluíram o ensino fundamental I; 2 (11,1%), o nível fundamental II; 6 (33,3%) cursaram o ensino médio e 1 (5,6%) concluiu o curso técnico. Apenas 1 (5,6%) não declarou o nível de instrução. Esses dados revelam a formação da clientela, confirmando a necessidade de orientação clara e objetiva - devido à formação educacional limitada - para o tratamento e, principalmente, para o auto-cuidado, uma vez que 18 (100%) dos pesquisados da amostra deste estudo apresentam colostomia definitiva.

Referente ao tempo de realização da colostomia, 4 (22,3%) pacientes se submeteram ao procedimento há – até – 12 meses; 6 (33,3%) entre 13 e 36 meses; 2 (11,1%); entre 37 e 60 meses; 6 (33,3%) pacientes são colostomizados há mais de 60 meses. O tempo mínimo de realização da colostomia foi de 2 meses, e o máximo de 173 meses. A presença da colostomia em portadores com mais de 60 anos implica a possibilidade de que os indivíduos tenham se submetido à colostomia com idade inferior a 40 anos devido ao “simples” retardo no diagnóstico do câncer colorretal (um dos indicativos para a realização da colostomia) (LUPINACCI et al, 2003).

4.2 TESTE DE CONFIABILIDADE DO MÓDULO SINAIS E SINTOMAS DO PORTADOR DE COLOSTOMIA

Na tabela 2, encontra-se o teste de confiabilidade do módulo construído pela própria pesquisadora, denominado Módulo de Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia. Justifica-se o teste desse instrumento por ter sido a primeira vez que o mesmo foi aplicado e por este não ter referência no acervo bibliográfico disponível. A construção desse módulo se deu pela permissividade do instrumento-mãe (PECVEC) permitir essa flexibilidade, e por contemplar outros módulos referentes a patologias diversas.

Tabela 2 – Confiabilidade do Módulo Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia

Módulo do PECVEC	Alfa de Cronbach
Sinais e sintomas do portador de colostomia	0,70

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

A confiabilidade de um instrumento é de extrema importância no estudo da fidedignidade de medida. A fidedignidade refere-se à estabilidade dos resultados, ou seja, ao grau de consistência interna do instrumento. Para a avaliação da consistência interna foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores desse coeficiente possuem variação entre 0 e 1, sendo considerada aceitável uma fidedignidade mínima de 0,70 (FERKETICH, 1990).

A premissa do Alfa de Cronbach é de que todas as correlações entre as variáveis sejam positivas e, por isso, variáveis que apresentem correlações negativas são consideradas problemáticas e devem ser retiradas do modelo (FERKETICH, 1990). O instrumento testado apresenta valor de Alfa aceitável, dessa forma considerado preciso na avaliação à qual é destinado.

A seguir, serão estudadas as respostas dos pacientes dadas a cada instrumento da pesquisa, através de tabelas que apresentam as frequências e medidas descritivas.

4.3 RESULTADOS IDENTIFICADOS A PARTIR DA APLICABILIDADE DO MÓDULO SINAIS E SINTOMAS DO PORTADOR DE COLOSTOMIA E QUALIDADE DE VIDA

Tabela 3 – Frequência e medidas descritivas para as respostas dadas às questões do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia

Questão	Opções de resposta		Nº	%	Média	Desvio Padrão**
Q1 Teve esclarecimento sobre a sua condição de ser portador de colostomia?	Não tive esclarecimento		2	11,0	2,6	1,7
	Sim tive e me incomodou	0 – Demais	3	16,7		
		1 - Muito	3	16,7		
		2 - Moderadamente	3	16,7		
		3 –Um pouco	4	22,2		
		4 –Nada	3	16,7		
Q2 Sentiu mudanças na rotina diária de vida?	Não senti mudanças		0	0,0	2,4	1,3
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	5	27,8		
		1 - Um pouco	7	38,9		
		2 - Moderadamente	3	16,7		
		3 – Muito	1	5,4		
		4 – Demais	2	11,1		
Q3 Sentiu mudanças no relacionamento familiar?	Não senti mudanças		2	11,1	2,0	1,5
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	7	38,9		
		1 - Um pouco	5	27,7		
		2 - Moderadamente	1	5,6		
		3 – Muito	1	5,6		
		4 – Demais	2	11,1		
Q4 Sentiu mudanças no relacionamento social?	Não senti mudanças		3	16,7	1,4	1,2
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	10	55,6		
		1 - Um pouco	2	11,1		
		2 - Moderadamente	2	11,1		
		3 – Muito	0	0,0		
		4 – Demais	1	5,5		
Q5 Sentiu mudanças no trabalho ou no estudo?	Não senti mudanças		4	22,2	1,9	1,8
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	6	33,3		
		1 - Um pouco	3	16,7		
		2 - Moderadamente	0	0,0		
		3 – Muito	2	11,1		
		4 – Demais	3	16,7		
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	6	33,3		
		1 - Um pouco	5	27,8		
		2 - Moderadamente	4	22,2		
		3 – Muito	1	5,6		
4 – Demais		2	11,1			

Continuação da Tabela 3 - Frequência e medidas descritivas para as respostas dadas às questões do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão**	
Q6 Sentiu tristeza?	Não senti tristeza	1	5,5	2,5	1,4	
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	5			27,8
		1 - Um pouco	5			27,8
		2 - Moderadamente	2			11,1
		3 – Muito	3			16,7
		4 – Demais	2			11,1
Q7 Sentiu dificuldades para repousar e dormir?	Não senti dificuldades	1	5,6	2,2	1,4	
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	6			33,3
		1 - Um pouco	2			11,1
		2 - Moderadamente	3			16,7
		3 – Muito	6			33,3
		4 – Demais	0			0,0
Q8 Teve interrupções do sono?	Não tive interrupções	1	5,6	2,5	1,5	
	Sim tive e me incomodou	0 – Nada	5			27,8
		1 - Um pouco	4			22,2
		2 - Moderadamente	2			11,1
		3 – Muito	4			22,2
		4 – Demais	2			11,1
Q9 Sentiu que acorda com a sensação de dificuldade em respirar?	Não acordei com a sensação	2	11,1	1,1	0,6	
	Sim sinto e me incomodou	0 – Nada	11			61,1
		1 - Um pouco	4			22,2
		2 - Moderadamente	0			0,0
		3 – Muito	1			5,6
		4 – Demais	0			0,0
Q10 Sentiu outros sinais e/ou sintomas?	Não senti outros sinais e sintomas	8	44,4	1,4	1,7	
	Sim senti e me incomodou	0 – Nada	5			27,8
		1 - Um pouco	1			5,6
		2 - Moderadamente	1			5,6
		3 – Muito	1			5,6
		4 – Demais	2			11,0

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

A Tabela 3, analisada a seguir, apresenta as frequências e medidas descritivas para as respostas dadas às questões acerca do módulo destinado aos sinais e sintomas do portador de colostomia. Como foi discutido anteriormente nas considerações metodológicas, a média de intensidades assinaladas em cada questão reflete o incômodo sentido pelos pacientes nos sete dias antes do início do estudo quanto ao sintoma descrito. Para o módulo Sinais e Sintomas dos Portadores de Colostomia, quanto menor essa média, menor é o incômodo sentido pelo paciente e melhor a sua qualidade de vida; e quanto maior a média, maior é o

incômodo sentido e menor a sua qualidade de vida nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento

Na Questão 1, referente ao *esclarecimento do paciente sobre a sua condição de portador de colostomia*, observa-se que apenas 2 (11,0%) afirmaram que não tiveram nenhum esclarecimento nos últimos sete dias; 3 (16,7%) mencionaram ter tido esclarecimento e em nada se sentiram incomodados; 3 (16,7%) tiveram esclarecimento e se sentiram um pouco incomodados; outros 3 (16,7%) tiveram esclarecimento e se sentiram moderadamente incomodados; 4 (22,2%) tiveram esclarecimento e se sentiram muito incomodados; e 3 (16,7%) se sentiram incomodados demais. Esta questão foi avaliada de forma intermediária, com média de 2,6 e desvio-padrão (DP) de 1,7.

A Questão 2 se refere às *mudanças sentidas pelos pacientes na sua rotina diária* dos entrevistados, 5 (27,8%) afirmaram que a mudança em sua rotina diária, após a realização da colostomia não os incomodou em nada; 7 (38,9%) relataram que os incomodou um pouco; 3 (16,7%) mencionaram que se sentiram moderadamente incomodados; apenas 1 (5,4%) se sentiu muito incomodado, e 2 (11,1%) referiram sentir-se incomodados demais. A média do incômodo sentido pelos pacientes quanto às mudanças em sua rotina diária de vida foi de 2,2, apresentando uma avaliação intermediária com DP de 1,4.

Na questão 3, referente às *mudanças sentidas no relacionamento familiar*, observa-se que 2 (11,1%) dos pesquisados não sentiram mudanças. 7 (38,9%) referiram sentir mudanças e não se sentiram incomodados; 5 (27,7%) sentiram mudanças e se sentiram um pouco de incomodados; apenas 1 (5,6%) mencionou sentir incômodo moderado. Também 1 (5,6%) dos entrevistados declarou sentir muito incômodo, e 2 (11,1%) sentiram incômodo demais referente a mudanças no relacionamento familiar. A média das intensidades do incômodo sentido no relacionamento familiar foi 2,0, com avaliação intermediária para qualidade de vida e com DP de 1,5.

A questão de número 4 diz respeito às *mudanças no relacionamento social*. Dos pacientes 3(16,7%) garantiram que não sentiram mudanças no relacionamento social; 10(55,6%) declararam que as mudanças não os incomodaram em nada; 2 (11,1%) sentiram um pouco de incômodo; 2 (11,1%) se sentiram incomodados de forma moderada. Nenhum paciente se sentiu muito

incomodado; e apenas 1 (5,5%) assumiu que sentiu mudança no relacionamento social e isso o incomodou demais. Essa análise reflete que a maioria dos pacientes entrevistados também avaliaram o sintoma descrito de forma positiva com média de 1,4 e DP de 1,2.

Referente a *mudanças sentidas pelos pacientes em relação ao seu trabalho ou estudo*, observa-se, na questão de número 5, que 4 (22,2%) pacientes afirmaram que não sentiam mudanças em relação ao trabalho ou ao estudo; 6 (33,3%) dos pesquisados declararam que sentiam mudanças que em nada os incomodavam; 3 (16,7%) afirmaram que as mudanças os incomodavam um pouco no seu trabalho ou estudo. Nenhum paciente referiu moderado incômodo. Apenas 2 (11,1%) dos pacientes mencionaram que as mudanças o incomodavam muito e 3 (16,7%) que as mudanças sentidas os incomodavam demais. Percebe-se uma média avaliada como positiva com 1,9 e DP de 1,2.

Observa-se na questão número 6, *sentimento de tristeza*, que 1 (5,5%) dos pacientes relatou não sentir tristeza; 5 (27,8%) sentiam tristeza e isso em nada os incomodava; 5 (27,8%) também sentiam tristeza e esse sentimento os incomodava um pouco. 2 (11,1%) demonstraram que o sentimento de tristeza sentido os incomodava moderadamente; 3 (16,7%) sentiam tristeza que os incomodava muito e 2 (11,1%) se sentiam demais incomodados com o sentimento de tristeza. A qualidade de vida apresentada nessa questão retrata uma avaliação intermediária com uma média de 2,5 e DP de 1,4.

A questão 7 retrata as *dificuldades sentidas para repousar ou dormir*. Dos pacientes pesquisados, 1 (5,6%) referiu não sentir dificuldades em repousar e dormir; 6 (33,3%) sentiam dificuldades e isso em nada os incomodava; 2 (11,1%) relataram que sentiam dificuldades em repousar ou dormir, o que incomodava um pouco; 3 (16,7%) sentiam incômodo moderado devido às dificuldades para repousar e dormir; 6 (33,3%) sentiam muito incômodo, e nenhum paciente se sentia incomodado demais. Percebe-se, portanto, uma avaliação intermediária demonstrada com média de 2,2 e DP de 1,4.

Demonstra-se no item de número 8 o questionamento referente às *interrupções do sono* dos pacientes colostomizados. Dos pacientes entrevistados, 1 (5,6%) mencionou não sentir interrupção no sono. Já 5 (27,8%) relataram que tinham interrupções no sono e isso não os incomodava em nada; 4 (22,2%) sentiam

um pouco de incômodo com as interrupções do sono; 2 (11,1%) sentiram incômodo moderado; Já (22,2%) sentiam muito incômodo referente às interrupções do sono; e 2 (11,1,%) sentiam incômodo demais. Observa-se uma média intermediária de 2,5 de qualidade de vida com DP de 1,5.

Na questão 9, pergunta-se se o paciente *acordou com sensação de dificuldade de respiração*. Dos pesquisados, 2 (11,1%) mencionaram não ter acordado com a sensação de falta de respiração; 11 (61,1%) acordaram com a sensação de falta de respiração, mas não os incomodaram em nada; 4 (22,2%) acordaram com a sensação de falta de respiração e isso apresentou um pouco de incômodo. Nenhum paciente sentiu incômodo moderado; 1 (5,6%) demonstrou muito incômodo quando acordou com sensação de falta de respiração. Também nenhum dos pesquisados demonstrou incômodo demais. Observa-se, nesta questão, média de 1,1 apresentando avaliação positiva com DP de 0,6.

A questão de número 10 está relacionada a *outros sinais e sintomas, além dos descritos no instrumento PECVEC*. Dos pacientes, 8 (44,4%) mencionaram que não sentiam outros sinais e sintomas; 5 (27,8%) sentiam outros sinais e sintomas e não os incomodava. Apenas 1 (5,6%) mencionou que sentia outros sinais e sintomas que o incomodavam um pouco. Também 1 (5,6%) dos pesquisados referiu sentir outros sinais e sintomas que o incomodava de forma moderada; 1 (5,6%) sentiu outros sinais e sintomas e incomodou muito; 2 (11,0%) sentiam outros sinais e sintomas e mencionaram que os incomodavam demais. Dentre os outros sinais e sintomas referidos pelos pesquisados, destacam-se dor abdominal difusa, mal-estar geral e náuseas. Essa avaliação com média de 1,4 e DP de 1,7 é considerada positiva para a qualidade de vida.

O questionamento número 01, referente a ter tido esclarecimento sobre a sua condição de ser portador de colostomia, demonstrou a maior média apresentada no módulo, conseqüentemente, o maior incômodo sentido pelos participantes da pesquisa, representando ainda, conforme a média e o DP, uma qualidade de vida intermediária. Essa avaliação justifica-se por ser a colostomia resultado de uma cirurgia mutilante e traumatizante. Algumas pessoas após a realização desse procedimento não conseguem aceitar as mudanças sentidas da imagem do seu corpo a nova condição de portador de colostomia. E necessitam de ajuda para enfrentar uma alteração que causa um estresse profundo de ordem física,

psicológica e social que interfere em seus valores pessoais. Essa adaptação à nova condição pode ser um processo longo e contínuo – podendo inclusive estar associado a sua doença de base (SANOBE, BARICHELLO; ZAGO, 2002).

