

# **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS**

**ANA GABRIELA SILVA DE LIMA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação Interinstitucional em Oncologia da  
Fundação Antônio Prudente em parceria com  
o Hospital de Câncer de Pernambuco, para  
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de concentração: Oncologia**

**Orientadora: Dra. Diana Lima Villela de Castro**

**Co-Orientador: Dr. Luiz Henrique de Andrade  
Araújo**

**São Paulo**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Lima, Ana Gabriela Silva de

**Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários** / Ana Gabriela Silva de Lima - São Paulo; 2019.

56p.

Dissertação(Mestrado)-Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em parceria com o Hospital de Câncer de Pernambuco

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Diana Lima Villela de Castro

Descritores: 1. Qualidade de Vida/Quality of Life. 2. Estomas Cirúrgicos/Surgical Stomas. 3. Neoplasias/cirurgia/Neoplasms/surgery. 4. Estudos de Coortes/Cohort Studies. 5. Inquéritos e Questionários/Surveys and Questionnaires

***“Um passo a frente e você não está no mesmo lugar”***

***Chico Science***

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente aos voluntários da pesquisa, que me fizeram ter uma visão diferenciada em relação ao cuidar do ser estomizado; e no decorrer de cada encontro, me fizeram amar a pesquisa em estomaterapia;

À minha mãe, Ana Lúcia Carlos da Silva, que esteve ao meu lado em todos os momentos (inclusive nos cafés durante a madrugada). Ela que é um exemplo de amor e dedicação, e definitivamente, minha razão de viver. Parabéns Dona Ana, nosso esforço valeu a pena.

## **AGRADECIMENTOS**

Eu agradeço primeiramente a Deus pelo dom de viver, por me proporcionar ser o que sou e ter o que eu tenho;

À minha mãe, a razão de toda a minha vida. É por ela que escolho viver todos os dias, é ela que me inspira, me abraça, me escuta, é ela que me ensinou o valor do amor. Eu te amo de todo o meu coração;

À minha orientadora, Dra. Diana, profissional que amo e admiro. Agradeço a paciência, por ter aceitado esse desafio de orientar uma aluna num Minter tão distante, por ter me incentivado a estudar sobre cuidados com estomias mesmo antes de me conhecer;

Ao meu coorientador, Dr. Luiz Henrique, agradeço pelas orientações e por acreditar em mim como profissional;

À Dra. Leuridan, um MULHER! Que lutou por nós em todo o momento, me escutou, aconselhou e me acalmou quando eu ligava chorando por não compreender a análise estatística;

Aos meus pacientes, saibam que eu simplesmente os amo! Se não fosse por vocês, nada disso tinha acontecido;

Ao Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco, por ter me dado a oportunidade de estudar e trabalhar na mesma instituição;

À Gerência de Enfermagem pelas liberações para assistir as aulas internas e externas;

À Enf<sup>a</sup> Thaís Ribeiro, que durante a coleta de dados era residente no programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem e foi muito importante durante a coleta de dados;

À minha família, tia Teresa, tia Lucinha e tio Tonho que sempre estiveram presentes;

Às minhas primas, Geovana e Amanda, por suportar minhas chatices e me aconselharem;

À Iranilda Sales, na verdade nem tenho palavras pra agradecer tudo o que ela faz por mim. Eu te agradeço por toda a paciência, pelas palavras de carinho, pelos incentivos diários e que me fez acreditar que coisas melhores estão por vir. Amiga, verdadeira e leal;

Às minhas amigas do mestrado, por sempre estarmos dispostas a ajudar umas às outras.

## RESUMO

Lima AGS. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários.** São Paulo; 2019. [Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em parceria com o Hospital de Câncer de Pernambuco].

**Introdução:** A confecção de uma estomia é um procedimento cirúrgico para exteriorização de órgãos ou vísceras para o meio externo. As estomias de eliminação podem ser classificadas como: ileostomia, colostomia, colostomia úmida e urostomia tipo bricker. Independente do tipo de estomia, podem ter complicações relacionadas ao estoma e pele periestomal que associado a outros fatores podem interferir na qualidade de vida e processo adaptativo para a reabilitação. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários. **Metodologia:** Pesquisa de coorte longitudinal, realizada nas enfermarias e ambulatório da cirurgia oncológica, pélvica e urologia, com pacientes submetidos a estomas de eliminação durante o período de julho/2016 a janeiro/2017. Foram utilizados os questionários EORTC-QLQ-C30 e OAI-23 em 5 momentos durante 180 dias. Os dados foram analisados de forma descritiva e a comparação das variáveis quantitativas em relação as avaliações foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman e quando diferença significativa, o teste de comparação múltipla com correção de Bonferroni. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 27 pacientes, com idade entre 25 a 82 anos, com média de 57,6 ( $\pm 14,4$ ) anos, sendo a maioria do sexo masculino (51,8%), 19 (70,4%) não receberam informações sobre a confecção do estoma e 25 (92,6%) não tiveram estoma demarcado no pré-operatório. Dentre as complicações, a dermatite de pele periestomal apresentou maior incidência, 18 (90%), 22(100%) e 11 (91,7%), com 30 dias de PO, 90 dias de PO e 180 dias de PO, respectivamente. Durante a

