

## Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados

*Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients*  
*Autoestima y calidad de vida relacionada a la salud de ostomizados*

Emmanuelle da Cunha Ferreira<sup>1</sup>, Maria Helena Barbosa<sup>2</sup>, Helena Megumi Sonobe<sup>3</sup>, Elizabeth Barichello<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba-MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba-MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):271-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0161>

Submissão: 17-07-2016

Aprovação: 28-09-2016

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a autoestima (AE) e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes estomizados por câncer colorretal. **Método:** estudo transversal com abordagem quantitativa. Utilizaram-se três instrumentos para a coleta de dados: um contendo dados sociodemográficos e clínicos, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*. **Resultados:** a AE e a QVRS foram consideradas satisfatórias. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre: o domínio função social e situação conjugal, duração, localização e tempo de estomia; a escala global de saúde com o tipo de estomia; a função cognitiva e dor com local da estomia. Houve correlação entre a autoestima e todas as escalas funcionais e a escala global de saúde. **Conclusão:** conhecer os níveis de AE e QVRS, e como as variáveis que os influenciam subsidiam o planejamento do cuidado, a reabilitação e a autonomia social do estomizado.

**Descritores:** Estomia; Neoplasias Colorretais; Autoimagem; Qualidade de Vida; Enfermagem Oncológica.

### ABSTRACT

**Objective:** to assess self-esteem (SE) and health-related quality of life (HRQoL) in ostomized patients due to colorectal cancer. **Method:** cross sectional research with a quantitative approach. Three instruments were used for data collection: one instrument containing sociodemographic and clinical data, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*. **Results:** SE and HRQoL were considered satisfactory. Significant statistical difference was found in the social function domain and marital status, ostomy duration, location, and time; global health scale and ostomy type; cognitive function and pain in the ostomy site. There was a correlation between self-esteem and all the functional scales and the global health scale. **Conclusion:** knowing SE and HRQoL levels, in addition to the variables that influence them, supports ostomized patients' care planning, rehabilitation, and social autonomy.

**Descriptors:** Ostomy; Colorectal Neoplasms; Self Concept; Quality of Life; Oncology Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar autoestima (AE) y calidad de vida relacionada a la salud (QVRS) de pacientes ostomizados por cáncer colorrectal. **Método:** estudio transversal con abordaje cuantitativo. Datos obtenidos mediante tres instrumentos: uno incluyendo datos sociodemográficos y clínicos; la Escala de Autoestima de Rosenberg y el *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*. **Resultados:** La AE y la QVRS fueron consideradas satisfactorias. Se verificó diferencia estadísticamente significativa entre: dominio función social y situación conyugal, duración, localización y tiempo de ostomía; escala global de salud con tipo de ostomía; función cognitiva y dolor con lugar de ostomía. Hubo correlación entre autoestima y todas las escalas funcionales y la escala global de salud. **Conclusión:** conocer los niveles de AE y QVRS y cómo los influyen las variables, ayuda con la planificación del cuidado, la rehabilitación y la autonomía social del ostomizado.

**Descritores:** Estomía; Neoplasias Colorrectales; Autoimagen; Calidad de Vida; Enfermería Oncológica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Elizabeth Barichello

E-mail: [lizabarichello@hotmail.com](mailto:lizabarichello@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se mede pela proporção de óbitos, limitações e incapacidades, impacto sobre a qualidade de vida, além do ônus econômico repartido entre o sistema de saúde, as famílias e a sociedade em geral. No Brasil, as DCNT compõem o problema de saúde mais expressivo, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer<sup>(1)</sup>.

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

O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias malignas mais frequentes do trato gastrointestinal<sup>(3-4)</sup>. A designação CCR refere-se ao câncer que acomete o cólon, a junção retossigmoidal, o reto, o ânus e o canal anal<sup>(5)</sup>. No Brasil, a estimativa para 2016 é de 16.660 casos em homens e de 17.620 em mulheres<sup>(2)</sup>.

A cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos cânceres de cólon e reto. O tipo e a extensão da cirurgia dependem da localização e tamanho do tumor, exigindo geralmente a ressecção ampla da alça intestinal e do tecido linfático adjacente<sup>(6)</sup>.