O enfermeiro e demais profissionais que atuam junto aos colostomizados devem-se atentar para que os incômodos sentidos, não venham interferir nos relacionamentos pessoais e nem promover a auto-rejeição do portador de colostomia. Conforme os autores acima mencionados, o incômodo físico sentido interfere no relacionamento interpessoal e alguns colostomizados adotam postura de distanciamento e isolamento social.

Percebe-se portanto a importância do esclarecimento e acompanhamento dos portadores de colostomia no pré e no pós-operatório que são ferramentas essenciais e eficazes na reabilitação do paciente e melhorando qualitativamente a sua vida.

Considerando-se a questão 9: sentiu que acorda com a sensação de dificuldade de respirar, observa-se que ela reflete a menor média apresentada e, portanto, um menor incômodo sentido pelos pesquisados. Percebe-se que a interferência da doença crônica sobre a auto-estima, mesmo que em menor grau de incômodo, encontra-se relacionada a alteração do estado emocional, caracterizado por tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, medo, ansiedade podendo inclusive levar à depressão, essas alterações têm como um dos sintomas a dispnéia. Percebe-se que quando o portador de colostomia apresenta relacionamento de confiança com outras pessoas, a verbalização de sentimentos é explorada e discutida. Nesse sentido as associações de ostomizados têm como um dos objetivos reintegrar o ostomizado na família e na sociedade, permitindo também a convivência com outros ostomizados e colaboram para a melhor aceitação da nova imagem corporal e para o melhor entendimento de sua nova situação, fornecendo suporte técnico de orientação para o auto-cuidado, para o retorno de suas atividades diárias dissipando, preocupações, ansiedade, medos entre outros sentimentos negativos que venha a alterar a função fisiológica do indivíduo (BECHARA et. al., 2005).

Diante do exposto e através dos livros atas existentes no Centro Paraibano de Ostomizados, percebe-se que um grupo em estudo de portadores de colostomia participa continuamente das reuniões mensais do CPO. Essas reuniões são importantes no processo de orientações de cuidados com o estoma, de auto-

ajuda, de integração social, de reflexão sobre a sua nova condição de portador de colostomia e também como meio de ajudar a novos pacientes colostomizados a diminuir o impacto que a cirurgia faz brotar nos desejos e anseios pessoais.

No tocante aos achados da tabela 3 apresentada, discutida e analisada, nota-se que as médias e os desvios-padrão são considerados em sua maioria baixos, representando qualidade de vida satisfatória aos pacientes em estudo - considerando que o desvio-padrão é representativo para a confiabilidade das médias correspondentes às respostas dos pacientes.

Tabela 4 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala I (Capacidade Física)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q1 Em que medida estão diminuídos sua capacidade física, vitalidade ou o rendimento?	4 – Nada	7	38,9	2,8	1,3
	3 - Um Pouco	2	11,1		
	2 – Moderadamente	5	27,8		
	1 – Muito	1	5,6		
	0 – Demais	1	5,6		
	Não respondeu	2	11,1		
	Total		18		
Q2 Em que medida você pode cumprir suas tarefas caseiras e/ou do seu trabalho?	0 – Nada	5	27,8	1,8	1,5
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	5	27,8		
	3 – Muito	1	5,5		
	4 – Demais	4	22,2		
	Total		18		
Q3 Em que medida você realiza trabalho físico intenso, caso seja necessário?	0 – Nada	10	55,6	0,8	1,1
	1 - Um Pouco	4	22,2		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	3 – Muito	1	5,5		
	4 – Demais	0	0,0		
	Total		18		
Q4 Em que medida você mantém a concentração durante todo o dia?	0 – Nada	1	5,5	2,7	1,4
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	3 – Muito	2	11,1		
	4 – Demais	7	38,9		
	Não respondeu	2	11,1		
	Total		18		
Q5 Em que medida você resiste às atividades de estresse diariamente no trabalho?	0 – Nada	5	27,7	1,8	1,6
	1 - Um Pouco	2	11,1		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	3 – Muito	3	16,7		
	4 – Demais	3	16,7		
	Não respondeu	2	11,1		
	Total		18		
Q6 Em que medida você se dedica as suas preferências no dia-a-dia?	0 – Nada	1	5,6	3,1	1,1
	1 - Um Pouco	1	5,6		
	2 – Moderadamente	0	0,0		
	3 – Muito	9	50,0		
	4 – Demais	7	38,9		
	Total		18		
Q7 Em que medida você se anima para fazer outras atividades?	0 – Nada	1	5,6	2,9	1,3
	1 - Um Pouco	3	16,6		
	2 – Moderadamente	1	5,6		
	3 – Muito	5	27,8		
	4 – Demais	8	44,4		
	Total		18		
Q40 Em que medida você sente a sensação imediata de que se cansa fisicamente?	4 – Nada	6	33,3	2,6	1,3
	3 - Um Pouco	5	27,8		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	1 – Muito	4	22,2		
	0 – Demais	1	5,6		
	Total		18		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

A Tabela 4, analisada a seguir, apresenta as freqüências e medidas descritivas para as respostas dadas às questões acerca do módulo central de qualidade de vida do instrumento PECVEC referente à escala I, Capacidade Física, desenvolvido com 18 (100%) dos pacientes colostomizados nos sete dias antes do início a aplicação do instrumento. A média de intensidades assinaladas em cada questão reflete a qualidade de vida dos pacientes; quanto maior se apresentar a média, menor o incômodo sentido e melhor a qualidade de vida dos portadores de colostomia em estudo nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento.

Referente a questão 1, *em que medida encontra diminuídos a capacidade física, a vitalidade ou o rendimento*, a análise demonstra que 7 (38,9%) dos pacientes relataram que sua capacidade física, rendimento e vitalidade não estavam diminuídos; 2 (11,1%) mencionaram que estes se encontravam com sua capacidade física, vitalidade ou o rendimento um pouco diminuídos; 5 (27,8%) tiveram moderada diminuição nesses itens; 1 (5,6%) relatou que estão muito diminuídos; 2 (11,1%) sentiam que diminuiriam demais. Dos pacientes, 2 (11,1%) não responderam à questão. Observa-se uma média intermediária de 2,8 com DP de 1,3.

A questão 2 retrata *em que medida o paciente colostomizado podia cumprir com as tarefas do seu trabalho ou atividades caseiras*. Dos pacientes, 5 (27,8%) referiram que não conseguiam cumprir com suas tarefas de trabalho ou atividades caseiras; 3 (16,7%) conseguiam cumpri-las um pouco; 5 (27,8%) relataram que as cumpriam de forma moderada; 1 (5,6%) respondeu que as realizava muito; 4 (22,2%) dos participantes cumpriam-nas demais. Percebe-se, portanto, uma avaliação negativa demonstrada com média de 1,8. e DP de 1,5.

É observado, na questão de número 3, *em que medida os respondentes realizavam trabalho físico intenso, quando necessário*. Constata-se que 10 (55,6%) dos pacientes pesquisados não conseguiam realizar trabalho físico intenso; 4 (22,2%) realizavam-no um pouco; 3 (16,7%) o realizavam moderadamente; 1 (5,5%) conseguia realizar muito trabalho físico intenso quando era necessário. Nenhum dos pesquisados realizava demais trabalho físico intenso quando se fazia necessário. Observa-se uma média de 0,8, considerada negativa, com DP de 1,1, refletindo uma baixa qualidade de vida.

Na questão 4, mostra-se o questionamento *em que medida o paciente pesquisado mantinha a concentração durante todo o dia*. Vê-se que 1 (5,5%) dos

pacientes referiu que não conseguira manter sua concentração durante todo o dia; 3 (16,7%), apresentavam um pouco de concentração; 3 (16,7%) referiram moderada concentração; 2(11,1%) dos pacientes mencionaram apresentar muita concentração; 7 (38,9%) apresentaram concentração demais; e, 2 (11,1%) dos pesquisados não responderam a nenhuma alternativa. Foi observada uma média intermediária de qualidade de vida de 2,7 com DP de 1,4.

A questão 5 define *em que medida os pacientes resistiam às atividades de estresse diariamente no trabalho*. Dos entrevistados, 5 (27,7%) não conseguiam resistir ao estresse diariamente no trabalho; 2 (11,1%) conseguiam resistir um pouco; 3 (16,7%) moderadamente conseguiam resistir; 3 (16,7%) resistiam muito; outros 3 (16,7%) resistiam demais. Já 2 (11,2%) não responderam à questão no instrumento. A média em relação a esta questão é de 1,8 e DP de 1,6; observou-se uma avaliação negativa de qualidade de vida.

Evidencia-se na questão 6, referente *em que medida os pesquisados se dedicavam as suas preferências no dia-a-dia*, que 1 (5,6%) dos pacientes mencionou que não se dedicava as suas preferências no dia-a-dia; também 1 (5,6%) se dedicava um pouco. Nenhum paciente se dedicava moderadamente as suas preferências no dia-a-dia, porém 9 (50%) dos pesquisados se dedicavam muito e 7 (38,9%) relataram que se dedicavam demais as suas preferências diárias. Foi comprovada, pela média 3,1 e pelo DP de 1,1, uma qualidade de vida positiva.

Os dados apresentados na questão de número 7 demonstram em que medida os portadores de colostomia se animavam para realizar outras atividades. Observa-se que 1 (5,6%) dos pacientes mencionou que não demonstrava ânimo para a realização de outras atividades; 3 (16,6%) referiram um pouco de ânimo; 1 (5,6%) tinha ânimo moderado; 5 (27,8%) declararam que tinham muito ânimo; e 8 (44,4%) referiram ter ânimo demais para realizar outras atividades. A média 2,9 com DP de 1,3 apresenta uma qualidade de vida positiva.

A questão de número 40 aborda *em que medida os pesquisados sentiam sensação imediata de que se cansavam fisicamente*. Dos pacientes pesquisados, 6 (33,3%) não sentiam a sensação imediata de cansaço físico; 5(27,8%) mencionaram que sentiam um pouco; 2 (11,1%) enfatizaram senti-la moderadamente; 4 (22,2%) responderam que a sentiam muito e 1 (5,6%) dos portadores de colostomia mencionou que a sensação imediata de cansaço físico era demais. As respostas

apresentadas refletem qualidade de vida intermediária demonstrada pela média 2,6 e DP 1,3.

Considerando a questão de número 6 em que medida você se dedica as suas preferências no dia-a-dia, esta apresentou a maior média da tabela exposta e o menor incômodo sentido pelos portadores de colostomia referente à capacidade física. Observa-se que a satisfação das necessidades humanas dos pacientes de se auto-realizarem com ânimo na busca por suas preferências diárias corresponde a uma satisfação individual e, conseqüentemente, coletiva, pois constitui um dos meios mais adequados para melhorar a qualidade de vida. Havendo essa motivação para realizar suas preferências diárias, haverá construção de novas amizades, melhor condicionamento pessoal, melhor aceitação das limitações físicas e mais independência na execução das atividades cotidianas.

Santos e Cesaretti (2002) revelaram que dedicar as preferências diárias, das consideradas mais banais às mais complexas, auxiliá-os a obter coragem interior, a alegria e promove uma reestruturação pessoal capaz de desenvolver o encantamento pela vida. Portanto a dedicação das preferências no dia-a-dia é reconhecida de grande importância para a satisfação pessoal, pois o indivíduo passa a se reconhecer melhor e a ter consciência do seu potencial.

A questão que apresentou o maior incômodo sentido pelos portadores de colostomia foi a de número 3, que aborda em que medida os pacientes colostomizados conseguem realizar trabalho físico intenso, caso seja necessário. Nesta questão a maioria dos pesquisados relatou que não realiza ou realiza um pouco de trabalho físico quando se faz necessário. A função física inclui a força, a resistência, o equilíbrio, a capacidade para realizar tarefas, como andar, subir escadas, abaixar-se, levantar-se, levantar cargas pesadas, correr e realizar tarefas manuais (GONÇALVES; VILARTA, 2004). Constata-se que condições físicas adequadas à realização de atividades diárias são condições necessárias para a manutenção de uma boa qualidade de vida que, se aliada às condições psicológicas e sociais em nível otimizado, proporcionam ao indivíduo uma vivência útil e digna, capaz de torná-lo partícipe do processo de viver com qualidade.

Conforme os achados assinalados pelos pacientes ostomizados nas questões referentes à escala de capacidade física, denota-se que as variáveis foram assim dispostas: 1 avaliação positiva, 4 intermediárias e 3 avaliações negativas.

Pode-se, então, inferir que a capacidade física do grupo estudado tendeu para intermediária com alguns pontos considerados negativos referentes ao cumprimento de suas tarefas caseiras e de trabalho; a realização de trabalho físico intenso e a resistência do estresse diário no trabalho.

Tabela 5 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala II (Função Psicológica)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q8 Em que medida você consegue se desligar e relaxar?	0 – Nada	3	16,7	1,9	1,4
	1 - Um Pouco	5	27,8		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	3 – Muito	4	22,1		
	4 – Demais	3	16,7		
Total		18	100,0		
Q9 Em que medida você consegue se livrar de preocupações e medos?	0 – Nada	2	11,1	2,4	1,2
	1 - Um Pouco	1	5,6		
	2 – Moderadamente	6	33,3		
	3 – Muito	6	33,3		
	4 – Demais	3	16,7		
Total		18	100,0		
Q10 Em que medida você tem apetite para alimentar-se?	0 – Nada	0	0,0	3,0	1,1
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	1	5,5		
	3 – Muito	7	38,9		
	4 – Demais	7	38,9		
Total		18	100,0		
Q11 Em que medida você consegue dormir durante toda a noite?	0 – Nada	1	5,6	2,4	1,2
	1 - Um Pouco	3	16,6		
	2 – Moderadamente	5	27,8		
	3 – Muito	4	22,2		
	4 – Demais	4	22,2		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q12 Em que medida você consegue desfrutar algo ou alegrar-se com algo?	0 – Nada	0	0,0	2,9	0,9
	1 - Um Pouco	2	11,1		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	3 – Muito	9	50,0		
	4 – Demais	5	27,8		
Total		18	100,0		
Q19 Em que medida você luta para cumprir seus desejos ou necessidades?	0 – Nada	1	5,6	2,9	1,3
	1 - Um Pouco	3	16,6		
	2 – Moderadamente	1	5,6		
	3 – Muito	5	27,8		
	4 – Demais	8	44,4		
Total		18	100,0		
Q20 Em que medida você se sente bem?	0 – Nada	1	5,6	2,8	1,3
	1 - Um Pouco	3	16,6		
	2 – Moderadamente	1	5,6		
	3 – Muito	7	38,9		
	4 – Demais	6	33,3		
Total		18	100,0		
Q21 Em que medida você suporta as decepções e os problemas diários?	0 – Nada	2	11,1	2,5	1,4
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	3 – Muito	6	33,3		
	4 – Demais	5	27,8		
Total		18	100,0		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

Observa-se, na tabela 5, a freqüência e a medida descritiva referentes à função psicológica relativa ao instrumento PECVEC do módulo qualidade de vida. Quanto maior a média de intensidade assinalada em cada questão, menor é o incômodo sentido e maior é a qualidade de vida descrita pelos pesquisados nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento.