avaliação quantitativa do ajustamento, houve significância em todos os escores nos 4 tempos de pesquisa: aceitação:  $p=0,005$ , ansiedade:  $p<0,001$ , engajamento social:  $p=0,001$ , raiva:  $p<0,001$  e escore total:  $p<0,001$ . Ao analisar a QV foram clinicamente relevantes em relação aos 4 momentos de pesquisa nas subescalas desempenho físico ( $p=0,026$ ), desempenho funcional ( $p=0,001$ ), emocional ( $p=0,034$ ), social ( $p=0,006$ ), dor ( $p=0,023$ ) e constipação ( $p<0,001$ ). **Conclusão:** Quando comparamos a análise quantitativa QV ao longo tempo, percebe-se que a QV piorou ao longo do tempo, porém este fato pode estar também relacionado a progressão da doença; e em relação a análise quantitativa do ajustamento ao longo do tempo, percebe-se que houve um declínio com 30d de PO e após esse período, houve melhora no processo adaptativo.

**Descritores:** Qualidade de Vida. Estomas Cirúrgicos. Neoplasias-cirurgia. Estudos de Coortes. Inquéritos e Questionário



## SUMMARY

Lima AGS. [Evaluation of the quality of life of cancer patients submitted to intestinal and urinary stomas]. Sao Paulo; 2019. [Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em parceria com o Hospital de Câncer de Pernambuco].

**Introduction:** The preparation of an ostomy is a surgical procedure for externalisation of organs or viscera to the external environment. These ostomies can be classified as: ileostomy, colostomy, wet colostomy, and bricker urostomy. Regardless of the type of stoma, they may have complications related to the stoma and peristomal skin that associated with other factors may interfere in quality of life and adaptive process for rehabilitation. **Objective:** To evaluate the quality of life of cancer patients submitted to intestinal and urinary stomas. **Methodology:** Longitudinal cohort study performed in the wards and ambulatory of oncologic surgery, pelvic and urology, with eligible patients submitted to elimination stomas during the period from July 2016 to January 2017. Instruments were used EORTC-QLQ-C30 and OAI-23 questionnaires in 5 moments during 180 days. The data were analyzed in a descriptive way and the comparison of the quantitative variables in relation to the four evaluations was performed using the Friedman non-parametric test and, when significant difference, the multiple comparison test with Bonferroni correction. The level of significance was 5%. **Results:** Twenty-seven patients, aged 25-82 years, with a mean of 57.6 ( $\pm$  14.4) years, were the most male (51.8%), 19 (70.4%) did not receive information about the stoma preparation and 25 (92.6%) did not have stoma demarcated preoperatively. Among the complications, peristomal skin dermatitis had a higher incidence, 18 (90%), 22 (100%) and 11 (91.7%), with 30 days of PO, 90 days of PO and 180 days of PO, respectively. During the quantitative evaluation of the adjustment, there was a significance in all

scores in the 4 research periods: acceptance:  $p = 0.005$ , anxiety:  $p = 0.001$ , social engagement:  $p = 0.001$ , rage:  $p = 0.001$  and total score:  $p = <0.001$ . ( $P = 0.026$ ), functional performance ( $p = 0.001$ ), emotional ( $p = 0.034$ ), social ( $p = 0.006$ ), pain ( $p = 0.026$ )  $0.023$ ) and constipation ( $p = <0.001$ ). **Conclusion:** When comparing the quantitative QoL analysis over time, we can see that QoL has worsened over time, but this fact may also be related to disease progression; and in relation to the quantitative analysis of the adjustment over time, it is noticed that there was a decline with 30d of PO and after this period, there was an improvement in the adaptive process.

**Key words:** Quality of Life. Surgical Stomas. Neoplasms-surgery. Cohort Studies. Surveys and Questionnaires

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Tipos de colostomia .....	4
<b>Figura 2</b>	Tipos de Urostomia .....	6
<b>Figura 3</b>	Colostomia úmida em duas bocas .....	7
<b>Figura 4</b>	Fluxograma de coleta de dados .....	16
<b>Figura 5</b>	Mensuração da estomia .....	19
<b>Figura 6</b>	Dermatite de pele periestomal e hérnia em colostomia com 90d de PO .....	31
<b>Figura 7</b>	Dermatite de pele periestomal em Urostomia tipo bricker com 30d de PO .....	31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Características sociodemográficas da amostra estudada (N=27) .....	26
<b>Tabela 2</b>	Características clínicas da amostra estudada (n= 27).....	27
<b>Tabela 3</b>	Características clínicas relacionadas ao estoma (n=27).....	29
<b>Tabela 4</b>	Incidência de complicações de estoma e pele periestomal com 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.....	30
<b>Tabela 5</b>	Complicações de estoma e pele periestomal com 30, 90 e 180 dias de pós-operatório .....	30
<b>Tabela 6</b>	Medidas descritivas dos escores do OAI-23 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pós-operatório imediato (POI), 30, 90 e 180 dias de pós-operatório. ....	33
<b>Tabela 7</b>	Medidas descritivas da escala QV e saúde global do EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório .....	34
<b>Tabela 8</b>	Medidas descritivas da escala funcional ( desempenho físico) EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório .....	35