Colostomias e ileostomias podem ser criadas em caráter temporário ou definitivo. Os estomas temporários são realizados com o intuito de preservar uma anastomose e futuramente realizar a reconstrução do trânsito intestinal, enquanto que os definitivos ou permanentes são realizados geralmente nos casos de câncer em que há a impossibilidade de reconstrução, já que o segmento distal do intestino foi extirpado<sup>(7)</sup>.

O resultado do tratamento cirúrgico depende do preparo psicossocial do paciente no pré-operatório em que podem ser revelados sentimentos de ansiedade e medo, relacionados à anestesia, às alterações na imagem corporal, às mudanças no estilo de vida, às preocupações com o risco de morte e ao próprio procedimento cirúrgico<sup>(6)</sup>.

Apesar do aprimoramento das técnicas empregadas, as cirurgias oncológicas para confecção de um estoma determinam consequências mutilatórias, que acarretam perdas funcionais e anatômicas. O estomizado defronta-se com a multiplicidade de alterações de ordem física, psicológica, espiritual, social e sexual, as quais geram impacto sobre a autoestima (AE) e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)<sup>(8)</sup>.

A autoestima é um fator importante no câncer colorretal. Além do estigma do câncer e de sua localização corporal, o indivíduo tem suas preocupações agravadas pelas possibilidades terapêuticas, dentre as quais o desvio do trânsito intestinal mediante a realização de um estoma. Há a incorporação de um estigma social, ou seja, a pessoa sente-se diferente perante a família e a sociedade, o que pode dificultar sua aceitação e o seu processo adaptativo<sup>(9)</sup>.

A AE se evidencia nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos da vida<sup>(10)</sup>. É o construto mais

utilizado no que se refere aos pensamentos e sentimentos que o indivíduo tem de si mesmo<sup>(11)</sup>. A confecção de um estoma pode resultar em imagem distorcida e em diminuição da autoestima, repercutindo na percepção sobre si mesmo, e a pessoa se vê sem atrativos. A mudança súbita da imagem corporal origina confusão e alteração negativa na forma como ela se percebe<sup>(12)</sup>.

A ênfase crescente na avaliação da QVRS de indivíduos submetidos ao tratamento antineoplásico é decorrente de fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença, a necessidade de mensurar o impacto na terapêutica, as atitudes sociais mais otimistas, o crescente número de sobreviventes e a preocupação com os direitos dos pacientes<sup>(13)</sup>.

A terminologia QVRS refere-se ao valor que se pode atribuir à vida ou estado de saúde percebido decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais quando influenciados por doenças ou agravos, tratamento e políticas de saúde<sup>(14)</sup>. A avaliação desse constructo assume, portanto, um caráter instrumental, uma vez que fornece aos profissionais de saúde melhor compreensão de como diferentes práticas e intervenções terapêuticas influenciam os resultados nos indivíduos<sup>(15)</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos: avaliar a autoestima e determinar a influência dos dados sociodemográficos e clínicos na autoestima, determinar os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde e analisar a influência dos dados sociodemográficos e clínicos e da autoestima sobre a qualidade de vida relacionada à saúde.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

A presente investigação teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, com 36 estomizados, desenvolvido no ambulatório de especialidades da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba-MG, por meio de busca ativa de estomizados cadastrados no Programa de Atenção Multidisciplinar ao Paciente Ostomizado (PAMPO), no período de junho e julho de 2015.

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos, no estudo, estomizados por diagnóstico pregresso de câncer colorretal, com 18 anos ou mais, que realizaram pelo menos uma consulta. Foram excluídos aqueles com estomia intestinal não relacionada ao câncer colorretal e incapacidade física e cognitiva para responder às entrevistas.

### Protocolo do estudo

Para a obtenção de dados, foram utilizados três instrumentos: o questionário contendo dados sociodemográficos e clínicos, a escala de autoestima de Rosenberg e o *European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 itens* (EORTC-QLQ-C30), para avaliar os aspectos de QVRS.

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

Para a avaliação da AE, foi aplicada a Escala de Rosenberg, composta por dez questões com as seguintes opções de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente<sup>(16)</sup>. Para cada resposta, foi atribuída uma nota de importância que varia de 1 a 4, sendo que, nas afirmativas 2, 5, 6, 8 e 9, este valor é decrescente e nas outras, o inverso. Dessa maneira, quanto maior o escore obtido na escala pior a autoestima do indivíduo.