A questão 8 aborda *em que medida o paciente se desliga para conseguir relaxar*. Os dados obtidos mostraram que 3 (16,7%) dos pesquisados não conseguiram se desligar para relaxar; 5 (27,8%) se desligavam um pouco de outras atividades para conseguir relaxar; 3 (16,7%) conseguiam moderadamente se desligar para relaxar; 4 (22,1%) relataram conseguir se desligar muito; e 3 (16,7%) conseguiam se desligar demais. A média 1,9 com DP de 1,4 demonstra uma qualidade de vida negativa.

A questão de número 9 busca saber *em que medida os pesquisados conseguiam se livrar de preocupações e medos*. Têm-se como resultado que 2 (11,1%) dos pacientes não conseguiam livrar-se de suas preocupações e medos; 1 (5,6%) conseguia um pouco; 6 (33,3%) conseguiam de forma moderada livrar-se de suas preocupações e dos medos; outros 6 (33,3%) conseguiam muito; e 3 (16,7%) conseguiam demais livrar-se das preocupações e dos medos. Este questionamento apresentou uma avaliação intermediária de qualidade de vida, demonstrada com média 2,4 e DP de 1,2.

A questão de número 10 mostra *em que medida que os pesquisados tinham apetite para alimentar-se*. Respondendo a esta questão, nenhum participante deste estudo referiu ausência de apetite; 3 (16,7%) tinham um pouco de apetite; 1 (5,5) tinha um apetite moderado; 7 (38,9%) apresentaram muito apetite, e outros 7 (38,9%) apresentaram apetite demais. A média, descrita em 3,0 com DP 1,1, demonstra uma qualidade de vida avaliada como positiva.

Analisando a questão 11, referente à medida em que conseguiam dormir durante toda a noite, observou-se que 1 (5,6%) dos pacientes referiu que não conseguia dormir durante toda à noite. 3 (16,6%) conseguiam dormir um pouco durante toda a noite; 5 (27,8%) conseguiam dormir de forma moderada toda a noite; 4 (22,2%) conseguiam dormir muito durante toda à noite.; 4 (22,2%) relataram dormir demais durante toda à noite. Apenas 1 (5,6%) dos pesquisados não respondeu a

nenhuma alternativa. Observou-se uma média intermediária de qualidade de vida de 2,4 com DP de 1,2.

A questão 12 mostra *em que medida se podia desfrutar de algo ou alegrar-se*. Nenhum dos portadores de colostomia mencionou não desfrutar ou não alegrar-se com nada. 2 (11,1%) conseguiram desfrutar de algo ou alegrar-se um pouco; 2 (11,1%) referiram que desfrutavam e alegravam-se moderadamente; 9 (50%) conseguiram desfrutar e alegrar-se muito; 5 (27,8%) conseguiram desfrutar e alegrar-se demais. A qualidade de vida intermediária referente ao questionamento é demonstrada pela média atribuída de 2,9 e DP de 0,9.

Evidencia-se na questão 19 as respostas dos pesquisados referentes a *em que medida os portadores de colostomia lutam para cumprir seus desejos e necessidades*. Nota-se que 1 (5,6%) dos pacientes mencionou que não lutava para conseguir seus desejos e necessidades; 3 (16,6%) lutavam um pouco; 1 (5,6%) lutava moderadamente; 5 (27,8%) referiram lutar muito; e 8 (44,4%) lutavam demais para cumprir os seus desejos e necessidades. A média 2,9 e o DP de 1,3 refletem uma qualidade de vida intermediária dos pacientes pesquisados.

A questão 20 questiona *em que medida os pesquisados se sentiam bem*. Dos pacientes, 1 (5,6%) mencionou que não se sentia bem; 3 (16,6%) se sentiam um pouco bem; apenas 1 (5,6%) demonstrou que se sentia moderadamente bem; 7 (38,9%) se sentiam muito bem; e 6 (33,3%) se sentiam bem demais. A média de 2,8 e DP 1,3 comprovam a qualidade intermediária dos pacientes pesquisados neste questionamento.

Os dados apresentados na questão de número 21 demonstram *em que medida os pacientes colostomizados suportavam as decepções e os problemas diários*. Observa-se que 2 (11,1%) dos pacientes mencionaram que não suportavam as decepções e os problemas diários; 3 (16,7%) suportavam um pouco; 2 (11,1%) suportavam moderadamente; 6 (33,3%) suportavam muito; e 5 (27,8%) referiram suportar demais. Observa-se pela média de 2,5 e DP 1,4 uma qualidade de vida intermediária.

Considerando-se que a maior média foi referente à questão número 10, em que medida você tem apetite para alimentar-se, verifica-se uma média positiva que aponta para uma variável também positiva. Esses achados denotam que a

colostomia não interfere muito no apetite do portador o que, de certa maneira, é um fator importante, porque estes não ficam sem os suprimentos alimentares necessários a uma boa qualidade de vida - pelo menos nesse aspecto.

É importante destacar que o colostomizado deve ter um planejamento adequado de sua dieta através de uma alimentação equilibrada, com correção de hábitos alimentares visando a uma reabilitação nutricional e a sua reintegração à família e à sociedade. Isso é importante porque através da alimentação adequada é possível normalizar a quantidade e a consistência das fezes, diminuir a formação de gases intestinais, evitar a diarreia e a constipação e diminuir o odor das fezes. Essa orientação deve ser fornecida no período intra-hospitalar e deve continuar na assistência ambulatorial (SANTOS; CESARETTI, 2002).

A alimentação é essencial para qualquer restabelecimento e como a colostomia tem relação com o cólon, ou seja, faz parte do sistema digestório, é de suma importância essa avaliação, que foi permitida neste estudo através do PECVEC.

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que a adequação de uma ingestão calórica equilibrada está relacionada com a imagem corporal, e esta envolve sentimentos positivos no sentido do aproveitamento da vida e manutenção da integridade física. Assim, com base nos achados, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos pacientes colostomizados é considerada boa, quando se relaciona à conservação do apetite.

Procedendo-se à análise, a questão com menor média foi a questão de número 8, em que medida você pode se desligar e relaxar, apresentando o maior incômodo sentido pelos pacientes. Na realidade, o indivíduo que se submete a uma colostomia passa por uma perda imensurável com alteração da auto-imagem e conseqüentemente, essa mudança interfere na qualidade de vida. A sensação de perda experimentada pelo paciente colostomizado pode ser comparada à sensação sentida diante das perdas que nos afetam ao longo da vida, como a morte de entes queridos.

Perder parte do corpo, por menor que seja, é doloroso, e esse pode ser o motivo de o portador de colostomia não conseguir manter-se relaxado. O relaxamento requer várias condições e uma delas é estar bem consigo mesmo. Os

pacientes colostomizados, como já referenciado ao longo deste estudo, têm problemas referentes ao odor das fezes depositadas em bolsa coletora, e isso pode se constituir em motivo de isolamento e preocupação interferindo no processo de relaxamento. Moreira (2001) afirma que para conseguir o estado de relaxamento, é necessário momentaneamente se desligar de suas preocupações diárias para poder manter-se bem consigo.

Gonçalves e Vilarta (2004) reforçam ainda que relaxar é fruto de uma decisão pessoal que se aprende a cada dia para se desligar de situações de estresse, objetivando um novo estilo de vida ao longo do tempo para obter uma vida com qualidade.

Percebe-se que os aspectos envolvidos na escala psicológica envolvem necessidades e sentimentos de como aproveitar a vida e cumprir seus desejos pessoais. Estes podem interferir de maneira significativa na qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido, a escala de função psicológica apresentou 1 avaliação positiva, 6 avaliações intermediárias e 1 avaliação negativa, denotando, na escala II, qualidade de vida intermediária atribuída aos portadores de colostomia. Constata-se, portanto, que alimentar-se com apetite, desfrutar de algo para alegrar-se, lutar para cumprir seus desejos e necessidades, sentir-se bem, suportar as decepções e os problemas diários são requisitos importantes para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Portanto, com relação à função psicológica, os pesquisados apresentaram, em sua maioria, tendência intermediária, que implica reconhecer que os mesmos, conforme as médias e os desvios-padrão expostos, procurando prosseguir para uma boa qualidade de vida.

Tabela 6 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala III (Estado de Ânimo Positivo)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q23 Em que medida você tem se sentido atento e concentrado?	0 – Nada	0	0,0	2,5	1,0
	1 - Um Pouco	4	22,2		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	3 – Muito	9	50,0		
	4 – Demais	2	11,1		
	Total		18		
Q25 Em que medida você tem se sentido feliz e com bom humor?	0 – Nada	3	16,7	2,1	1,3
	1 - Um Pouco	2	11,1		
	2 – Moderadamente	6	33,3		
	3 – Muito	4	22,2		
	4 – Demais	3	16,7		
	Total		18		
Q28 Em que medida você tem se sentido ativo e cheio de energia?	0 – Nada	3	16,7	2,4	1,5
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	0	0,0		
	3 – Muito	8	44,4		
	4 – Demais	4	22,2		
	Total		18		
Q29 Em que medida você tem se sentido tranqüilo e relaxado?	0 – Nada	2	11,0	2,1	1,2
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	4	22,2		
	3 – Muito	7	38,9		
	4 – Demais	1	5,6		
	Não respondeu	1	5,6		
	Total		18		
Q34 Em que medida você se sente esperançoso e otimista?	0 – Nada	2	11,0	3,0	1,3
	1 - Um Pouco	0	0,0		
	2 – Moderadamente	1	5,6		
	3 – Muito	7	38,9		
	4 – Demais	7	38,9		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO /HULW, 2006.

A tabela 6 mostra a frequência e medida descritiva referentes à função estado de ânimo positivo (escala III). Observa-se também que quanto maior a média de intensidade assinalada em cada questão, menor o incômodo sentido e maior é a qualidade de vida sentida pelos pesquisados nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento

Na questão de número 23, os pesquisados responderam a itens referentes *em que medida têm se sentido atentos e concentrados*. Nenhum paciente mencionou que tinha se sentido atento e concentrado; 4 (22,2%) se sentiam um

pouco atentos e concentrados; 3 (16,7%) se sentiam moderadamente atentos e concentrados; 9 (50%) se sentiam muito atentos e concentrados. e 2 (11,1%) se sentiam demais atentos e concentrados. A qualidade de vida intermediária referente ao questionamento é confirmada, com média de 2,5 e DP de 1,0.

Observa-se, na questão de número 25, *em que medida os portadores de colostomia têm se sentido felizes e com um bom humor*. Nota-se que 3 (16,7%) dos pacientes mencionaram que não têm se sentido felizes e com bom humor; 2 (11,1%) se sentiam um pouco felizes e com bom humor; 6 (33,3%) se sentiam, de forma moderada, felizes e com bom humor; 4 (22,2%) têm se sentido muito felizes e com bom humor; e 3 (16,7%) referiram sentir-se felizes demais e com bom humor. A média 2,1 e o DP de 1,3 evidenciam uma qualidade de vida intermediária.

Na questão 28 pergunta-se *em que medida os pesquisados têm se sentido ativos e cheios de energia*. Observa-se que 3 (16,7%) dos pacientes mencionaram não se sentirem ativos e cheios de energia; 3 (16,6%) se sentiam um pouco ativos e cheios de energia. Nenhum paciente mencionou sentir moderadamente ativo e cheio de energia; 8 (5,6%) demonstraram que se sentiam muito ativos e cheios de energia; e 4 (22,2%) relataram que se sentiam ativos demais e cheios de energia. A média de 2,4 e DP de 1,5 comprova a qualidade de vida intermediária dos pacientes pesquisados.

Analisando a questão 29, referente em que medida se sentiam tranquilos e relaxados. Nota-se que 2 (11,0%) dos pacientes referiram que não se sentiam tranquilos e relaxados; 3 (16,7%), se sentiam um pouco tranquilos e relaxados; 4 (22,2%) conseguiam de forma moderada se sentirem tranquilos e relaxados; 7 (38,9%) afirmaram sentir-se muito tranquilos e relaxados; e 1 (5,6%) dos pacientes relatou se sentir tranquilo e relaxado demais. Apenas 1 (5,6%) dos pesquisados não respondeu a nenhuma alternativa. Foi observada média intermediária de qualidade de vida de 2,1 com DP de 1,2.

Evidencia-se, na questão de número 34 – *em que medida os pesquisados têm se sentido esperançosos e otimistas* – que 2 (11,0%), referiram que em nada se sentiam esperançosos e otimistas; nenhum paciente se sentia um pouco esperançoso e otimista; 1 (5,6%) se sentia moderadamente esperançoso e otimista; 7 (38,9%) se sentiam muito esperançosos e otimistas; outros 7 (38,9%) se sentiam

otimistas e esperançosos demais. A qualidade de vida positiva referente ao questionamento é demonstrada pela média atribuída de 3,0 e DP 1,3.

A questão que obteve a maior média, apresentando um menor incômodo dos pacientes, referiu-se à pergunta de número 34: em que medida você se sente esperançoso e otimista. A esperança se constitui em motivação de vida para o ser humano, e o otimismo é fundamental para a recuperação dos pacientes que possuem doença crônica degenerativa e/ou transtorno definitivo. Assim, a otimização deve ser mantida para que o paciente retorne, o mais rapidamente possível às atividades por ele desenvolvidas antes de todo o processo cirúrgico. Um fator preponderante para o êxito desse retorno é a integração com outros pacientes que vivenciaram o mesmo processo. Assim, o paciente adquire maior esperança e otimismo, porque, nesses grupos de orientação, há quem já tenha passado pela mesma vivência. Nesse sentido, quando se adquire conhecimento acerca de experiências vivenciadas, certamente existe maior chance de trilhar os caminhos com maiores possibilidades de acertos.

Santos e Cesaretti (2000) afirmam que a manutenção do otimismo promove a esperança, podendo restabelecer a saúde física, mental e emocional, essenciais para a obtenção da boa qualidade de vida.

Os achados denotaram duas médias menores referentes ao maior incômodo sentido pelos portadores de colostomia. As questões: *em que medida você tem se sentido feliz e com bom humor* referente à questão de número 25; e *em que medida você tem se sentido tranquilo e relaxado*, questão número 29, evidenciam os maiores incômodos sentidos pelos participantes da pesquisa.