<b>Tabela 9</b>	Medidas descritivas da escala sintomas do EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório .....	36
<b>Tabela 10</b>	Medidas descritivas da escala financeira da EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório . ....	36

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABL</b>	Academia Brasileira de Letras
<b>ABRASO</b>	Associação Brasileira de Ostromizados
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EORTC-QLQ-C30</b>	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 itens.
<b>EPT</b>	Exenteração Pélvica Total
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HCP</b>	Hospital de Câncer de Pernambuco
<b>IARC</b>	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>IOA</b>	<i>International Ostomy Association</i>
<b>OAI-23</b>	Ostomy Adjustment Inventory- 23
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PO</b>	Pós-Operatório
<b>POI</b>	Pós-operatório imediato
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
<b>SBCO</b>	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
<b>SOBEST</b>	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WOCN</b>	<i>Wound Ostomy Continence Nurses Society</i>

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Qualidade de vida e ajustamento em pacientes oncológicos estomizados .....	10
1.2	Justificativa .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.1	Objetivos Específicos .....	14
<b>3.</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
3.1	Tipo de estudo.....	15
3.2	Local e período do estudo .....	15
3.3	Casuística.....	15
3.4	Critérios de elegibilidade .....	17
3.4.1	Critérios de inclusão .....	17
3.4.2	Critérios de exclusão .....	17
3.5	Instrumentos.....	17
3.5.1	Ficha de acompanhamento clínico .....	18
3.5.2	Questionário de qualidade de vida EORTC-QLQ-C30 .....	20
3.5.3	Questionário OAI-23.....	21
3.6	Equipe de coleta de dados .....	21
3.7	Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes .....	22
3.8	Aspectos éticos .....	23
3.9	Análise estatística dos dados .....	24
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
4.1	Perfil clínico e sociodemográfico .....	25
4.2	Características clínicas do estoma .....	28

4.3	Ajustamento.....	32
4.4	Qualidade de vida.....	33
4.4.1	Escala QV e Saude Global .....	33
4.4.2	Escala Funcional .....	34
4.4.3	Escala Sintomas.....	35
4.4.4	Escala Financeiro .....	36
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>

## **APÊNDICES**

**Apêndice A** Ficha de acompanhamento clínico

**Apêndice B** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

## **ANEXOS**

**Anexo 1** Questionário de qualidade de vida EORTC-QLQ-C30

**Anexo 2** Questionário OAI-23

**Anexo 3** Parecer Consubstanciado do CEP



# 1 INTRODUÇÃO

A palavra estoma é de origem grega *stoma* e expressa a idéia de boca ou abertura, significa uma comunicação artificial entre órgãos ou vísceras para o ambiente externo (ROCHA 2011). Em 2004, a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) passou a utilizar o termo “estomia/estoma” após um parecer da Academia Brasileira de Letras (ABL) ao esclarecer que o termo “ostomia” é inexistente na língua portuguesa. Portanto, neste trabalho o termo será utilizado apenas em nomes oficiais de associações.

Segundo a *International Ostomy Association* (IOA), há cerca de 1 estomizado para cada 1000 habitantes em países com boa assistência médica (SANTOS 2007). A Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO 2018), estima cerca de 50 mil estomizados no Brasil, sendo 80% colostomizados, 10% ileostomizados e 10% urostomizados.

O estoma é um procedimento cirúrgico, pelo qual tem por objetivo um novo trajeto para ventilação (traqueostomia), nutrição (gastrostomia/jejunostomia), drenagem (pleurostomia/peritoneostomia) ou eliminação (colostomia/ileostomia/urostomia). Os estomas de eliminação são confeccionados para drenagem de efluente fecal e/ou urinário, principalmente devido ao câncer, traumas e doenças inflamatórias (KARADAĞ et al. 2015). SALOME et al. (2015), descreveu o câncer como uma causa relevante, com destaque para tumores colorretais e ginecológicos.

O projeto GLOBOCAN da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) realizado em 2012 estima que o câncer colorretal é o terceiro mais incidente em homens, com 746.000 casos e o segundo mais incidente em mulheres com 614.000 casos no mundo (FERLAY et al. 2015). Estes dados vão de encontro com a estimativa brasileira, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2018, o câncer colorretal ocupa o 3º lugar, em homens, com 17.380 casos e é o 2º mais comum, nas mulheres, com 18.980 casos (Ministério da Saúde 2018).