O EORTC-QLQ-C30 QVRS é um questionário de QVRS devidamente validado para a nossa população<sup>(17)</sup>, para uso específico em pacientes com câncer. É composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: função física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, uma escala do estado geral de saúde (EGS/QV), três escalas de sintomas para medir fadiga, dor, náusea e vômito, cinco itens para avaliar sintomas como dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia, e um item que avalia o impacto financeiro do tratamento e da doença. Os escores das escalas e das medidas variam de zero a cem, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Pontuações elevadas no EGS e na escala funcional representam um nível funcional saudável, enquanto um escore alto nas escalas de sintomas e itens isolados representa alto nível de sintomatologia<sup>(17)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, foi usado o software SPSS versão 20.0 e o teste consistência interna Alfa de Cronbach para testar a confiabilidade dos instrumentos. Na análise bivariada, os escores de autoestima, para os grupos definidos por variáveis categóricas, foram comparados utilizando-se o Teste-t, e os escores de qualidade de vida utilizando-se o teste não paramétrico Mann-Whitney. A relação entre os escores de autoestima e qualidade de vida e as variáveis quantitativas foi realizada utilizando-se a correlação de Pearson.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado Qualidade de vida nos pacientes com câncer, que teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

## RESULTADOS

Dentre os 36 estomizados intestinais em razão do câncer colorretal, 20 (55,6%) eram do sexo masculino e 16 (44,44%) do feminino. A média de idade encontrada foi de 63,97 anos, variando de 30 a 81 anos. Relativamente à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 6,94 anos, sendo que 13 (36,1%) cursaram de um a quatro anos, sete (19,5%) de cinco a oito anos, treze (36,1%) de nove a 11 anos e três (8,3%) que nunca frequentaram a escola. Com relação à situação conjugal, 19 (52,8%) encontravam-se com companheiro, sete (19,4%) eram solteiros, seis (16,7%) viúvos e quatro (11,1%) divorciados. Quanto à ocupação e à religião, a maioria, 24 (66,7%) eram aposentados e 25 (69,4%) eram católicos, respectivamente.

Com relação aos dados clínicos, destaca-se o tempo de convivência com o estoma em três faixas, sendo 14 (38,9%) menor

ou igual há 12 meses, 12 (33,3%) de 13 a 60 meses e 10 (27,8%) acima de 60 meses. Quanto ao tipo, predominou a colostomia, 33 (91,7%), com localização no quadrante abdominal esquerdo e de caráter definitivo (63,9%). No que concerne a complicações relacionadas ao estoma, 27 (75%) negaram e nove (25,0%) referiram tê-las, sendo quatro (11,1%) hérnia, dois (5,6%) prolapso e um (2,8%) sangramento, estenose, dermatite. A maioria dos estomizados refere que não foram orientados previamente quanto à confecção do estoma (77,8%).

Ao analisarmos os resultados referentes à AE, obtivemos um escore mínimo de 10 e um máximo de 31. A média foi de 18,88, e a mediana 20,0. O resultado do alfa de Cronbach foi de 0,9, o que indica uma elevada consistência interna e homogeneidade dos itens.

A escala de autoestima de Rosenberg (EAR) não possui pontos de corte, portanto, foram analisados os escores integrais, considerando-se que quanto mais alto o escore pior a autoestima. Comparando-se as médias de AE com as variáveis categóricas, apenas a variável clínica localização do estoma apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,03$ ), sendo que indivíduos com estomia à esquerda apresentaram médias menores, portanto, melhor autoestima. Para as variáveis sexo, situação conjugal, tipo e duração do estoma, não houve resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 1 mostra os cálculos das médias, desvio-padrão e o resultado do teste alfa de Cronbach para cada domínio do EORTC QLQ-C30 com mais de um item. O Estado Geral de Saúde/QV atingiu média de 77,77, retratando que os estomizados consideram a sua qualidade de vida como satisfatória, visto que se aproximam de 100 (escore máximo).