A felicidade e o bom humor são subjetivos e podem ter origem diversas se olhares à situação física da pessoa. O humor é um estado de vida diária e pode estar relacionado a vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, responsáveis por sua alteração. A falta de integridade física pode interferir negativamente no humor do indivíduo assim como a questão hormonal em certas etapas da vida. Assim, há de se supor que a colostomia não é o único fator responsável pelo mau humor e pela perda da felicidade. Estar de mau humor implica muitas vezes em não estar bem consigo mesmo e com os outros, pois cada indivíduo responde às diversidades da vida de modo diferenciado. Em parte pode-se

também mencionar que o estado de felicidade também depende do estado de humor.

Já a tranqüilidade e o relaxamento proporcionam a unicidade do corpo e mente e são importantes para o bem-estar e crescimento pessoal. Sentir-se tranqüilo e relaxado pode ajudar a identificar reais prioridades e a tornar-se pessoas mais seguras e objetivas. Além disso, desenvolve a concentração, a memória e a intuição pessoal. Gonçalves e Vilara (2004) afirmam que o relaxamento promove a tranqüilidade, fatores importantes para o gerenciamento do estresse e manutenção do otimismo da saúde física e mental, e assim, irão promover o bom humor e a felicidade individual em cada homem.

Referindo-se ao bom humor e ao relaxamento, o estudo também apontou para as variáveis intermediárias, mesmo apresentando menores médias, constatando-se, portanto, que o fato de ser ostomizado não interfere na concentração, e que a felicidade pode ser traduzida na esperança - essencialmente importante para a concretização dos objetivos de cada ser humano. O homem não pode viver sem a esperança de sentir-se feliz, mesmo porque a cada amanhecer é uma nova oportunidade para se tornar melhor consigo mesmo e com os outros. A felicidade de cada indivíduo muitas vezes é imperceptível aos olhos alheios, mas ela está formada no plano virtual de cada um; o que para esses pacientes, a felicidade, pode ser a adaptação à situação vivenciada já que todos os participantes deste estudo possuem colostomia definitiva. Portanto, a qualidade de vida desses pacientes com relação ao estado de ânimo pode ser considerada boa a partir da frequência de suas respostas.

A escala de estado de ânimo positivo mostrou uma avaliação intermediária considerada através das respostas dos pesquisados boa para qualidade de vida, apresentando 1 avaliação positiva e 4 avaliações intermediárias. Os dados registrados, portanto, mostram que o estado de ânimo dos pacientes colostomizados, em sua maioria, está apontando esperança e otimismo referente a sua condição de ostomizados e procurando preservar a concentração, o bom humor, a energia e a tranqüilidade na obtenção da qualidade de vida.

Tabela 7 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala IV (Estado de Ânimo Negativo)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q22 Em que medida você tem se sentido triste e deprimido?	4 – Nada	9	50,0	3,0	1,3
	3 - Um Pouco	4	22,2		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	1 – Muito	2	11,1		
	0 – Demais	1	5,6		
	Total		18		
Q24 Em que medida você tem se sentido tenso e nervoso?	4 – Nada	8	44,4	3,2	0,9
	3 - Um Pouco	7	38,9		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	1 – Muito	1	5,6		
	0 – Demais	0	0,0		
	Total		18		
Q26 Em que medida você tem se sentido apático e indiferente?	4 – Nada	12	66,7	3,6	0,7
	3 - Um Pouco	4	22,2		
	2 – Moderadamente	2	11,1		
	1 – Muito	0	0,0		
	0 – Demais	0	0,0		
	Total		18		
Q27 Em que medida você tem se sentido preocupado e intranquilo?	4 – Nada	7	38,9	2,9	1,1
	3 - Um Pouco	5	27,7		
	2 – Moderadamente	3	16,7		
	1 – Muito	3	16,7		
	0 – Demais	0	0,0		
	Total		18		
Q30 Em que medida você tem se sentido cansado e debilitado?	4 – Nada	7	38,9	3,1	1,0
	3 - Um Pouco	7	38,9		
	2 – Moderadamente	1	5,6		
	1 – Muito	2	11,0		
	0 – Demais	0	0,0		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q31 Em que medida você tem se sentido enfadado e irritado?	4 – Nada	8	44,4	3,0	1,2
	3 - Um Pouco	4	22,2		
	2 – Moderadamente	3	16,6		
	1 – Muito	1	5,6		
	0 – Demais	1	5,6		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q32 Em que medida você tem se sentido assustado e ameaçado?	4 – Nada	11	61,1	3,4	1,0
	3 - Um Pouco	3	16,7		
	2 – Moderadamente	0	0,0		
	1 – Muito	2	11,1		
	0 – Demais	0	0,0		
	Não respondeu	2	11,1		
Total		18	100,0		
Q33 Em que medida você tem se sentido desesperado e sem esperança?	4 – Nada	13	72,2	3,6	1,0
	3 - Um Pouco	3	16,6		
	2 – Moderadamente	0	0,0		
	1 – Muito	0	0,0		
	0 – Demais	1	5,6		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO /HULW, 2006.

A tabela 7 se refere à freqüência e medida descritiva referentes à função estado de ânimo negativo (função IV) relativo a qualidade de vida. Observa-se também que quanto maior a média de intensidade assinalada em cada questão, menor o incômodo sentido e maior é a qualidade de vida sentida pelos pesquisados nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento.

A questão 22 aborda *em que medida o portador de colostomia tem se sentido triste e deprimido*. Os achados mostram que 9 (50,0%) dos pesquisados não se sentiam tristes e deprimidos; 4 (22,2%) referem que se sentiam um pouco tristes e deprimidos; 2 (11,1%) sentem-se moderadamente tristes e deprimidos; 2 (11,1%) referiram sentir-se muito tristes e deprimidos; 1 (5,6%) dos pesquisados se sentia triste e deprimido demais. A média encontrada foi de 3,0 com DP 1,3, demonstrando uma qualidade de vida positiva.

Na questão de número 24 é indagado aos pesquisados *em que medida têm se sentido tensos e nervosos*. Verifica-se que 8 (44,4%) dos pacientes referiram não se sentirem tensos e nervosos; 7 (38,9%) se sentiam um pouco tensos e nervosos; 2 (11,1%) relataram que de forma moderada se sentiam tensos e nervosos; 1 (5,6%) respondeu que se sentia muito tenso e nervoso; nenhum paciente mencionou que se sentia tenso e nervoso demais. Percebe-se, portanto, uma avaliação positiva de qualidade de vida demonstrada com média 3,2 e DP de 1,3.

É mencionado, na questão de número 26, *em que medida os pacientes colostomizados têm se sentido apáticos e indiferentes*. Observa-se que 12 (66,7%) dos pacientes pesquisados referiram não se sentirem em nada apáticos e indiferentes; 4 (22,2%) se sentiam um pouco apáticos e indiferentes; 2 (11,1%) se sentiam moderadamente apáticos e indiferentes. Nenhum paciente referiu sentir-se muito e demais apático e indiferente. A média descrita em 3,6 com DP 0,7 apresentam uma qualidade de vida avaliada como positiva.

Analisando a questão 27 referente a *em que medida os pesquisados têm se sentido preocupados e intranqüilos*, foi observado que 7 (38,9%) dos pacientes referiram que não se sentiam preocupados e intranqüilos; 5 (27,7%), se sentiam um pouco preocupados e intranqüilos; 3 (16,7%) se sentiam, de forma moderada, preocupados e intranqüilos; 3 (16,7%) sentiam muito preocupados e intranqüilos. Nenhum paciente mencionou que se sentia preocupado e tranqüilo demais. O

resultado define uma avaliação de qualidade de vida intermediária com média de 2,9 e DP de 1,1.

A questão 30 retrata *em que medida os pacientes têm se sentido cansado e debilitado*. Do total de entrevistados 7 (38,9%), não se sentiam cansados e debilitados ; 7 (38,9%) se sentiam um pouco cansados e debilitados; 1 (5,6%) se sentia moderadamente cansado e debilitado; 2 (11,0%) dos pesquisados se sentiam muito cansados e debilitados. Nenhum paciente mencionou que se sentia cansado e debilitado demais. Verifica-se ainda que 1 (5,6%) dos pesquisados não respondeu a nenhuma alternativa. A qualidade de vida positiva referente ao questionamento é demonstrada pela média atribuída de 3,1 com DP de 1,0.

Evidenciam-se na questão 31 as respostas dos pesquisados referentes a *quanto têm se sentido enfadados e irritados*. Observa-se que 8 (44,4%) dos pacientes mencionaram que não se sentiam enfadados e irritados; 4 (22,2%) sentiam um pouco enfadados e irritados; 3 (16,6%) se sentiam moderadamente enfadados e irritados; 1 (5,6%) se sentia muito enfadado e irritado. Observa-se ainda que 1 (5,6%) relatou que se sentia enfadado e irritado demais. A média 3,0 e a DP 1,2 refletem uma qualidade de vida positiva dos pacientes pesquisados.

Os dados apresentados na questão 32 demonstram *em medida em que os pacientes têm se sentido assustados e ameaçados*. Observa-se que 11 (61,1%) dos pacientes mencionaram que não se sentiam assustados e ameaçados; 3 (16,7%) se sentiam um pouco assustados e ameaçados. Nenhum paciente afirmou sentir-se assustado e ameaçado moderadamente; 2 (11,1%) se sentiam muito assustados e ameaçados. Nenhum portador de colostomia afirmou sentir-se assustados e ameaçados demais e 2 (11,1%) não responderam ao questionamento. Observa-se, pela média de 3,4 com DP de 1,0 obtendo uma qualidade de vida positiva.

A questão de número 33, aborda *em que medida os pacientes têm se sentido desesperados e sem esperanças*. Observa-se que 13 (72,2%) dos pacientes mencionaram que não se sentiam desesperados e sem esperança; 3 (16,6%) se sentiam um pouco desesperados e sem esperanças. Nenhum paciente mencionou sentir-se moderadamente ou muito desesperado e sem esperança e 1 (5,6%) dos pesquisados mencionou que se sentia demais desesperado e sem esperança.

Apenas 1 (5,6%, não respondeu ao questionamento. Percebe-se que a maioria dos pesquisados declarou uma qualidade de vida positiva com média de 3,6 e DP 1,0.

As questões que apresentaram maior média e, conseqüentemente, o menor incômodo sentido pelos portadores de colostomia referem-se a: em que medida você tem se sentido apático ou indiferente, questão de número 26; e em que medida você tem se sentido desesperado e sem esperança, questão de número 33. Com base nas respostas, pode-se dizer que a qualidade de vida desses pacientes não foi tão afetada no que se reporta a sentimentos como apatia e indiferença. Isso quer dizer que os mesmos continuam esperançosos diante da vida e que o sentimento de apatia não contagiou esses pacientes demonstrando uma boa qualidade de vida no que se refere a esses sentimentos negativos. Santos e Cesareti (2000) afirmam que à medida que o paciente reconhece o significado pessoal acerca da vida, da doença e do sofrimento, fortalece o sentimento de valorização da vida, daí a importância do aconselhamento e atuação dos profissionais junto ao paciente e seus familiares. Embora esse processo de significação da vida não possa ser ensinado, ele permite reflexão e busca de compreensão permitindo menos conflito e insegurança.

A questão que apresentou menor média e, conseqüentemente, maior incômodo sentido foi a: em que medida você tem se sentido preocupado e intranquilo, questão 27; entretanto, considerando-se o valor relativo da média e do desvio-padrão, esta aponta para boa qualidade de vida. Vale salientar que a maioria dos pacientes colostomizados responderam que não sentiam nada ou se sentiam pouco preocupados e intranquilos. A preocupação com o estado de estar colostomizado varia de acordo com o estilo de vida de cada um dos participantes da pesquisa. Supõe-se que quanto mais jovem for o paciente colostomizado, mais preocupação e intranquillidade podem aparecer, mesmo porque o jovem em si mesmo já é inquieto e busca prazeres da vida que podem ser afetados pelo fato de ser colostomizado. Mas, isto é apenas uma suposição uma vez que esses sentimentos estão relacionados às expectativas de vida de cada ser humano (SANTOS; CESARETTI, 2000).

Avaliando a escala de estado de ânimo negativo, esta apresentou em sua maioria avaliações positivas, um total de 7, e apenas 1 avaliação intermediária, foi considerada uma boa qualidade de vida. O ânimo negativo reflete a tristeza, a

depressão, o nervosismo, a indiferença, a intranqüilidade, o cansaço e a irritabilidade, a ameaça e a desesperança, dessa forma o pouco aparecimento desses sentimentos irá promover o otimismo nas pessoas e manter a auto-estima e satisfação na vida, permitindo um estado saudável com necessidades satisfeitas.

Tabela 8 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala V (Função Social)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q13 Em que medida você se interessa por algo?	0 - Nada	1	5,6	2,7	1,1
	1 - Um Pouco	1	5,6		
	2 - Moderadamente	4	22,2		
	3 - Muito	7	38,8		
	4 - Demais	4	22,2		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q14 Em que medida você mantém contato com amigos ou conhecidos?	0 - Nada	0	0,0	3,0	1,3
	1 - Um Pouco	4	22,2		
	2 - Moderadamente	2	11,1		
	3 - Muito	2	11,1		
	4 - Demais	10	55,6		
Total		18	100,0		
Q15 Em que medida você consegue ajudar e dar ânimo a outras pessoas?	0 - Nada	1	5,5	3,2	1,1
	1 - Um Pouco	0	0,0		
	2 - Moderadamente	3	16,7		
	3 - Muito	5	27,8		
	4 - Demais	9	50,0		
Total		18	100,0		
Q16 Em que medida você consegue contar a outras pessoas o que te preocupa?	0 - Nada	2	11,1	2,1	1,4
	1 - Um Pouco	5	27,8		
	2 - Moderadamente	4	22,2		
	3 - Muito	2	11,1		
	4 - Demais	4	22,2		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q17 Em que medida você consegue se interessar pelas preocupações dos outros?	0 - Nada	1	5,5	2,8	1,4
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 - Moderadamente	3	16,7		
	3 - Muito	2	11,1		
	4 - Demais	9	50,0		
Total		18	100,0		
Q18 Em que medida você consegue realizar atividades de lazer com outras pessoas?	0 - Nada	9	50,0	1,4	1,7
	1 - Um Pouco	2	11,1		
	2 - Moderadamente	0	0,0		
	3 - Muito	4	22,2		
	4 - Demais	3	16,7		
Total		18	100,0		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO /HULW, 2006.

A tabela 8 demonstra a frequência e medida descritiva referentes à função social (escala V), relativa à qualidade de vida. Observa-se também que quanto maior a média de intensidade assinalada em cada questão, maior é a qualidade de vida sentida pelos pesquisados nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento.

A questão número 13 aborda *em que medida o paciente se interessava por algo*. Vê-se que 1 (5,6%) dos pesquisados não se interessava por nada; 1 (5,6%) referiu que se interessava um pouco; 4 (22,2%) se interessavam moderadamente por algo; 7 (38,8%) se interessam muito; 4 (22,2%) se interessavam demais; e 1 (5,6%) não respondeu ao enunciado. A média encontrada foi de 2,7 com DP de 1,1, demonstrando uma qualidade de vida considerada intermediária.