Os estomas de eliminação intestinais são confeccionados através da exteriorização cirúrgica dos intestinos na parede abdominal anterior com o objetivo de derivar as fezes e gases de seu percurso fisiológico (WHITEHEAD e CATALDO 2017). A nomenclatura do estoma é definida de acordo com o seguimento exteriorizado, sendo assim, podem ser denominadas como: ileostomia (exteriorização do íleo) ou colostomia (exteriorização do cólon) (SANTOS 2000). Podem ser temporários ou definitivos dependendo do motivo que levou a sua construção (GEMELLI e ZAGO 2002).

A ileostomia em alça é geralmente construída temporariamente para proteção de anastomose em cirurgias colorretais. Neste caso, toda a alça do íleo é exteriorizada, com abertura da parede anterior, ficando duas bocas unidas pela parede posterior (ROBERTSON et al. 2015); a ileostomia terminal, foi descrita por BROOKE (1952), realizando a eversão da mucosa do seguimento do intestino delgado, é indicada em casos de colectomia

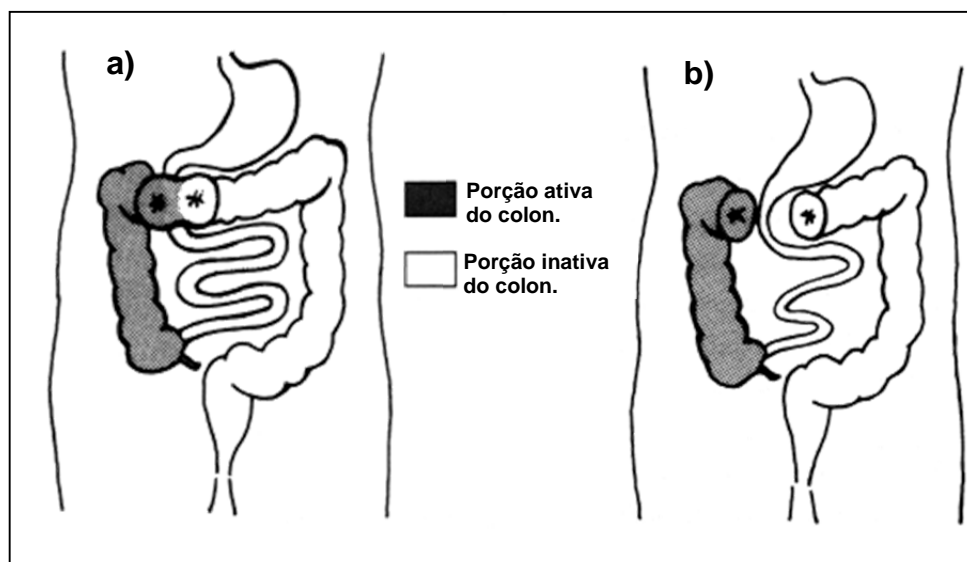
total. A ileostomia terminal de Brooke possui maior protusão em comparação com a ileostomia em alça, desta forma, melhor proteção de pele periestomal.

O efluente da ileostomia tem um pH (potencial hidrogeniônico) alcalino e rico em proteínas proteolíticas que em contato com a pele periestomal, causa dermatite. Possui consistência líquida a pastosa, dependendo da porção do estoma a ser exteriorizado; O efluente a ileostomia passa por uma fase de adaptação, apresentando nas primeiras 48 horas de pós-operatório, efluente líquido de aspecto bilioso e esverdeado; a medida que é iniciada a dieta por via oral, o efluente vai se adaptando gradativamente até obter consistência pastosa; após a fase adaptativa o efluente pode ter alterações na consistência dependendo da alimentação, medicação e tratamento oncológico com quimioterapia e/ou radioterapia (MARTIN e VOGEL 2012). A produção do efluente varia de 500 a 700ml por dia (PINE e STEVENSON 2014) e acima de 1500ml pode causar desidratação e desequilíbrios hidroeletrólíticos (KENNEDY et al. 1983).

A colostomia é confeccionada nas diversas partes do intestino grosso (ascendente, transverso, descendente e sigmoide) e podem ter três tipos principais: terminal de Hartmann, em alça e em duas bocas (ENGIDA et al. 2016; PINE e STEVENSON 2017). A colostomia de Hartmann foi descrita em 1921 e é indicada a confecção temporária, principalmente, em casos de obstrução intestinal ou a confecção permanente, em pacientes com câncer colorretal irresssecável ou após a amputação abdomino-perineal de reto (REIS et al. 2001; ENGIDA et al. 2016).

As colostomias em alça e duas bocas (Figura 1), são geralmente confeccionadas exteriorizando dois segmentos do intestino transverso ou sigmoide, formando duas aberturas: proximal (saída do efluente) e distal (saída de muco) (PINE e STEVENSON 2017; AMBE et al. 2018). São construídas, principalmente, em cirurgias de urgência em casos de obstrução intestinal (ENGIDA et al. 2016).

O efluente da colostomia possui pH neutro e, dependendo do segmento exteriorizado, a consistência do efluente será de pastosa a fezes formadas.