**Tabela 1 –** Medidas de posição e variabilidade para os domínios do *European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 itens* (EORTC-QLQ-C30) de estomizados secundários ao câncer colorretal, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

Escalas e sintomas	Média	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
Estado Geral de Saúde (EGS)	77,77	23,82	0,76
Função física (FF)	72,40	24,02	0,73
Desempenho de papéis (DP)	60,64	36,91	0,68
Função emocional (FE)	62,69	31,92	0,77
Função cognitiva (FC)	77,28	27,69	0,43
Função social (FS)	71,78	32,25	0,69
Fadiga (FAD)	19,98	28,32	0,71
Náuseas e vômitos (NAV)	4,61	10,91	0,19
Dor (Dor)	19,44	30,93	0,74
Dispneia (DIS)	7,39	24,03	-
Insônia (INS)	37,08	41,29	-
Perda de Apetite (PAP)	21,33	34,94	-
Constipação (CON)	10,19	25,01	-
Diarreia (DIA)	8,31	18,48	-
Dificuldade Financeira (DIF)	31,47	40,61	-

**Tabela 2** – Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do *Quality of Life Questionnaire Core 30 itens* (QLC-C30) com os dados sociodemográficos e clínicos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

Escala	Dados sociodemográficos e clínicos	Variável	Média	Desvio-Padrão	Valor de p
Função social	Situação conjugal	Com companheiro	57,95	36,09	0,01
		Sem companheiro	87,24	18,15	
Dificuldade financeira	Situação conjugal	Com companheiro	45,58	43,37	0,03
		Sem companheiro	15,71	31,49	
Estado Global de Saúde	Tipo de estomia	Colostomia	80,04	23,19	0,04
		Ileostomia	52,78	17,36	
Função social	Duração do estoma	Temporário	53,85	35,98	0,01
		Definitivo	81,91	25,52	
Função cognitiva	Localização do estoma	Quadrante direito	61,46	24,98	0,04
		Quadrante esquerdo	86,22	25,45	
Função social	Localização do estoma	Quadrante direito	53,85	33,37	0,01
		Quadrante esquerdo	81,91	27,39	
Dor	Localização do estoma	Quadrante direito	39,69	40,49	0,02
		Quadrante esquerdo	8,00	15,78	

**Tabela 3** – Correlação de *Pearson* entre os domínios do *European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 itens* (EORTC-QLQ-C30) e as variáveis sociodemográfica e clínicas e autoestima, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

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

Nota: \* Correlação de *Pearson*; \*\*Índice de significância ( $p < 0,05$ )

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

As escalas de sintomas apresentaram médias baixas, o que representa um baixo nível de sintomatologia, predominando a insônia, com média de 37,08, seguida pela perda de apetite, fadiga, dor, constipação, diarreia dispneia e náuseas e vômitos. Na escala de dificuldades financeiras, a média encontrada foi de 31,47.

A fim de verificar se as variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas interferem nos domínios investigados pelo EORTC-QLQ-C30, foi aplicado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, e os resultados foram considerados como estatisticamente significativos quando  $p \leq 0,05$ , conforme Tabela 2.

A comparação entre os domínios do EORTC e sexo não apresentou diferença significativa, ou seja, homens e mulheres tiveram uma percepção semelhante da qualidade de vida.

As comparações estatisticamente significativas encontradas foram: a situação conjugal, a escala de função social e o item dificuldade financeira; tipo de estomia e EGS; duração do estoma com a escala função social e localização do estoma com as escalas função cognitiva e função social, e o sintoma dor (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra a correlação entre os domínios de QV com as variáveis quantitativas. Não foram encontradas correlações estatisticamente



significantes para as escalas do QLQ-C-30 e a variável escolaridade. A variável idade influenciou significativamente a QV de estomizados nos domínios EGS ( $r=0,35$ ,  $p=0,03$ ), desempenho de papéis ( $r=0,32$ ,  $p=0,05$ ) e fadiga ( $r=-0,34$ ,  $p=0,04$ ).

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

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

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

## DISCUSSÃO

Neste estudo, quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, predominaram estomizados do sexo masculino, idosos, baixo nível de escolaridade, aposentados, o que caracteriza o atendimento pelo SUS.

A autoestima se evidencia nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos da vida<sup>(10)</sup>. É também considerada como importante indicador de saúde mental por interferir nas condições afetivas, sociais e psicológicas e a confecção de um estoma pode resultar em imagem distorcida e diminuição da autoestima, repercutindo na percepção sobre si mesmo, e a pessoa se vê sem atrativos<sup>(10)</sup>. A mudança súbita da imagem corporal origina confusão e alteração negativa na forma como ela se percebe<sup>(6,10)</sup>.