Na questão 14 é indagado aos pesquisados *em que medida conseguiam manter contato com amigos ou conhecidos*. Não houve afirmação quanto a não conseguir manter contato com amigos ou conhecidos; 4 (22,2%) conseguiam manter um pouco de contato com seus amigos e conhecidos; 2 (11,1%) relataram que moderadamente mantinham contato com amigos e conhecidos; e 2 (11,1%) mantinham muito contato; 10 (55,6%) mantinham contato demais com amigos e pessoas conhecidas. Percebe-se portanto, uma avaliação positiva de qualidade de vida com média 3,0 e DP 1,3.

É mencionado na questão de número 15 *em que medida conseguiam ajudar e dar ânimo aos outros*. Observa-se que 1 (5,5%) dos pacientes pesquisados referiu que não conseguia ajudar e dar ânimo a outras pessoas. Nenhum pesquisado respondeu que conseguia ajudar um pouco e dar ânimo a outras pessoas; 3 (16,7%) afirmaram que conseguiam moderadamente ajudar e dar ânimo a outros; 5 (27,8%) conseguiam ajudar muito e dar ânimo aos outros; 9 (50,0%) conseguiam ajudar demais e dar ânimo a outras pessoas. A média descrita em 3,2 com DP de 1,1 mostram uma qualidade de vida avaliada positiva.

Analisando a questão 16 referente a: *em que medida conseguiam contar a outras pessoas o que te preocupava*, foi demonstrando que 2 (11,1%) dos pacientes referiram que não contavam suas preocupações a outras pessoas; 5 (27,8%) contavam um pouco de suas preocupações. 4 (22,2%) contavam de forma moderada suas preocupações a outras pessoas; 2 (11,1%) contavam muito suas

preocupações. 4 (22,2%) contavam demais as suas preocupações a outras pessoas; 1 (5,6%) dos pesquisados preferiu não responder à questão exposta. A média de 2,1 e o DP 1,4 confirmam uma qualidade de vida intermediária referente a essa questão.

A questão 17 retrata *em que medida os pacientes conseguiam se interessar pelas preocupações dos outros*. Vê-se que 1 (5,6%) mencionou que não se interessava pelas preocupações de outras pessoas; 3 (16,7%) se interessavam um pouco; outros 3 (16,7%) se interessavam moderadamente; 2 (11,1%) se interessavam muito; e 9 (50%) se interessavam demais pelas preocupações de outras pessoas. A qualidade de vida positiva referente ao questionamento é demonstrada pela média atribuída de 2,8 com DP 1,4.

Evidencia-se na questão 18 as respostas dos pesquisados referentes a *em que medida conseguiam realizar atividades de lazer com outras pessoas*. Observa-se que 9 (50%) dos pacientes mencionaram que não conseguiam fazer nada com outras pessoas; 2 (11,1%) mencionaram que conseguiam fazer um pouco; nenhum paciente afirmou que conseguia de forma moderada fazer alguma atividade com outras pessoas; 4 (22,2%) conseguiam muito; 3 (16,7%) conseguiam. A média 1,4 e o DP 1,7 reflete uma qualidade de vida negativa dos pacientes pesquisados, referente ao questionamento.

A questão de número 15, referente a: *em que medida você consegue ajudar e dar ânimo a outros*, demonstra a maior média apresentada referente à função social e, conseqüentemente, o menor incômodo sentido pelos pesquisados.

Manter o ânimo sempre em alta não é uma tarefa das mais fáceis, pois, a cada dia que passa, acumulamos mais tarefas, funções, responsabilidades e anseios. Mas sabe-se que uma estrutura que permita o enfrentamento das dificuldades para manter o ânimo, ajudando a outras pessoas, traz o bem-estar e possibilidades de crescimento pessoal. Moreira (2001) menciona que a qualidade de vida pessoal depende grandemente da capacidade do homem em se relacionar com o outro. É uma forma salutar e enriquecedora de ajudar e promover ânimo aos outros e a si mesmo.

Referente à menor média atribuída na escala de função social, a questão 18 - *em que medida você consegue realizar atividades de lazer com outras pessoas* - apresentou uma média considerada negativa relacionada ao maior incômodo

sentido pelos participantes da pesquisa. Entendendo o lazer como pertencente ao campo lúdico, ele é visto como manifestação humana que pode ser realizada de forma isolada ou em conjunto; surge como experiência individual, respondendo aos desejos diferentes de cada indivíduo. Muitas vezes, a importância do lazer fica em desvantagem quando relacionada a outras prioridades do homem, como o trabalho, o estudo, entre outros compromissos pessoais, ou porque as pessoas fazem lazer sem saber na realidade que estão fazendo. Moragas (1997) menciona que há diversos significados atribuídos ao lazer como: ausência de trabalho, liberdade de escolha, tempo não-regulamentado, espontaneidade, atividades individuais e em grupos, criatividade e rotina desejável, entre outras. Nota-se que o significado do lazer irá depender da perspectiva pessoal de cada pessoa.

A importância do lazer para o portador de colostomia é que ele promova a sua reinserção social e constitui também um dos processos de tratamento para sua reabilitação, pois participar desse processo implica estar se preparando ou estar preparado para lidar com seus temores, fantasias e frustrações, também lidar com o desconhecimento de prováveis preconceitos referentes ao estoma, promovendo potencialidades para conviver com a nova realidade que lhe foi imposta (SANTOS; CESARETTI, 2000). Provavelmente, devido a esses anseios, o colostomizado tenha receio de estabelecer a mesma comunicação com as pessoas como estabelecia antes de ter se submetido ao procedimento, provavelmente por receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado; o que contribui para seu isolamento social.

Porém o lazer se refere a uma área específica da experiência humana com seus próprios benefícios, incluindo liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão social ou de forma isolada, como assistir a um filme, aumento de prazer e felicidade. Através do lazer podem ocorrer meios de desenvolvimento pessoal, social e inclusive econômico, sendo este um aspecto importante de qualidade de vida. Através do lazer, se favorecem a saúde e o bem-estar geral, pois há uma variedade de oportunidades que possibilitam aos indivíduos e grupos escolherem atividades e experiências que sejam adequadas às suas próprias necessidades, interesses e preferências; o homem procura, assim, satisfazer alguma de suas necessidades e interagir positivamente com o ambiente. O lazer é, portanto,

visto como um recurso para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, mais especificamente referindo-se a este estudo, o portador de colostomia.

Percebe-se que a escala de função social apresentou 2 avaliações positivas, 3 intermediárias e 1 avaliação negativa. Porém ainda se considerando boa a qualidade de vida dos portadores de colostomia referente a essa escala do PECVEC.

Tabela 9 – Frequência e medida descritiva para as respostas dadas às questões relativas ao módulo de qualidade de vida da escala VI (Bem-Estar Social)

Questão	Opções de resposta	Nº	%	Média	Desvio Padrão
Q35 Em que medida você se sente sozinho até mesmo em companhia de outras pessoas?	4 - Nada	9	50,0	3,0	1,3
	3 - Um Pouco	2	11,0		
	2 - Moderadamente	4	22,2		
	1 - Muito	1	5,6		
	0 - Demais	1	5,6		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q36 Em que medida você se sente perto de pessoas de sua confiança?	0 - Nada	1	5,6	3,1	1,0
	1 - Um Pouco	0	0,0		
	2 - Moderadamente	2	11,1		
	3 - Muito	8	44,4		
	4 - Demais	6	33,3		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q37 Em que medida você sente prazer pertencendo a sua família e ao seu círculo de amigos?	0 - Nada	0	0,0	3,3	0,7
	1 - Um Pouco	0	0,0		
	2 - Moderadamente	2	11,1		
	3 - Muito	8	44,4		
	4 - Demais	7	38,9		
	Não respondeu	1	5,6		
Total		18	100,0		
Q38 Em que medida você sente a impressão de ser rejeitado por outras pessoas?	4 - Nada	10	55,5	3,4	0,9
	3 - Um Pouco	5	27,7		
	2 - Moderadamente	1	5,6		
	1 - Muito	1	5,6		
	Não respondeu	1	5,6		
	Total		18		
Q39 Em que medida você sente a impressão de ser compreendido e levado a sério?	0 - Nada	3	16,7	1,9	1,3
	1 - Um Pouco	3	16,7		
	2 - Moderadamente	5	27,8		
	3 - Muito	4	22,2		
	4 - Demais	2	11,1		
	Não respondeu	1	5,5		
Total		18	100,0		

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO /HULW, 2006

A tabela 9 demonstra a freqüência e medida descritiva referentes à função de bem-estar social, relativo à qualidade de vida (escala VI). Observa-se também nesta tabela que quanto maior a média de intensidade assinalada em cada questão, maior é a qualidade de vida sentida pelos pesquisados nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento.

A questão 35 aborda *em que medida o paciente se sentia sozinho, até mesmo em companhia de outras pessoas*; Vê-se que 9 (50%) dos portadores de colostomia referiram que não se sentiam sozinhos; 2 (11,1%) se sentiam um pouco sozinhos mesmo quando estão com outras pessoas; 4 (22,2%) referiram sentir-se moderadamente sozinhos; 1 (5,6%) se sentia muito sozinho; 1 (5,6%) se sentia sozinho demais; e 1 (5,6%) não respondeu ao questionamento. A média encontrada foi de 3,0 com DP de 1,3, demonstrando uma qualidade de vida positiva.

Na questão de número 36, foi indagado aos pesquisados *em que medida se sentiam perto de uma pessoa de sua confiança*. Dos pacientes, 1 (5,6%) referiu que não se sentia perto de alguém em que confia. Nenhum paciente mencionou sentir-se um pouco perto de alguém de sua confiança; 2 (11,1%) se sentiam moderadamente perto; 8 (44,4%) se sentiam muito perto; 6 (33,3%) sentiam perto demais; e 1 (5,6%) dos pacientes não respondeu. Percebe-se, portanto, uma avaliação positiva de qualidade de vida demonstrada na média 3,3 com DP de 1,0.

É mencionado, na questão de número 37, *em que medida os pacientes sentiam prazer pertencendo a sua família e ao círculo de amigos*. Dos pesquisados, nenhum mencionou que não sentia prazer ou sentia apenas um pouco de prazer; 2 (11,1%) dos pacientes pesquisados referiram sentir prazer de forma moderada; 8 (44,4%) mencionaram sentir muito prazer; 7 (38,9%) sentiam prazer demais; e 1 (5,6%) não respondeu a nenhum questionamento. A média descrita em 3,3 e o DP 0,7 constata uma qualidade de vida avaliada como positiva.

Analisando a questão 38, *referente em que medida os pesquisados sentiam a impressão de serem rejeitados por outras pessoas*, foi observado que 10 (55,5%) dos pacientes referiram que não tinham a impressão de serem rejeitados por outras pessoas; 5 (27,7%), sentiam um pouco a impressão de serem rejeitados; 1 (5,6%) se sentia de forma moderada rejeitado; 1 (5,6%) paciente respondeu sentir muito a impressão de ser rejeitado por outras pessoas; e 1 (5,6%) não respondeu a

alternativa. A média de 3,4 e o DP 0,9 conferem uma qualidade de vida positiva dos pacientes em estudo.

A questão 39 retrata *em que medida os pacientes sentiam a impressão de serem compreendidos e levados a sério*; 3 (16,7%) não sentiam a impressão de serem compreendidos e levados a sério; 3 (16,7%) referiram que sentiam um pouco a impressão de serem levados a sério; 5 (27,8%) sentiam essa impressão de forma moderada; 4 (22,2%) sentiam muito a impressão de serem levados a sério; e 2 (11,1%) sentiam demais a impressão de serem compreendidos e levados a sério; 1 (5,6%) não respondeu a questão. A qualidade de vida positiva referente ao questionamento é determinada pela média negativa atribuída de 1,9 e DP de 1,3.

Referente à maior média apresentada na escala de bem-estar social, a questão de número 38, em que medida sente a impressão de ser rejeitado pelos outros, demonstra o menor incômodo sentido pelos portadores de colostomia. A auto-aceitação suprime o estigma de sentir-se rejeitado e torna o ostomizado um ser dotado de potencialidades capaz de conviver com a sua nova realidade imposta e aberto a relações de afetividade (SANTOS; CESARETTI, 2000).

A auto-valorização mostra a importância do processo de reabilitação para o portador de colostomia, processo este que deve ser implementado já na fase diagnóstica, visando restituir-lhe as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida, diante do impacto de aquisição do estoma. A reintegração social do ostomizado é facilitada se ele fizer parte desses programas que são mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e seguimento de orientação ambulatorial. As associações de ostomizados permitem-lhe a convivência com outros ostomizados e colaboram para a melhor aceitação da nova imagem corporal e para o melhor entendimento da nova situação, além de lhes fornecer suporte técnico de como higienizar o estoma, trocar o dispositivo, estimulando sempre o auto-cuidado e a auto-estima (BECHARA et. al., 2005).

Por outro lado, a questão 39 – em que medida você sente a impressão de ser compreendido e levado a sério - apresentou a menor média referindo-se ao maior incômodo sentido pelos pesquisados. As ostomias alteram a imagem corporal, criando ansiedade e angústias frente às próprias limitações, muitas vezes podendo aflorar no paciente a culpa pelo desajuste social que a sua própria condição produz. Essas angústias, ao longo do tempo sentidas pelos pacientes, devem ser

compartilhadas, por isso todo paciente deve ser informado objetivamente sobre o processo e os novos hábitos a que terá que se adaptar, bem como sobre os materiais que lhes serão disponibilizados, tornando o desconhecido menos ameaçador. Quando o sentimento de compreensão não é atendido, o ostomizado encontra dificuldades de adaptação acreditando que não poderá ter uma vida normal. Nesse sentido, o grupo de auto-ajuda neutraliza esse estigma, através da troca de experiências entre as pessoas que enfrentam as mesmas dificuldades de re-adaptação a um novo estilo de vida.

Freitas e Pelá (2000) afirmam que o portador de colostomia necessita continuamente ser entendido devido às variações de angústias por que passam ao longo da vida, e que os profissionais da saúde também precisam estar preparados no sentido de atender aos questionamentos e a orientar os familiares sobre como melhor ajudar aos colostomizados, para que eles possam sentir-se compreendidos.

A escala de bem-estar social do PECVEC apresentou 4 avaliações positivas e 1 avaliação intermediária. Observa-se o enfrentamento dos portadores de colostomia referentes às suas necessidades sociais voltadas à aceitação, à afeição, à participação em grupos, e a ser compreendido envolvendo sentimentos.