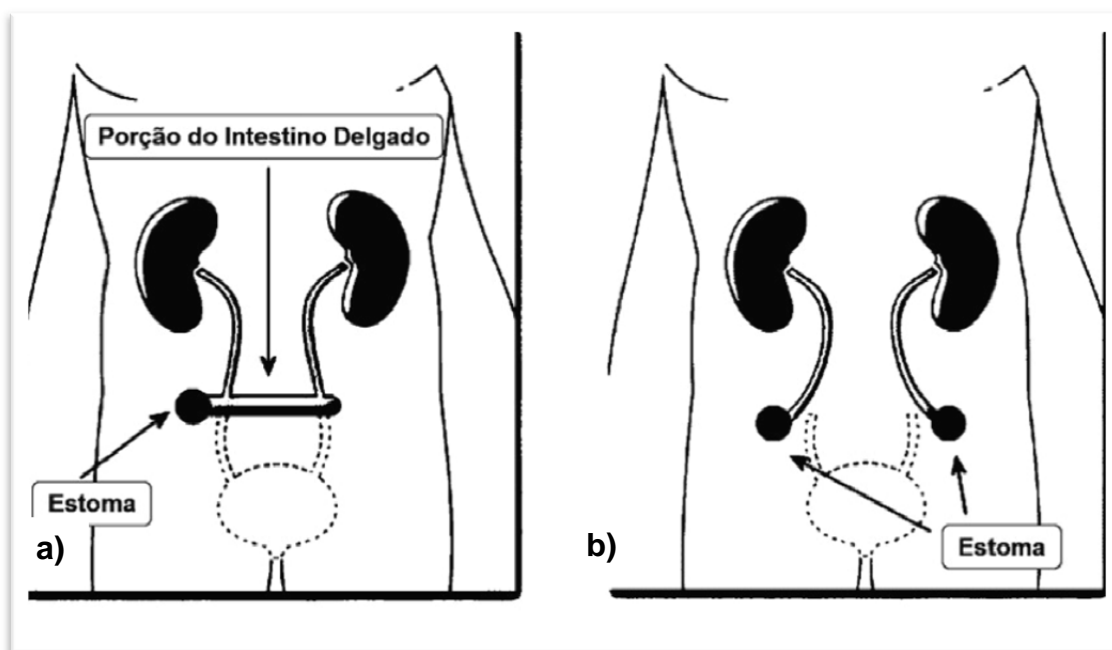
**Fonte:** Adaptado da American Cancer Society-ACS (2018).

**Figura 1** - Tipos de colostomia. a) Colostomia em alça. b) Colostomia em duas bocas

Quanto mais proximal o estoma, menos água o intestino terá absorvido e conseqüente menos consistente será o efluente.

As derivações urinárias são denominadas urostomias, e podem ser do tipo ureteroenterocutâneas (bricker) ou cutâneas. O tipo bricker (Figura 2a) ocorre quando há a implantação dos ureteres em um determinado segmento do intestino (íleo) formando um estoma com a mesma aparência de uma ileostomia e na urostomia cutânea (Figura 2b), a urina é drenada a partir de um orifício confeccionado na parede abdominal e podem ser denominadas de: ureterostomia cutânea, vesicostomia e nefrostomia (SANTOS 2000).

A urostomia tipo Bricker, é confeccionada na reconstrução do trato urinário durante a cistectomia radical. Este procedimento cirúrgico é indicado em casos de tumores que invadem a camada muscular e em grandes tumores da bexiga (LISBOA 2004). De acordo com a estimativa do INCA para o biênio 2018-2019, o número de casos novos de câncer de bexiga para o Brasil é de 6.690 casos em homens e de 2.790 em mulheres (Ministério da Saúde 2018). A Sociedade Brasileira de Urologia relata em sua revisão que as taxas de sobrevida total e livre de doença estão relacionadas com o estadiamento patológico e condições dos linfonodos pélvicos (POMPEO et al. 2008).



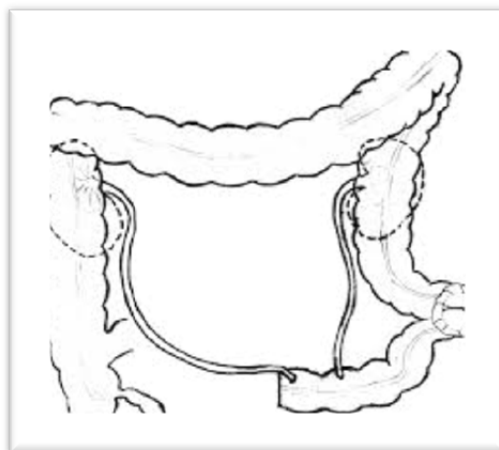
**Fonte:** Adaptado de Cancer et stomies (2018)

**Figura 2** - Tipos de urostomia. a) Ureteroileostomia cutânea (Bricker); b) Urostomia cutânea.

A colostomia úmida em duas bocas (Figura 3) ocorre quando há necessidade de derivação intestinal e urinária simultâneas (COSTA 2007). Neste caso, os ureteres são implantados na colostomia em alça dupla-boca, permitindo a confecção de um único estoma com saída de fezes no conduto proximal e urina no conduto distal (CARTER et al.1989).