No que se refere à AE, a média dos escores na EAR foi de 18,88. Esses resultados nos permitem inferir que, como a média dos escores de AE está distante do escore máximo (40), a autoestima desse grupo é satisfatória, considerando-se que a pontuação da escala varia de 10 a 40, e que quanto mais próximo do dez melhor a autoestima e quanto mais próximo de 40 pior é a autoestima. Resultados diferentes foram encontrados em outro estudo<sup>(18)</sup>, cujo objetivo foi avaliar a autoestima em pacientes com estoma intestinal, concluindo que os estomizados apresentavam autoestima prejudicada.

Dentre as variáveis analisadas (sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, renda familiar, tempo de estomia, tipo de estomia, duração do estoma), nenhuma mostrou diferença significativa em relação à autoestima ( $p>0,05$ ), ou seja, esse achado sugere que este atributo não está necessariamente associado às variáveis supracitadas. São necessárias novas pesquisas para clarear essa questão, tendo em vista que relações entre essas variáveis foram impactantes na AE, em estudo semelhante em que apresentaram redução na autoestima os indivíduos do sexo

masculino, casados, com mais de 60 anos, com ensino fundamental incompleto e com estomia definitiva<sup>(18)</sup>.

No passado, a preocupação dos profissionais de saúde era a sobrevida dos pacientes diagnosticados com câncer<sup>(19)</sup>. Com a mudança de foco, hoje a ênfase crescente na avaliação da QV de indivíduos submetidos ao tratamento antineoplásico é decorrente de fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença, a necessidade de mensurar o impacto na terapêutica, as atitudes sociais mais otimistas, o crescente número de sobreviventes e a preocupação com os direitos dos pacientes<sup>(13)</sup>.

A confecção do estoma é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas para a pessoa acometida por câncer colorretal, sendo que esta poderá aliviar os sintomas, limitar ou impedir a evolução da doença<sup>(20)</sup>. No entanto, implica em alterações da imagem corporal, perda do controle das eliminações e necessidade do uso de equipamentos coletores<sup>(21-22)</sup>. Assim sendo, indivíduos estomizados desenvolvem alterações de ordem física, psicológica e social, que possivelmente influenciam na sua QVRS<sup>(13)</sup>.

Quanto à qualidade de vida, em estudo desenvolvido na Malásia<sup>(23)</sup>, que também utilizou o QLQ-C30 com pacientes com câncer colorretal, encontraram-se escores melhores para o EGS, com médias de 85,16.

Nas escalas funcionais, função física, emocional, cognitiva e social, as médias variaram entre 62,69 e 77,28. O desempenho de papéis (60,64) foi o mais afetado, como em outro estudo<sup>(13)</sup> em que o domínio obteve média de 12,96, expressando que existe algum nível de impedimento para trabalhar ou realizar atividades de lazer, avaliado pelas respostas seis e sete do instrumento.

Considerados como pessoas com deficiência física, os estomizados convivem com as dificuldades biopsicossociais ocasionadas pela presença do estoma, inclusive empecilhos para inclusão social. Estudo qualitativo<sup>(24)</sup> descreveu as mudanças ocorridas no cotidiano do estomizado, identificou restrições nas atividades de lazer, como viajar, praticar esportes, frequentar clubes, devido à insegurança em relação à aderência da bolsa. Outro estudo<sup>(25)</sup> utilizou o questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-bref* para avaliar e comparar a QV de estomizados temporários e definitivos, encontrando, em mais de 50% de ambos os grupos, insatisfação com as oportunidades de lazer e preocupações referentes à exposição, ruptura e o vazamento dos equipamentos coletores.

Os baixos escores na escala de sintomas e itens isolados demonstram que estes estão adequadamente controlados. Nas escalas de sintomas e demais itens, insônia (37,08) foi o domínio mais afetado. Sugere-se que pesquisas futuras quanto às perturbações do sono em estomizados sobreviventes ao CCR sejam verificadas, dada a escassez de estudos com essa temática.

O item dificuldade financeira apresentou média de 31,47, valor máximo de 100, e desvio-padrão de 40,61, sendo o segundo maior valor de desvio-padrão de todos os itens avaliados, mostrando que foi um dos itens que apresentou maior diferença entre as respostas. A média desse item retrata a dificuldade financeira em nível moderado. A estomia determina limitações na QVRS, as quais causam afastamento do mercado de trabalho e, conseqüentemente, corrobora o surgimento das dificuldades financeiras. Além disso, auxílios governamentais e a

aposentadoria trazem significantes reduções salariais. Estudo realizado no Rio de Janeiro<sup>(26)</sup> com estomizados demonstrou que, dentre os 20 entrevistados, 15 exerciam atividade laboral, sendo que 12 recebiam simultaneamente benefícios governamentais, alegando que estes eram insuficientes para o sustento familiar.