Tabela 10 – Relação entre o tempo de colostomizado e a qualidade de vida

Escala do PECVEC		Tempo de Colostomizado	
		Até 5 anos	Mais de 5 anos
I - Capacidade Física	Média	2,4	2,0
	Desvio Padrão	0,8	1,0
II - Funções Psicológicas	Média	2,7	2,4
	Desvio Padrão	0,7	0,9
III - Estado de Ânimo Positivo	Média	2,7	1,9
	Desvio Padrão	0,7	1,1
IV - Estado de Ânimo Negativo	Média	3,4	2,9
	Desvio Padrão	0,8	0,6
V - Função Social	Média	2,5	2,6
	Desvio Padrão	0,8	0,9
VI - Bem estar Social	Média	3,2	2,6
	Desvio Padrão	0,5	0,5

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

A Tabela 10 apresenta a relação entre o tempo de colostomizado dos pacientes pesquisados e a qualidade de vida dos mesmos. Essa relação é observada através do escore médio das intensidades assinaladas nas questões do instrumento, segundo as seis escalas do instrumento PECVEC. Através dos dados apresentados na referida tabela, verifica-se que quanto maior a média atribuída, maior é a qualidade de vida; que quanto maior o tempo de colostomizado (mais que 5 anos), menor é a qualidade de vida dos indivíduos.

A escala Capacidade Física, do instrumento utilizado para aferição da qualidade de vida dos pacientes ostomizados - considerados neste estudo como enfermos crônicos, por terem uma ostomia definitiva decorrente de diversas patologias - obteve uma média de 2,4, com DP de 0,8, para os pacientes com até 5 anos de realização do procedimento; e uma média de 2,0 e DP de 1,0, para aqueles com colostomia há mais de 5 anos. Observa-se que quanto maior a média, maior a qualidade de vida dos pacientes. A partir deste estudo, chega-se à conclusão de que quanto maior o tempo de colostomia, menor a qualidade de vida. Nesse contexto, há evidências de que os pacientes com maior tempo de colostomizados, podem nutrir sentimentos de desesperanças pelo insucesso da reabilitação. Para esses ostomizados, as mudanças ocorridas em seu estilo de vida podem significar mudanças em todas as esferas do viver.

Vivenciar uma colostomia por muito tempo, além de requerer uma adaptação às novas condições de vida, podem também impulsionar esses pacientes

à descrença e ao estigma por parte dos que os rodeiam, no que se refere às condições determinadas pela própria colostomia. Como já referenciado ao longo do texto, o paciente fica na obrigação de estar alerta à troca de bolsa com esvaziamento de fezes e estas produzem um odor fétido e presença de gases que podem promover um isolamento do convívio social devido a essa alteração física. A capacidade física é importante no desenvolvimento das atividades diárias, assim, qualquer alteração negativa nesta – como é o caso da mutilação – pode proporcionar alterações significativas na auto-imagem, promovendo uma baixa na auto-estima (MIRANDA, 2006).

Sonobe, Barichello e Zago (2002) acrescentam que o impacto da presença da colostomia determina alteração na imagem corporal, levando a diversas reações a sua nova realidade física, além da percepção de perda de vida pelo paciente, dependendo das características individuais e do suporte social encontrado.

As funções psicológicas mostraram uma média de 2,7, com DP de 0,7, para os pacientes há 5 anos de colostomizados, e média de 2,4 e DP de 0,9, para os que estão há mais de 5 anos colostomizados. Do mesmo modo, foi encontrado na Capacidade Física que quanto maior o tempo de procedimento, mais alterações psicológicas podem aparecer. As preocupações e os medos, e a luta para a satisfação dos desejos e o suportar os problemas de decepções do dia-a-dia são algumas dessas alterações assinaladas pelos participantes do estudo, confirmando que quanto maior o tempo de colostomia, mais dificuldades esses pacientes têm em conviver com este tipo de mudanças. Neste ínterim, esses indivíduos devem ser trabalhados no sentido de reabilitação no que concerne à aceitação de mudanças definitivas em seu estilo de vida. Por se considerar o homem um ser imprevisível, a reabilitação desses pacientes deve ser mantida por longos períodos de tempo. É, na realidade, uma tarefa difícil, mas a prevenção de doenças psíquicas depende incisivamente de como o paciente ostomizado lida com as limitações decorrentes do próprio procedimento cirúrgico. As perguntas: por que eu?, Será que vou ficar assim o resto da vida?, fazem parte dos questionamentos desses pacientes com enfermidades crônicas e com conseqüente mutilação de parte do corpo. Considerando-se que não se pode fragmentar o homem pois ele é holístico, a capacidade física e funções psicológicas estão intimamente relacionadas e qualquer

que seja a alteração em uma dessas dimensões, acarreta problemas físicos e psicológicos em outra.

No início, o paciente ostomizado não consegue olhar para a perda de sua integridade; com o passar do tempo, ele percebe que a colostomia é uma necessidade para tratar o mal que possui, e, mais adiante, todos os medos e anseios se intensificam, porque o paciente se mantém alerta por achar que outras complicações podem surgir, mesmo porque ele não tem previsão do restabelecimento do trânsito intestinal (SONOBE; BARICHELO; ZAGO, 2002).

A escala III, Estado de Ânimo Positivo apresenta uma média de 2,7, com DP 0,7, para os pacientes que estão colostomizados há 5 anos; e média 1,9 e DP de 1,1, para os que têm mais de 5 anos de colostomia. Da mesma maneira, quanto mais tempo o paciente tem de colostomizado, mais as alterações no estado de ânimo vão se intensificando. As escalas de atenção e concentração, feliz e com bom humor, ativo e cheio de energia, esperançoso e otimista, entre outros, vão sofrendo a interferência para a negatividade decorrente do longo período da colostomia. Considerando que esperança é a ação de confiar, é segurança íntima e expectativa, e se trata de um conceito abstrato, sem ela, não se consegue uma boa convivência consigo e nem com os outros (FERREIRA; FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

A escala IV, Estado de Ânimo Negativo apresentou média de 3,4 e DP de 0,8 para os pacientes com até 5 anos de colostomizado; e média 2,9 e DP de 0,6, para os pacientes com mais de 5 anos de colostomia. Da mesma maneira que a escala de ânimo negativo, os pacientes com até cinco anos de colostomizados apresentam uma maior média e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Sentem maior tristeza, depressão, nervosismo, entre outros estados de ânimo negativo, aqueles pacientes que estão ostomizados há mais de cinco anos. É de se esperar esses resultados, haja vista que a morte não é apenas uma idéia abstrata, mas ela vem se concretizando ao longo da trajetória de vida pelas perdas que o indivíduo sofre. Considerando-se que a ostomia é uma perda, a não recuperação de parte do corpo perdida, sem volta, pode tornar o ânimo do paciente negativo, desfalecido, quanto a sua aceitação de passar o resto de sua vida mutilado.

Observa-se na tabela acima que essa relação só não é observada na escala V de Função Social, que atribui uma média de 2,6 com DP de 0,9 para os

pacientes com mais de 5 anos de colostomizados, relacionada à média 2,5 com DP de 0,8 para os que têm até 5 anos de colostomia.

A ostomia definitiva produz mudanças de forma continuada na imagem corporal do seu portador, no rendimento corporal e intelectual, nas suas relações psíquicas, no equilíbrio emocional, nos seus sentimentos sociais, entre várias alterações pessoais, que o irão influenciar ao longo de sua vida futura. A aceitação dessa mudança pode ser exercida por fatores intrapsíquicos, pelas pessoas que possuem algum vínculo afetivo com o ostomizado e pela sua condição social, econômica e cultural. O indivíduo ostomizado, sente que sua vida útil e produtiva poderá terminar, influenciando inclusive nas atividades de vida diária e da sua vida prática; e a esperança em retornar às funções normais que em alguns momentos pode se tornar enfraquecida devido aos cuidados rotineiros ao longo do tempo, com as preocupações habituais de limpeza e não exalação de odor. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de se dar mais atenção à pessoa portadora de colostomia, buscando, no seu universo, conhecer e compreendê-la na sua temporalidade, mediante a interpretação dos sentimentos expressos por ela, principalmente, oportunizando-lhe a manifestação verbal de suas emoções (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Com relação à escala V de Função Social do instrumento PECVEC mostra-se que, com o passar dos anos, o portador de colostomia apresentou uma maior qualidade de vida nesta escala. Observa-se que com o tempo os pacientes colostomizados sentem a necessidade de manter relações de comunicação com outras pessoas, procurando ajudar a outros, contando seus temores até como forma de orientação pessoal para alguém que vem passando pela mesma problemática. Silva e Shimizu (2006) identificaram que os indivíduos ostomizados buscam uma rede de apoio que é extremamente importante para enfrentar as diversas dificuldades. Dentre elas, destaca-se a família que oferece apoio, carinho e atenção em todas as fases da doença, que tem o compromisso de acalantar, confortar, ajudar, fazer com que todos sejam envolvidos pelo vínculo da afetividade. Outro apoio buscado pelo ostomizado é a espiritualidade e religião, que se constituem em importantes aportes para as pessoas ostomizadas. As crenças religiosas e espirituais oferecem forças significativas nos diversos momentos de sofrimento causados pela doença e pelo tratamento. Já as Associações dos Ostomizados foram destacadas como um local onde eles se sentem pessoas normais, capazes de

manifestar seus sentimentos reprimidos, trocar experiências, encontrar soluções para seus problemas e ajudar a outras pessoas que se encontram na mesma situação que a sua. Os encontros na associação são, para alguns, esperados com ansiedade, por serem considerados atividades de lazer.

A escala de Bem-Estar Social apresentou uma média de 3,2 e DP de 0,5 para pacientes com até 5 anos de colostomizado, e média de 2,6 com DP de 0,5 para os com mais de 5 anos de colostomizado. Como nas demais escalas, quanto maior o tempo de colostomizado, menor é o bem-estar social. Esses achados vêm confirmar que o homem é um ser social, mas para que ele esteja bem consigo e com os outros é indispensável a sua integridade física e psicológica. A resolução das dificuldades encontradas pelo portador de colostomia envolve sentimentos de confiança, de prazer em conviver com familiares e no meio social, em não se sentirem rejeitados por outras pessoas e serem compreendidos fornecendo, assim, um suporte de adaptação contínua à condição de ser ostomizado. Henriques (1999) menciona a importância das relações afetivas familiares e de amigos como suportes essenciais para levantar a auto-estima contínua do paciente.

Tabela 11 – Correlação de Pearson entre o módulo de sinais e sintomas do portador de colostomia e as escalas do módulo de qualidade de vida

Sinais e sintomas do portador de colostomia		Escalas do módulo de qualidade de vida					
		I Capacidade Física	II Função Psicológica	III Estado de Ânimo Positivo	IV Estado de Ânimo Negativo	V Função Social	VI Bem-Estar Social
Q1 Esclarecimento sobre a colostomia	r	-0,194	0,250	0,298	0,030	0,318	0,297
	p-valor	0,472	0,350	0,262	0,911	0,230	0,282
Q2 Mudanças na rotina diária de vida	r	-0,554*	-0,293	-0,179	-0,058	-0,090	0,021
	p-valor	0,017	0,239	0,478	0,819	0,723	0,935
Q3 Mudança no relacionamento familiar	r	0,272	0,138	-0,213	-0,190	-0,020	-0,016
	p-valor	0,309	0,610	0,428	0,481	0,941	0,955
Q4 Mudança no relacionamento social	r	0,000	-0,087	-0,096	-0,412	-0,193	0,003
	p-valor	1,000	0,758	0,734	0,127	0,490	0,993
Q5 Mudanças no trabalho ou estudo	r	-0,561*	-0,106	0,102	-0,245	0,020	0,204
	p-valor	0,037	0,717	0,729	0,399	0,946	0,503
	p-valor	0,865	0,649	0,724	0,536	0,476	0,809
Q6 Tristeza	p-valor	0,752	0,995	0,911	0,985	0,829	0,774
	r	-0,259	-0,576*	-0,590*	-0,688*	-0,622*	-0,322
	p-valor	0,315	0,015	0,013	0,002	0,008	0,224
Q7 Dificuldade para repousar ou dormir	p-valor	0,736	0,610	0,781	0,117	0,178	0,946
	r	-0,327	-0,465	-0,340	-0,051	-0,284	-0,507*
Q8 Interrupções do sono	p-valor	0,199	0,060	0,182	0,845	0,270	0,045
	r	-0,543*	-0,559*	-0,337	-0,175	-0,475	-0,361
Q9 Sensação de falta de respiração	p-valor	0,024	0,020	0,185	0,502	0,054	0,169
	r	-0,295	-0,221	-0,135	0,002	-0,088	0,015
	p-valor	0,268	0,410	0,617	0,993	0,746	0,959

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

* correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed).

Observando-se a tabela 11, nela encontra-se a correlação existente entre os sinais e sintomas da colostomia em todas as escalas do módulo de qualidade de vida, analisada através da correlação de Pearson.

A correlação entre os sinais e sintomas dos pesquisados referentes à qualidade de vida relacionada à **escala I, de capacidade física**, são encontradas nas questões de número 2, 5 e 12. Na **escala II, função psicológica** encontra-se correlação nas questões de número 9 e 12. As **escala III, estado de ânimo positivo**, a **escala IV, estado de ânimo negativo** e a **escala V, função social**, apresentam correlação com a questão de número 9. E a **escala VI, bem-estar social**, apresenta correlação com a questão 11. Percebe-se que quanto menos incômodo sentido pelos portadores de colostomia mais presença de qualidade de vida foi evidenciada pelos portadores de colostomia nas escalas.

De acordo com as correlações apresentadas nas seis escalas do módulo central de qualidade de vida relacionadas ao módulo sinais e sintomas do portador de Colostomia do instrumento PECVEC, observa-se que, na questão de número 06, *tristeza* foi a que obteve o maior número de correlações relacionadas em quatro escalas: função psicológica ($r = 0,576$ e $p\text{-valor } 0,015$), estado de ânimo positivo ($r = 0,590$ e $p\text{-valor } 0,013$), estado de ânimo negativo ($r = 0,688$ e $p\text{-valor } 0,002$) e função social ($r = 0,622$ e $p\text{-valor } 0,008$). Os pesquisados apontam que obtiveram maior qualidade de vida nas áreas acima descritas devido terem apresentado menos sentimento de tristeza. Esse sentimento pode ser assim interpretado: a presença do estoma torna menos aflito o paciente, se comparada à causa que levou a sua realização. Desse modo, a ausência ou a pouca tristeza sentida pode ser considerada uma adaptação bem-sucedida. (ALVES, 2007).

Quando o diagnóstico aponta a necessidade de uma ostomia, a pessoa é atingida profundamente em sua organização pessoal e psicossocial, sendo indispensável um processo psicodiagnóstico para o paciente se auto-conhecer e se cuidar, e para que o sentimento de tristeza não transcenda levando-o a um quadro mais agressivo da doença, desencadeando a depressão. Nesse sentido, é percebida a importância das associações de ostomizados no desempenho de um papel de suporte através do envolvimento de uma equipe interdisciplinar que oriente o cliente para os cuidados básicos com o estoma, considerando também todos os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (SANTOS; CESARETTI, 2000).