Este tipo de estoma é confeccionado durante a Exenteração Pélvica Total (EPT). A EPT é uma cirurgia complexa para tratamento dos tumores malignos de origem ginecológica, urológica e colorretal, consiste na ressecção em bloco dos órgãos e linfonodos pélvicos. Os pacientes que se submetem a esta cirurgia, apresentam cerca de 20% a 60% de sobrevida em cinco anos (PAWLIK et al. 2006). HARJI et al. (2016) realizaram uma revisão

sistemática sobre a influência da qualidade de vida em pacientes submetidos a EPT, relatam que a qualidade de vida é importante para uma melhor sobrevida global após a cirurgia.



**Fonte:** KECMANOVIC et al. (2008)

**Figura 3** - Colostomia úmida em duas bocas

Independente do tipo de estoma a ser confeccionado, o paciente necessitará de cuidados antes da cirurgia. BURCH (2017), em sua revisão, destaca a importância da orientação pré-operatória e a demarcação do local que será realizado o estoma.

A educação pré-operatória realizada por um profissional especializado é primordial, pois é nesta fase em que será explicado o procedimento e o paciente poderá tirar as dúvidas quanto ao tipo e local que o estoma será confeccionado, os tipos de dispositivos existentes, a fim de diminuir a ansiedade, angústia, estresse no momento da hospitalização e contribuir para uma melhor adaptação e qualidade de vida (GULBINIENE et al. 2004; WASSERMAN e MCGEE 2017).

As ações voltadas para o treinamento do autocuidado continuarão no pós-operatório, preparando o estomizado e a família para o cuidado domiciliar e encaminhando para um Serviço de Atenção ao Estomizado. Conforme LIM et al. (2015), a confecção de um estoma gera impactos físicos (perda da função e mudança no design do corpo) e psicológicos (ansiedade, depressão, sentimentos negativos); eles relatam também que muitos participantes da pesquisa que tiveram educação insatisfatória no pré-operatório, passaram por uma fase de “choque” após a cirurgia.

Estudos reforçam a importância de um enfermeiro especialista em estomia (estomaterapeuta) para um cuidado contínuo, desde o pré-operatório para fornecer informações necessárias, realizar a demarcação do local do estoma, a fim de diminuir complicações de estoma e pele peristomal, promover a independência do estomizado, melhorar o ajuste psicossocial e qualidade de vida no pós-operatório (MARQUIS et al. 2003; ROLSTAD e ERWIN-TOTH 2004; COLWELL e GRAY 2007; BRAND e DUJOVNY 2008; PERSON et al. 2012; BAYKARA et al. 2014; BURCH 2017; WASSERMAN e MCGEE 2017).

Após a confecção de estomas, são necessários, cuidados adequados através de profissionais capacitados, a fim de evitar ou diagnosticar precocemente determinadas complicações no estoma e na pele periestomal (SALOME et al. 2015). É importante que o enfermeiro tenha o conhecimento anatomofisiológico intestinal e urinário, além de compreender o processo cirúrgico, para que o processo de cuidar do paciente estomizado, seja planejada, sistematizada e individualizada (BARROSO e LIGNEUL 2000), a



fim de promover uma reabilitação voltada para o autocuidado e melhor aceitação do tratamento (MENDONÇA et al. 2007).

Neste sentido, a *Wound Ostomy Continence Nurses Society* (WOCN) (2018) desenvolveram um guia com o objetivo de facilitar a identificação, avaliação e gestão de complicações estomais mais comuns. São abordadas a hérnia periestomal, laceração, deiscência, necrose, prolapso, retração, estenose e dermatite periestomal. Dependendo do tipo de estoma, as taxas de complicações com estomas e de pele periestomais são de 30% a 67% (ALMUTARI et al. 2018). Cerca de 40% dessas complicações ocorrem até 30 dias após a criação do estoma (SIER et al. 2017) e algumas dessas complicações ficam sem tratamento por anos, pois alguns pacientes não procuram ou demoram para procurar a assistência do profissional de saúde habilitado para intervir no tratamento.

O estoma deve possuir aspecto úmido, vermelho, brilhante e sem dor. No entanto, quando há comprometimento do fluxo sanguíneo local, sua coloração torna-se vermelho escuro, arroxeadado, cinza, marrom ou preta, evidenciando isquemia/necrose (KWIATT e KAWATA 2013).

Além das complicações locais, há despesas com materiais, constrangimento em relação a problemas de vazamento da bolsa coletora, odor, dias de trabalho perdidos e atividades sociais alteradas, que poderiam diminuir ou serem evitados. Recomenda-se acompanhamento de um profissional qualificado a todo paciente estomizado por pelo menos 6 meses após a construção do estoma (ROLSTAD e ERWIN-TOTH 2004).