Ao relacionarmos QV com a variável sexo, não se observou diferença significativa nos domínios do EORTC. Outro estudo<sup>(27)</sup> encontrou escores elevados de dor, fadiga e dispneia para o sexo feminino. Em relação à situação conjugal, observa-se que estomizados sem companheiro obtiveram escores maiores no domínio social, indicando que a condição física e o tratamento interferem menos na vida familiar e nas atividades sociais, quando comparados aos que possuem. Esperar-se-ia o inverso, podendo o resultado encontrado se justificar pelo fato de os estomizados considerarem a qualidade do relacionamento e não somente a existência dele. Ainda relacionados à situação conjugal, a condição física e o tratamento provocaram maior dificuldade financeira no grupo com companheiro. A confecção de uma estomia determina mudanças biopsicossociais, como o não retorno ao emprego, o que justifica este resultado.

O fato de o EGS ser melhor percebido pelos portadores de colostomia pode ser explicado pela característica consistência e volume dos efluentes serem diferentes entres estes e os que foram submetidos à anastomose do íleo à parede abdominal.

Com relação à duração do estoma, pode-se observar que estomizados definitivos apresentaram escores médios maiores comparados aos de caráter temporário, no entanto apenas a função social apresentou diferença significativa. Estudo<sup>(25)</sup> que comparou a QVRS de estomizados definitivos e temporários concluiu que ambos sofrem as mesmas angústias, o que afeta igualmente a qualidade de vida. A condição de estar com uma estomia intestinal com prazo limitado não isenta essas pessoas de sofrimento, já que elas precisam enfrentar os desafios provenientes do impacto da estomia em suas vidas.

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

Estomias sitiadas no quadrante inferior direito apresentam efluentes de consistência mais líquida, passando a pastosa com descargas frequentes, com fluidos mais alcalinos e ricos em enzimas, e pode ocasionar dermatite de origem irritativa gerando dor. Pode-se inferir que as relações sociais estão mais prejudicadas nesse grupo pela necessidade de esvaziamento e higienização constantes do equipamento coletor.

A variável idade apresentou correlação moderada e positiva com o EGS e desempenho de papéis, portanto, quanto maior a idade maior os escores nesses domínios; e moderada e inversa com a fadiga, mostrando que a fadiga aumenta quanto menor for à idade. Dados diferentes foram encontrados em outro estudo, no qual a idade foi uma das variáveis que não apresentou correlação com nenhum domínio de QV<sup>(28)</sup>.

Como esperado, o tempo de estomia representa um importante fator de influência nos domínios da QVRS, apresentando correlação com desempenho de papéis e função social,

mostrando que quanto maior o tempo de estomia maiores os escores nesses domínios, e inversa com insônia, ou seja, menor sintomatologia com o aumento do tempo de estomizado. Esses resultados são consoantes com a literatura que afirma que a adaptação à estomia requer tempo e o período de adaptação é variável entre os indivíduos<sup>(22,26)</sup>.

À medida que o tempo evolui e utilizando as estratégias de adaptação encontradas, os estomizados têm mais facilidade em integrar as mudanças, em todas as suas múltiplas dimensões, podendo a aceitação ser potencializada pela integração com familiares e amigos e pela intervenção sistematizada dos profissionais de saúde<sup>(22)</sup>.

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

A estomia pode ser um fator limitante na QVRS de pacientes com CCR, uma vez que coexistem dificuldades físicas e psicológicas, não só relacionadas à doença, mas também relacionadas aos aspectos limitantes do estoma<sup>(25)</sup>, como aquelas relacionadas às atividades de vida diária e à capacidade laborativa, ou seja, no domínio físico.

A atenção ao impacto emocional é imprescindível na assistência aos estomizados, pois pode ser considerado fator importante na imagem corporal desses indivíduos, já que produz impacto psicológico considerável, alterando sua autoestima e por vezes suas relações sociais. A estomização altera a imagem que a pessoa tem de si e de seu corpo, havendo ainda preocupações acerca da percepção dos outros em relação à sua nova condição<sup>(29)</sup>.