A questão de número 08, - *interrupções do sono* - do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, foi a que obteve correlação com a escala de capacidade física ($r = 0,543$ e p -valor $0,024$) e a escala de estado de ânimo positivo ($r = 0,559$ e p -valor $0,020$). Quanto menor foi a interrupção do sono, mais qualidade de vida foi obtida nas referidas escalas. Foi observado por Souza (1998) que a qualidade do sono influencia diretamente na rotina dos indivíduos e que o déficit de sono pode trazer prejuízos para a saúde, impedindo a reposição das energias gastas na atividade diária, o que aumenta a sensação de cansaço e de desgaste mental e corporal. A autora ainda afirma que existem trabalhos mostrando que a sensação de fadiga e de diminuição do vigor aumentam acentuadamente quando há déficit de 6 horas ou menos de sono total, ocorrendo tendência linear, significativa estatisticamente, do crescimento da intensidade desses distúrbios com o número médio de horas de sono perdidas.

Pode-se dizer que a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo do grupo pesquisado é considerada positiva nessa situação, haja vista que a maioria deles mencionou que as competências cognitivas não estão comprometidas ou estão comprometendo pouco as suas áreas sensitivas, motoras e de autonomia dos indivíduos. Com isso, os colostomizados sentem maior equilíbrio emocional e autocontrole; o que interfere em sua condição física, melhorando a insônia que, muitas vezes, surge após o diagnóstico e o tratamento da patologia que gerou a colostomia.

A questão de número 5, mudanças no trabalho ou no estudo, do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, obteve correlação com a escala de capacidade física ($r = 0,561$ e $p=0,037$): quanto menor foi a mudança sentida no trabalho e no estudo, maior foi a qualidade de vida que os portadores de colostomia obtiveram nessa escala.

Vasconcelos (2001) refere que, quando não ocorrem mudanças no homem como um ser biopsicossocial em suas atividades no trabalho, isso representa o diagnóstico diferencial para a preservação do seu desenvolvimento pessoal no ambiente do trabalho.

Percebe-se que o trabalhador, em qualquer circunstância de saúde em que se encontre, nunca é totalmente extirpado de seu poder criador. Ele necessita da realização do trabalho como meio de garantia da sua sobrevivência e de seus

familiares ou como ocupação do tempo, por ser o trabalho o ponto principal de referência da vida (MOREIRA, 2000).

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que as atividades laborais formam forças capazes de estruturar significados importantes à vida do indivíduo fortalecendo condições de saúde para o bem-estar físico. O trabalho valoriza o indivíduo enquanto pessoa inserida na sociedade. Com relação ao paciente colostomizado, isso constitui status pessoal de auto-valorização por estar progredido junto à sociedade com responsabilidade no processo de produção.

A questão de número 2, mudanças na rotina diária de vida, do módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, apresentou também correlação com a escala física ($r = 0,554$ e p -valor $0,017$). Quanto menor foi a mudança sentida na rotina diária de vida, maior foi a qualidade de vida dos pacientes colostomizados.

As tarefas diárias representam para o ostomizado uma atuação máxima de eficiência. Santos e Cesaretti (2000) mencionam que estudos realizados por Rodriguez et al em 1998 demonstraram que cuidados rotineiros de manejo do estoma e da bolsa coletora trazem respostas negativas de irritabilidade, depressão e ansiedade ao ostomizado. Então, re-priorizar as atividades diárias significa que os valores de vida fazem parte da integração da vivência do ostomizado.

Foi possível estabelecer a correlação entre a resposta discriminada no instrumento sinais e sintomas dos portadores de colostomia junto ao instrumento do módulo central de qualidade de vida. Pode-se, portanto, concluir que as variações nos padrões adaptativos à colostomia correlacionadas na qualidade de vida dos seus portadores refletem como estratégia positiva de lidar com a doença de base da qual a colostomia é consequência, pois, antes de se acostumar à perspectiva de viver com uma abertura no abdome para eliminação de fezes, o portador de colostomia deve aceitar de algum modo a idéia de sofrer com a doença que levou à formação da colostomia.

É lícito supor que a atitude mental adotada diante da doença proporcionou condições para a aquisição de um conhecimento racional e eficiente do conceito de malignidade, levando o sujeito a concluir que a cirurgia era condição necessária para a sobrevivência. Alves (2007) menciona que uma elaboração da realidade, se bem-sucedida, pode servir para controlar a angústia e contrapor-se a

preconceitos e temores infundados relacionados ao câncer, dando lugar a comportamento positivo e eficiente no tocante à deficiência física. Nesses casos, então, o padrão de adaptação ao estoma poderia ser visto como um desdobramento quase natural da resposta a sua doença de base.

Percebe-se que quanto menos incômodo sentido referente às mudanças de vida diária, mudanças no trabalho e nos estudos, nos sentimentos de tristeza e na interrupção do sono, maior qualidade de vida foi relacionada aos portadores de colostomia em estudo.

Tabela 12 – Escores médios e desvios-padrão para as escalas relativas ao módulo central de qualidade de vida do instrumento PECVEC

Escala	Escore médio	Desvio Padrão
I - Capacidade Física	2,3	0,8
II - Função Psicológica	2,6	0,4
III - Estado de Ânimo Positivo	2,4	0,4
IV - Estado de Ânimo Negativo	3,2	0,3
V - Função Social	2,5	0,7
VI – Bem-Estar Social	2,9	0,6

Fonte: Levantamentos obtidos no CPO/HULW, 2006.

Na Tabela 12, estão apresentadas, o escore médio e desvio-padrão para as escalas do módulo central de qualidade de vida, PECVEC. Observa-se que, em todas as escalas, o escore médio é superior ao ponto central das escalas, indicando uma qualidade de vida positiva para o portador de colostomia.

Observa-se ainda que a escala com o maior escore médio é a escala IV (estado de ânimo negativo) do domínio Psicológico; isso indica um melhor índice de qualidade de vida nessa escala. A escala que apresentou o menor escore médio foi a escala I, capacidade física, ou seja, relacionada com as demais escalas é a que teve a menor qualidade de vida.

Esses resultados, por terem oferecido menor escore médio e desvio-padrão, encontrados na escala de capacidade física, permitem inferir que as limitações físicas decorrentes do procedimento de ostomia determinam uma qualidade de vida mais prejudicada também no que se refere às outras dimensões.

Esse fato é, na realidade, esperado, levando-se em consideração que não é só do ponto de vista estético que há comprometimento: com as conseqüências da perda da integridade de vida e do convívio social desses pacientes, a resposta física tende a ser maior, gerando assim um comprometimento nas outras dimensões (GEMELLI; ZAGO, 2002). Perder parte do corpo é tão traumatizante quanto a perda da autonomia. Mas, embora tenha sido a menor média entre as escalas, os resultados ainda apontam para uma qualidade de vida considerada como intermediária.

A escala que apresentou maior escore foi o estado de ânimo negativo; o que era esperado, haja vista os valores encontrados para os indivíduos com até 5 anos de colostomizados e para os que possuem mais de 5 anos de procedimento. Vale salientar que embora apenas 8 dos indivíduos pesquisados possuam mais de 5 anos de colostomia, esses resultados apontam para uma reflexão acerca dos cuidados a esses pacientes, no sentido de o profissional que os assiste não considerar que, por eles terem um maior tempo de procedimento, possam ter dissipado medos, receios, angústias, depressão entre outros fenômenos que podem ser determinantes para uma boa ou má qualidade de vida. Considerando os escores obtidos para o módulo qualidade de vida, podemos inferir que o grupo do estudo possui uma boa qualidade de vida, mesmo estando diante da possibilidade de ficarem para sempre ostomizado.

O ânimo negativo alto é uma dimensão geral da angústia subjetiva. Essa angústia foi evidenciada através das diversas variações do estado do humor, incluindo raiva, desprezo, desgosto, culpa, medo e nervosismo. Afirmar que há boa qualidade de vida relacionada ao estado de ânimo negativo significa dizer que os sentimentos de tristeza, depressão, nervosismo, apatia, preocupação e inquietude, cansaço e debilidade, irritação, ameaça e desesperança são considerados positivos estando num nível baixo pelos portadores de colostomia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa acerca do perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia levam-nos a compreender o perfil geral que um grupo de pacientes apresentou nos últimos setes dias da aplicação do instrumento PECVEC. Retomando-se o objetivo proposto neste estudo, pode-se observar que o portador de colostomia apresenta um perfil favorável para a boa qualidade de vida, apesar das mudanças que este apresenta nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Através dos módulos elaborados e agregados ao PECVEC, pôde-se construir o perfil sócio-demográfico no qual se observa que a maioria dos pesquisados pertencem ao sexo feminino, tinham acima de 60 anos de idade, eram casados e conviviam com seus cônjuges, tinham instrução educacional no ensino fundamental I, e todos possuíam colostomia definitiva.

Quanto ao módulo sinais e sintomas do portador de colostomia, construído pela pesquisadora, este apresentou valor de Alfa de Cronbach aceitável, considerado preciso na avaliação à qual é destinado, o que confirma a fidedignidade do instrumento. O referido instrumento demonstrou que os portadores de colostomia apresentaram maior incômodo sentido quando receberam esclarecimento sobre a sua condição de ser portador de colostomia, e o menor incômodo sentido foi a sensação de acordar com dificuldade em respirar. Este sintoma, mesmo que em menor grau de incômodo, relaciona-se ao fato da doença crônica estar interferindo na auto-estima causando alteração no estado emocional do portador de colostomia.

No instrumento referente ao módulo qualidade de vida que se compõe em seis escalas, verificou-se na escala I, de atividade física, que o menor incômodo sentido pelos pesquisados foi com relação ao estado de ânimo (motivação) para fazer atividades diversas, e o maior incômodo sentido foram as dificuldades na realização de trabalhos físicos intensos quando isso é necessário.

Foi observado na escala II, de função psicológica, que o menor incômodo sentido foi a preservação do apetite, e o maior incômodo referido pelos pacientes foi não conseguir se desligar e relaxar.

Já na escala III, estado de ânimo positivo, o menor incômodo sentido foi referente à esperança e ao otimismo, e o maior incômodo foi sentir-se feliz e com bom humor, tranqüilo e relaxado, esta, também constatado na escala de função psicológica.

Na escala IV, estado de ânimo negativo, o menor incômodo sentido pelos pacientes foi referente a sentir-se apático ou indiferente, e também sentir-se desesperado e sem esperança, observado também na escala de estado de ânimo positivo. Já o maior incômodo sentido pelos pacientes referiu-se a preocupação e intranqüilidade, apesar de a maioria ter respondido que não se sente ou se sente um pouco preocupada e intranqüila. Esta escala apresentou o maior escore médio quando relacionada às demais escalas do módulo central de qualidade de vida, apontando uma boa qualidade de vida referente aos sentimentos de tristeza, depressão, tensão, nervosismo, preocupação, intranqüilidade, cansaço, debilidade, enfado, irritabilidade, susto, ameaça, desespero e desesperança.

Na Escala V, de função social, o menor incômodo sentido pelos pesquisados foi que eles conseguiram ajudar e dar ânimo a outras pessoas, e o maior incômodo sentido foi não conseguir ou conseguir apenas um pouco realizar atividade de lazer com outras pessoas.

Percebeu-se na escala VI, de bem-estar social, que o menor incômodo sentido foi que os portadores de colostomia não sentiam a impressão de serem rejeitados por outras pessoas, e o maior incômodo sentido foi referente a sentir a impressão de ser compreendido e levado a sério.

O instrumento PECVEC mostrou após a realização da pesquisa, que quanto maior o tempo de colostomizado (mais que 5 anos), menor a qualidade de vida dos pacientes que se submetem a esse procedimento. A escala V, de função social, foi a exceção: a qualidade de vida dos pacientes do estudo foi diminuída em até 5 anos de realização da colostomia, em decorrência de esses pacientes não conseguirem realizar atividades de lazer, conversar sobre suas preocupações devido ao impacto causado pelo procedimento a que foram submetidos.

Foi observado que quanto menos incômodo foi sentido nas mudanças de vida diária, no trabalho e nos estudos, nos sentimentos de tristeza e na interrupção do sono, os portadores de colostomia sentiram maior qualidade de vida. Ao realizar-se a correlação entre o módulo de sinais e sintomas do portador de colostomia e o módulo de qualidade de vida do PECVEC, percebeu-se que quanto menos incômodo sentido nas mudanças de vida diária, no trabalho e nos estudos, nos sentimentos de tristeza, e na interrupção do sono, maior qualidade de vida foi referida pelos portadores de colostomia.

Observa-se no estudo que as escalas de capacidade física, psicológica, estado de ânimo positivo e negativo, função social e bem-estar-social apresentaram o escore médio superior ao ponto central das escalas, indicando uma qualidade de vida positiva para o portador de colostomia.

Enquanto a escala estado de ânimo negativo foi a que apresentou o maior escore médio apontando para uma melhor qualidade de vida; a escala de capacidade física quando relacionada com as demais escalas, apresentou o menor escore médio, apontando para uma qualidade de vida diminuída.

Foi de grande relevância trabalhar com a temática qualidade de vida, porque ela permitiu traçar o perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia nos sete dias antes do início da aplicação do instrumento e proporcionou subsídios para orientações ao portador desse procedimento, considerando que os achados revelam que, com o passar do tempo, esses pacientes vão apresentando desesperanças - mesmo porque todos os pacientes deste estudo possuem colostomia definitiva. A possibilidade da não-reversão desse quadro pode interferir na qualidade de vida destes, ocasionando várias reações que se consideram indesejáveis para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

Conclui-se que a adaptação de uma pessoa à colostomia apresenta variações de ordem física, psicológica e social, que interferem nos padrões de vida diária devido à presença da própria colostomia e da doença de base que proporcionou a sua realização. Entretanto, observa-se que a maioria dos portadores procura a aceitação da mutilação sofrida e o conformismo. Isso talvez aconteça pelo fato de o impacto da colostomia se considerada menor que a doença de base que levou a sua realização. E quando o paciente se conscientiza de que o procedimento é necessário para o prolongamento de sua vida, essa concretização serve para controlar as angústias sentidas, enfrentar preconceitos e temores promovendo comportamento positivo e eficiente no tocante à deficiência física percebida.

Outro fato da boa qualidade de vida do grupo pesquisado, poderia ser também, devido a participação em reuniões contínuas no CPO, onde recebem e transmitem orientações sobre o seu estado de ser um portador de colostomia temporária ou definitiva, trocando vivências visando o bem-estar físico, social e mental do ostomizado.

Este estudo serve como base para que o enfermeiro, bem como toda a equipe de saúde que lida diariamente com o portador de colostomia perceba a necessidade de avaliar continuamente a qualidade de vida das pessoas portadoras de estomas. Ainda é necessário voltar um olhar para as suas atividades cotidianas, que são comprometidas com o tempo. Portanto o enfrentamento das dificuldades sentidas por esses pacientes durante o tempo em que se adaptam ao processo, deve ser um objetivo a ser trabalhado pela equipe de saúde. Um dos fatores primordiais nesse cuidar é a auto-imagem e o auto-cuidado.