CRUZ et al. (2008), descrevem três possíveis causas mais importantes para a complicação de estomas: a falta de experiência da equipe cirúrgica, a delegação da confecção do estoma para ser executado pelo membro da equipe menos experiente e o regime cirúrgico em que o estoma é confeccionado. Além disso, as condições fisiológicas e anatômicas do paciente podem ser evidenciadas com um fator de risco.

O estoma intestinal e urinário, com presença ou não de suas complicações, ocasionam ao indivíduo mudanças físicas, psicológicas e sociais que interferem na qualidade de vida, influenciando na sobrevivência do doente oncológico (VONK-KLAASSEN et al. 2016).

## **1.1 QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ESTOMIZADOS**

O diagnóstico do câncer, é um momento que traz medos, angústias e incertezas quanto a abordagem terapêutica, pois muitas vezes, a doença é considerada como fatal que leva ao sofrimento e a morte.

O tratamento cirúrgico influencia na Qualidade de Vida (QV), principalmente quando a intervenção altera a imagem corporal. Nos casos de pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, a confecção de estomas é tida como um procedimento frequente e cerca de 10% dos casos resulta em um estoma permanente (VONK-KLAASSEN et al. 2016). A vivência de um câncer em conjunto com um estoma pode acarretar maior morbidade psicológica (KIMURA 2013). Neste sentido, deve-se a importância de

compreender a QV de pacientes oncológicos estomizados, afim de detectar, precocemente, fatores de risco que alteram negativamente a QV e poder realizar intervenções necessárias.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (The WHOQOL Group 1995).

A saúde tem se tornado um fator determinante na variação da QV, neste aspecto utiliza-se o termo Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS). A mensuração da QVRS é feita através de questionários específicos e auxiliam os profissionais de saúde como compreender o impacto da doença e seus agravos, assim como o tratamento e as políticas de saúde, podem influenciar na vida diária do indivíduo (FERREIRA et al. 2017).

O *Montreax Study*, foi um estudo longitudinal que avaliou a QV de 4.739 pacientes estomizados em 16 países europeus. Os resultados mostraram que o índice de QV muda ao longo do tempo e a presença de uma Enfermeira Estomaterapeuta é importante durante os primeiros 3 a 6 meses após a cirurgia (MARQUIS et al. 2003).

Um estudo qualitativo iraniano envolvendo 14 pacientes concluiu que há uma série de desafios para promover uma melhor QV em pacientes estomizados (DABIRIAN et al. 2011). Estes desafios consistem em trazer ao individuo estomizado, a capacidade de se ajustar a situação vivenciada e enfrentar os eventuais problemas que influenciam na QV. VONK-KLAASSEN

et al. (2016), em sua revisão sistemática, evidenciaram os principais problemas que influenciam na QV do paciente estomizado: problemas sexuais, sentimentos de depressão, odores desagradáveis, constipação, insatisfação com a aparência, mudança no vestuário e sensação de cansaço.

Evidentemente, o impacto da doença e de seu tratamento, pode acarretar limitações físicas e psicossociais, alterando o modo de viver habitual (MICHELONE e SANTOS 2004). Essas transformações desencadeiam um processo de luto. Segundo o modelo Kubler-Ross, os cinco estágios do luto são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (AFONSO e MINAYO 2013). É importante esclarecer que os mecanismos de defesa podem se alternar, o paciente enfrentará cada estágio de forma individualizada e caberá ao profissional especializado identificar o estágio em que o paciente se encontra a fim de auxiliar, de forma gradativa, a aceitação do estoma.

Segundo SILVA e MELLO-SANTOS (2008), a reação de ajustamento acontece após um mês da ocorrência do evento estressor, e a duração dos sintomas, na maioria dos casos, não ultrapassa seis meses, exceto no caso de reação depressiva prolongada. A intensidade da reação de ajustamento varia consideravelmente segundo o status cultural, social, econômico e educacional. O ajustamento refere-se a um processo de adaptação, construído pela aceitação do estoma e comportamentos associados ao enfrentamento da estomia.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu após o Congresso Brasileiro de Cirurgia Oncológica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), onde foi em uma das mesas moderadoras foi mostrado a implementação de um Serviço de Atenção ao Estomizado em um hospital público em Salvador. A partir desta vivência, comecei a observar com um olhar mais cuidadoso o processo cirúrgico de confecção de estomas nas enfermarias do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP 2018) e observei que muitos não entendiam o processo cirúrgico e suas implicações no cotidiano. Desta forma, é visto a importância do apoio interprofissional, para que haja compreensão dos pacientes durante todos os procedimentos, a fim de contribuir enquanto indivíduos estomizados. Este déficit de informações, por vezes interfere na capacidade do indivíduo de se ajustar a condição vivenciada, prolongando a situação de vulnerabilidade diante do acontecimento e impactando na QV.