Houve correlação entre AE e dificuldade financeira, mostrando que quanto pior a AE maior é a dificuldade financeira, aspecto importante e que compromete a QVRS. A estomia determina múltiplas limitações na qualidade de vida e, dentre elas, o afastamento do mercado de trabalho. Pode-se inferir que a falta de recursos financeiros pode se tornar bastante expressiva, principalmente quando a doença afeta o membro da família responsável pelo sustento<sup>(30)</sup>.

### Limitações do estudo

Este estudo apresentou limitações no que diz respeito ao recorte transversal e ao tamanho da amostra. Este fato se atribui ao diagnóstico prévio de câncer em que os sobreviventes são aqueles que obtiveram controle da doença. No que se refere à avaliação de autoestima e qualidade de vida de estomizados por câncer intestinal, a literatura é bastante escassa. Percebeu-se a necessidade de novas pesquisas, principalmente de abordagem quantitativa.

### Contribuições para a área da enfermagem

O conhecimento dos níveis de autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde em estomizados por câncer colorretal,

assim como as mudanças provocadas no seu cotidiano, fornece subsídios para o planejamento da assistência dos profissionais envolvidos no cuidado, em especial o enfermeiro. O conhecimento do profissional enfermeiro possibilita o desenvolvimento de estratégias de intervenção que minimizem os transtornos decorrentes da estomização e, ainda, a possibilidade de capacitar profissionais envolvidos na assistência.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitiram analisar a autoestima e a qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados secundários ao CCR.

A autoestima foi considerada satisfatória. Possuem AE elevada indivíduos com estoma localizado no quadrante abdominal esquerdo.

Na relação da QVRS com a situação conjugal, identificou-se que estomizados sem companheiros obtiveram os maiores escores na escala função social e aqueles com companheiros, maior dificuldade financeira. Indivíduos com colostomia apresentaram escores, no EGS, superiores. Estomizados definitivos

obtiveram maiores escores na função social. Estomizados à esquerda apresentaram maiores escores nas funções cognitiva e social, e os à direita apresentaram escore elevado para dor. A idade correlacionou-se com o EGS e desempenho de papéis, com elevação desses domínios quanto maior fosse a faixa etária e, inversamente, com a fadiga, sendo esta mais expressiva quanto menor a idade.

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

Entre os domínios do EORTC e os escores de autoestima, encontrou-se correlação de forte intensidade e inversa para o EGS e todas as escalas funcionais, ou seja, quanto maiores os escores na EAR menores os escores dos domínios supracitados com maiores prejuízos à QVRS.

## FOMENTO

Auxílio financeiro (APQ – 02411-14) pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

## REFERÊNCIAS

- Francisco PMSB, Segri NJS, Malta DC. Desigualdades sociodemográfica nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. *Rev Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2015[cited 2016 Jan 10];24(1):7-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro (RJ): INCA[Internet] 2016[cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>
- CamposFG, Calijuri-HamraMC, ImperialeAR, KissDR, NahasSC, CecconelloI. Locally advanced colorectal cancer: results of surgical treatment and prognostic. *Rev Arq Gastroenterol*[Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];48(4):270-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v48n4/v48n4a10.pdf>
- Manso MM, Kitamura NE, Souza JRM, Gonçalves JE, Matos LL, Mader AMAA, et al. Níveis séricos e imunoexpressão tecidual do marcador CA 19-9 no carcinoma colorretal e comprometimento linfonodal. *Rev Arq Bras Ciênc Saúde*[Internet]. 2011[cited 2016 Jan 10];36(1):29-34. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1921.pdf>
- Huwe FG, Anton EM, Eisenhardt MF, Foletto E, Jackisch S, Severo B, et al. Avaliação das características clínicas e epidemiológicas e sobrevida global de pacientes portadores de câncer colorretal. *Rev Epidemiol Control Infec*[Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];3(4):112-6. Available from: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4117/3253>
- Mota MS, Gomes GC. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2013[cited 2014 Jul 10];7(esp):7074-81. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3435/8133>
- Nicolussi AC. Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa da literatura[Internet]. [Dissertação]: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008[cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-03092008-111111/pt-br.php>
- Torres CRD, Andrade EMLR, Ribeiro FMSS, Gonçalves Neta FCC, Luz MHBA. Qualidade de vida de pessoas estomizadas: revisão integrativa. *Rev de Enferm UFPI*[Internet]. 2015[cited 2016 Jan 10];4(1):117-22. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2242/pdf>
- Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2011[cited 2015 Aug 10];20(3):357-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>
- Schultheisz TSV, Aprile MR. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Rev Equil Corp Saúde*[Internet]. 2013[cited 2014 Aug 16];5(1):36-48. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22/19>
- Erdogan B, Bauer TN, Truxillo DM, Mansfield LR. Whistle while you work: a review of life satisfaction literature. *J Manag*[Internet]. 2012[cited 2014 Mar 10];38(4):1038-83. Available from: <http://jom.sagepub.com/content/early/2012/01/03/0149206311429379.full.pdf+html>.