O estudo ainda permitiu reconhecer que os portadores de colostomia necessitam de uma avaliação contínua e que o instrumento utilizado nesta pesquisa pode servir como uma ferramenta para avaliar periodicamente as condições desses pacientes colostomizados, a fim de conhecer as fragilidades por eles apresentadas e melhor intervir no sentido de proporcionar uma melhoria da sua qualidade de vida.

Dessa forma, a reabilitação desses pacientes pode ser facilitada, quando estes pertencem a algum tipo de associação de ostomizados. Nesse sentido, este estudo contempla uma temática atual, e seus resultados são dirigidos aos enfermeiros e demais profissionais da área de saúde para o desenvolvimento de um cuidar especializado, além de subsidiar o ensino e a pesquisa. Vale ressaltar que, no cômputo geral dos escores obtidos nos instrumentos, os pacientes deste estudo apresentaram uma boa qualidade de vida apesar das fragilidades identificadas. Espera-se, portanto, que outros estudos venham complementar este para que o assistir ao paciente colostomizado seja contínuo, e proporcione a identificação de outras fragilidades que possam ser trabalhadas para melhorar a qualidade de vida das pessoas que são submetidas a colostomia definitiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. **Psiquiatria na prática médica. Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer.** São Paulo. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm> Acesso em: 5 jan. 2007.

Associação Brasileira de Ostomizados. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/>>. Acesso em: 8 de dez. 2005.

BECHARA, R. N. et al.. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. **R. Bras. Coloproct.** 2005 v. 25, n. 2, p. 146-149, 2005.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total:** construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 206f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 1996.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica.** 4.ed. São Paulo: Atual, 1987.

FARAVATO, M. E. C. de S. **A mulher coronariopata no climatério após a menopausa:** implicações na qualidade de vida. 2000. 65 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERKETICH, S. Focus on psychometrics: Internal consistency estimates of reliability **R. Research in Nursing & Health,** v. 13, p. 437–440. 1990.

FERREIRA, A. B. DE H.; FERREIRA, M. B.; SILVEIRA, A. M. DA. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed. rev. e atual. Curitiba: Positivo, 2004.

FREITAS, J.G. de. **HIV/AIDS:** influência de organizações não-governamentais na vida do indivíduo acometido. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005.

FREITAS, M. R. I.de; PELÁ, N. T. R. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. **R. Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto. v.8, n.5, p.28-33, out. 2000.

GEMELLI, L. M. G., ZAGO, M. M. F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **R. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.10, n.º.1, p.34-40. jan 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: Identidades e Indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (org.). **Qualidade de Vida e Atividade Física**: explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole, parte 1, cap.1, p.3-25, 2004.

GUIMARÃES, A. C.; MORAIS, D.; SILVA, M. R. DA. **Movimento Nacional dos Jovens Ostomizados**. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/monajo.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2005.

HENRIQUES, M. E. R. M. et al. La calidad de vida em la mujer mastectomizada. **Scientia R. Multidisciplinar de Ciências de la Salud**. v. 9, p. 67-69, 2004. Suplemento,

HENRIQUES, M. E. R. M. **Reabilitação de mulheres mastectomizadas e complicações pós-operatórias**. Ribeirão preto, 1999. 129f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Ribeirão preto-USP, Ribeirão Preto.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundária ao câncer colo-retal**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.

LUPINACCI, R. M. et al Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40 anos de idade. **R. Bras Coloproct.**, v. 23, n. 3, p.155-162. Jul./Set. 2003.

MARQUES, L. F. Qualidade de vida: uma aproximação conceitual. **Revista de Psicologia**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.46-62, jul./dez. 1996.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. de A., BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **R. Ciência e Saúde Coletiva**. v.5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. Et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MIRANDA, R. **Importância da auto-imagem na timidez.** Disponível em: <http://www.timidez-ansiedade.com/art/basico/a-13-corpo-depreciacao_timidez.htm>, Acesso em 22/01/2006

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social:** envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, W. W. (Org.). **Qualidade de vida:** complexidade e educação. Campinas: Papirus, 2001.

MOREIRA, M. M. da S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento.** 2000. 100f. Dissertação [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

O QUE É UMA OSTOMIA. Disponível em: <<http://geocities.yahoo.com.br/ostomia/Page2.htm>>. Acesso em: 7 Jun. 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso:** elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, São Paulo.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PSIQUIATRIA na prática médica. **Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer.** <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm> Acesso em: 5 jan. 2007.

SANTOS, V. L. C. de G; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomoterapia:** cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

SIEGRIST, J.; BROER, J.; JUNGE, A.. **Manual Perfil de Calidad de Vida em Enfermos Crônicos – PECVEC.** Tradução Juan Antonio Fernández López e Radhamés Hernández Mejía. Oviedo: Universidade de Oviedo, 1997.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva **R. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4,2006.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Dez. 2006.

SILVA, D. da L.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. de. **Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

SILVA, J. V. da. Qualidade de vida. **R. Nursing**, ano 4, p. 10-12, mar. 2001.

SILVA, K. de L. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 – 5 anos**. 2004. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS (SOB). **Relatório de atividades**. Rio de Janeiro: SOB, 1998.

SOUSA, S. de M. A. de. Qualidade de vida em clientes ostomizados. **Revista texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 162-187, set./dez. 1999.

SOUZA, M. de F. M. e SILVA, G. R. da. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **R. Saúde Pública**, v.32, n.1, p.50-58. fev. 1998.

TEXAS Pediatric Surgical Associates, Associados Cirúrgicos Pediátricos de Texas. **Colostomia**. Disponível em: <<http://www.pedisurg.com/SpanishPediSurg/sp-Colostomia.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 8, n 1, p. 23-35, Jan./mar. 2001.

WHOQOL GRUP. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (whoqol) 1998**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 9 jun. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução 196/96

Esta pesquisa é sobre o Perfil de Qualidade de Vida do Portador de Colostomia e está sendo desenvolvida por Stella Pereira Rodrigues da Costa, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^ª. Dra Maria Emília Romero de Miranda Henriques.

Tem como objetivo traçar a qualidade de vida dos pacientes colostomizados no Centro Paraíbano de Ostomizados.

A finalidade deste trabalho é servir como contribuição para o conhecimento sobre a qualidade de vida do colostomizado para que possa fornecer orientação na assistência destes pacientes.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Informamos que não haverá nenhum risco para o participante da pesquisa e que os resultados do estudo poderão resultar em benefícios no sentido de melhor conhecer o seu estilo de vida e procurar melhorar a sua qualidade.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica por ocasião da publicação dos resultados. Seu nome será mantido em sigilo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

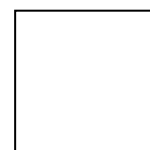
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Pesquisadora Responsável

OBS: (em caso de não-alfabetizado

Assinatura da Testemunha



João Pessoa, _____ de _____ de 2006

APÊNDICE B

Instrução para o Paciente

N° Código:

Estimado paciente.

Por favor, responda a todas as perguntas de modo que melhor descreva seus sentimentos pessoais. Tenha certeza de que respondendo a todas as questões contribuirá para o conhecimento da sua qualidade de vida. Por favor, escolha só uma resposta, a que seja mais indicada e marque com uma cruz. Se tiver dúvida entre duas respostas marque a que lhe é mais apropriada.

As perguntas têm os seguintes formatos:

Por exemplo:

Durante os **últimos 7 dias**, como poderia cumprir as exigências no trabalho e as atividades caseiras?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bem	Muito bem
0	1	2	3	4

As suas respostas se referirão sempre aos **últimos 7 dias**.

Suas respostas serão consideradas confidenciais, sem citar seu nome; seu número de código será conhecido pela profissional.

Muito obrigada por sua colaboração!

APENDICE C

Módulo Central de Qualidade de Vida

Durante os últimos sete dias...

1. Em que medida estão diminuído sua capacidade física, vitalidade ou o rendimento? (*)

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
4	3	2	1	0

2. Em que medida você pode cumprir suas tarefas caseiras e/ou do seu trabalho?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

3. Em que medida você realiza trabalho físico intenso, caso seja necessário?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

4. Em que medida você mantém a concentração durante todo o dia?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

5. Em que medida você resiste às atividades de estresse diariamente no trabalho?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

6. Em que medida você se dedica as suas preferências no dia-a-dia?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

7. Em que medida você se anima para fazer atividades diversas?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

8. Em que medida você consegue se desligar e relaxar?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

9. Em que medida você consegue se livrar de preocupações e medos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
0	1	2	3	4

10. Em que medida você se alimenta com apetite?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

11. Em que medida você consegue dormir durante toda a noite?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

12. Em que medida você consegue desfrutar de algo ou alegrar-se com algo?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

13. Em que medida você se interessa por algo?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

14. Em que medida você mantém contato com amigos ou conhecidos?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

15. Em que medida você consegue ajudar e dar ânimo a outras pessoas?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

16. Em que medida você consegue contar a outras pessoas o que o preocupa?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

17. Em que medida você se interessa pelas preocupações de outras pessoas?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

18. Em que medida você consegue realizar atividades de lazer com outras pessoas?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

19. Em que medida você luta para cumprir seus desejos ou necessidades?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

20. Em que medida você se sente bem?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

21. Em que medida você suporta as decepções e os problemas diários?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

22. Em que medida você tem se sentido triste e deprimido? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

23. Em que medida você tem se sentido atento e concentrado?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

24. Em que medida você tem se sentido tenso e nervoso? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

25. Em que medida você tem se sentido feliz e com bom humor?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

26. Em que medida você tem se sentido apático e indiferente? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

27. Em que medida você tem se sentido preocupado e intranquilo? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

28. Em que medida você tem se sentido ativo e cheio de energia?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

29. Em que medida você tem se sentido tranquilo e relaxado?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

30. Em que medida você tem se sentido cansado e debilitado? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

31. Em que medida você tem se sentido enfadado e irritado? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

32. Em que medida você tem se sentido assustado e ameaçado? (*)

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

33. Em que medida você tem se sentido desesperado e sem esperança? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

34. Em que medida você se tem se sentido esperançoso e otimista?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

35. Em que medida você se sente sozinho até mesmo em companhia de outras pessoas?
(*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

36. Em que medida você se sente perto de pessoas de sua confiança?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

37. Em que medida você sente prazer pertencendo a sua família e ao seu círculo de amigos?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

38. Em que medida você sente a impressão de ser rejeitado por outras pessoas? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

39. Em que medida você sente a impressão de ser compreendido e levado a sério?

Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

40. Em que medida você sente a sensação imediata de que se cansa fisicamente? (*)

Nada 4	Um pouco 3	Moderadamente 2	Muito 1	Demais 0
-----------	---------------	--------------------	------------	-------------

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 21/02/06 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado: Perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia, protocolo número: 034/06, da pesquisadora: Stella Pereira Rodrigues da Costa.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 21 de fevereiro de 2006

Solange Fátima Geraldo da Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HULW

ANEXO B

Módulo Sociodemográfico

- 1- Sexo: () Masculino () feminino
- 2- Ano de nascimento: _____
- 3- Estado civil:
- A- Casado e vive com cônjuge ()
 - B- Casado e vive separado do cônjuge ()
 - C- Solteiro ()
 - D- Divorciado ()
 - E- Viúvo ()
 - F- União estável ()
- 4- Qual o nível de instrução que alcançou?
- A- Nenhum ()
 - B- Fundamental I ()
 - C- Fundamental II ()
 - D- Ensino médio ()
 - E- Curso técnico ()
 - F- Universitário ()
 - G- Pós Graduação () Tipo: _____
- 5- A que grupo de profissionais você pertence ou já pertenceu?
- A- Funcionário público ()
 - B- Funcionário de empresa privada ()
 - C- Trabalho prestando serviço (sem vínculo empregatício) ()
 - D- Sou autônomo ()
 - E- Trabalho em minha residência ()
- 6- Está atualmente trabalhando, como autônomo ou funcionário?
- Sim (também estou em situação de inabilidade transitória devido à doença com menos de seis meses de duração)
- Em que trabalha? _____
- Número de horas que você trabalha por semana: _____
- Sim trabalho a jornada completa (aproximadamente 40 horas semanais): ()
- Eu trabalho a jornada reduzida independente do meu estado de doença ()
- O fato de trabalhar a jornada reduzida é consequência de minha doença ()
- Não - Em que situação se encontra, se atualmente não está trabalhando?
- A- Sou pensionista ou sou aposentado (a) () desde o ano _____ antes trabalhei de _____
 - B- Nunca trabalhei fora (Sou dona (o) de casa) ()
 - C- Estou desempregado ()
 - D- Estou em inabilidade transitória por doença de mais de 6 meses ()
 - E- Estou em readaptação profissional ()
 - F- Outro, quais _____

Muito obrigada por sua ajuda!

ANEXO C

Módulo de Sinais e Sintomas do Portador de Colostomia

Relacione alguns sinais ou sintomas que podem aparecer com relação à colostomia.

Por favor, avalie os sinais e sintomas que ocorreram com você **nos últimos 7 dias**.

Se você não notou nenhum sinal ou sintoma, marque com uma cruz em “não percebo”.

Durante os últimos sete dias ...

1- Teve esclarecimento sobre a sua condição de ser portador da colostomia?

Não tive ()	Sim tive e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

2- Sentiu mudanças na rotina diária de vida (tarefas domésticas, transporte coletivos, vestuário, etc.)?

Não senti ()	Sim senti e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

3- Sentiu mudanças no relacionamento familiar?

Não senti ()	Sim senti e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

4- Sentiu mudanças no relacionamento social (grupo)?

Não senti ()	Sim senti e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

5- Sentiu mudanças no trabalho ou no estudo?

Não senti ()	Sim senti me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

6- Sentiu tristeza?

Não senti ()	Sim senti e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

7- Sentiu dificuldades para repousar e dormir?

Não senti ()	Sim senti me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

8- Teve interrupções no sono?

Não tive ()	Sim tive e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

9- Sentiu que acorda com a sensação de dificuldade de respirar?

Não senti ()	Sim senti e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

10- Sentiu outros sinais e/ou sintomas além dos destacados acima? Se apresentou outros sinais e sintomas nos últimos 7 dias, por favor indique quais e relacione o quanto eles o aborreceram.

a) Sinais e/ou Sintomas _____

Não percebo ()	Sim tive e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

11- Sentiu outros sinais e/ou sintomas além dos destacados acima? Se apresentou outros sinais e sintomas nos últimos 7 dias, por favor indique quais e relacione o quanto eles o aborreceram.

a) Sinais e/ou Sintomas _____

Não percebo ()	Sim tive e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

12- Sentiu outros sinais e/ou sintomas além dos destacados acima? Se apresentou outros sinais e sintomas nos últimos 7 dias, por favor indique quais e relacione o quanto eles o aborreceram.

a) Sinais e/ou Sintomas _____

Não percebo ()	Sim tive e me incomodou...				
	Nada 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Demais 4

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)