12. Sampaio FMC. A autoestima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. *Rev Port Enferm Saúde Mental*[Internet]. 2010[cited 2014 Sep 10];3:31-7. Available from: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6153/1/Revista4-Artigo4%20%281%29.pdf>
13. Kameo SY, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal. *Rev Iberoamericana Educ Invest Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Jan 10];4(2):19-26. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/118.pdf>
14. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2014[cited 2015 Jun 10];48(2):357-67. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf)
15. Gimenes GF. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. *Rev Trab Educ Saúde* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 10];11(2):291-318. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>
16. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*[Internet]. 2004[cited 2015 Jun 10];19(1):41-52. Available from: <http://www.rbcp.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>
17. Brabo EP, Paschoal MEM, Biasoli I, Nogueira FE, Gomes MCB, Gomes IP, et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of cancer: preliminary reliability and validity report. *Qual Life Res*[Internet]. 2006[cited 2015 Jun 10];15(9):1519-24. Available from: <http://download.springer.com/static/pdf>
18. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol* [Internet]. 2014[cited 2015 Oct 10];34(4):231-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n4/2237-9363-jcol-34-04-0231.pdf>
19. Chaves PL, Gorini MIPC. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2011[cited 2016 Oct 10];32(4):767-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n4/v32n4a18.pdf>
20. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *Rev Europ J Oncol Nurs*[Internet]. 2011[cited 2014 Jun 10];15(1):59-66. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910000943>
21. Franco VQ, et al. Inclusão laboral da pessoa estomizada sob a ótica do capitalismo neoliberal. *Rev Enferm Prof*[Internet]. 2014[cited 2015 Jun 10];1(2):291-303. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagempofissional/article/view/3699/pdf\\_1410](http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagempofissional/article/view/3699/pdf_1410)
22. Sousa CF, Santos C, Graça LCC. Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. *Rev Enf Ref*[Internet]. 2015[cited 2015 Jun 10];4(4):21-30. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974002>
23. Wan Puteh SE, Saad NM, Aljunid SM, Manaf MRA, Sulong S, Sagap I, et al. Quality of life in Malaysian colorectal cancer patients. *Rev Asia Pacific Psych*[Internet]. 2013[cited 2015 Jun 10]; 5(suppl.1):110-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12055/epdf>
24. Coelho AR, Santos FS, Dal Poggetto MT. A ostomia mudando a vida: enfrentar para viver. *REME Rev Min Enferm*[Internet]. 2013[cited 2015 Sep 10];17(2):22-31. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>
25. Fortes RC, Monteiro TMRC, Kimura CA. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. *Journal of Coloproctology* [Internet]. 2012[cited 2015 Mar 16];32(3):253-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v32n3/a08v32n3>
26. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O sentido do trabalho para o ser estomizado. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2014[cited 2015 Sep 10];23(3):656-64. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00656.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00656.pdf)
27. Natrah MS, Ezat S, Syed MA, Rizal AM, Saperi S, et al. Quality of life in Malaysian colorectal cancer patients: a preliminary result. *Asian Pac J Cancer Prev*[Internet]. 2012[cited 2015 Sep 10];13(3):957-62. Available from: [http://journal.waocp.org/article\\_26273\\_d5b381c01cb6bec28db76d65715fe1d.pdf](http://journal.waocp.org/article_26273_d5b381c01cb6bec28db76d65715fe1d.pdf)
28. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2012[cited 2015 Sep 10];20(1):93-100. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_13.pdf)
29. Souza ECA, Figueiredo GLA, Lenza NFB, Sonobe H. Consequências da ostomia intestinal para os estomizados e seus familiares. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2010[cited 2015 Sep 10];4(esp):1081-6. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/942/pdf\\_102](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/942/pdf_102)
30. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Rev Ciênc Cuid Saúde*[Internet]. 2010[cited 2015 Sep 10];9(2):269-77. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8749/6076>