O HCP é referência em tratamento oncológico no estado, no ano de 2014 realizou em média 761 cirurgias oncológicas por mês e dentre essas, tiveram como tratamento a confecção de estomas. No Brasil, há poucos estudos publicados na literatura que abordem o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes estomizados oncológicos e que mensurem o ajustamento e a QV destes indivíduos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade de vida e ajustamento de pacientes oncológicos submetidos a confecção de estomas intestinais e urinários.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos com estomas intestinais e urinários;
- 2 Identificar as complicações incidentes dos estomas intestinais e urinários durante o decorrer do estudo;
- 3 Comparar a qualidade de vida e ajustamento de pacientes com estomas intestinais e urinários em relação ao tempo de pós-operatório.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de coorte longitudinal com seguimento de 180 dias que foi realizado entre os anos de 2016 e 2017.

#### **3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

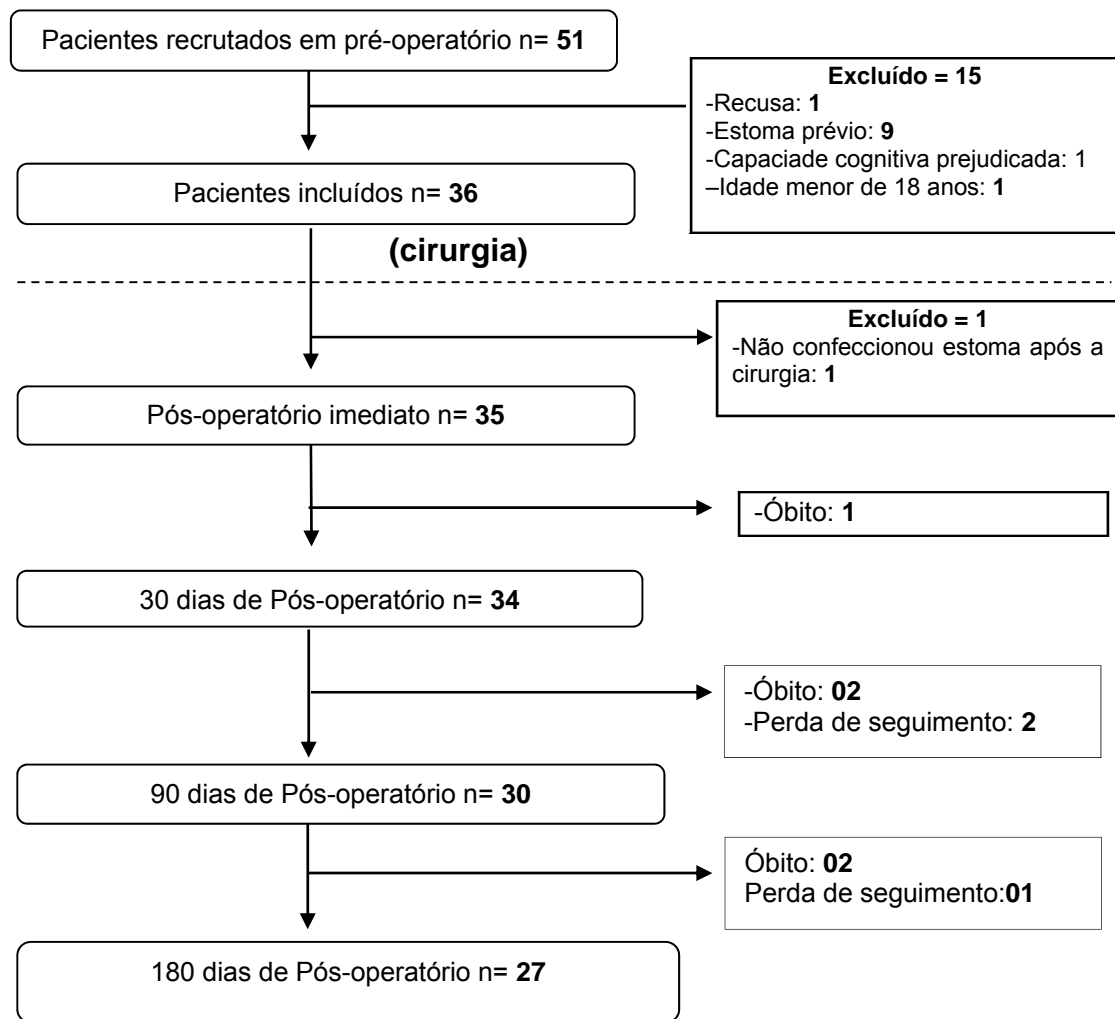
A pesquisa foi realizada nas enfermarias e ambulatório dos departamentos de cirurgia oncológica, urológica e pélvica do HCP.

O período do estudo foi de março de 2016 a outubro de 2018. O período da coleta de dados foi entre julho/2016 a janeiro/2017 e os pacientes foram acompanhados por 180 dias (6 meses).

#### **3.3 CASUÍSTICA**

Foram avaliados 27 pacientes diagnosticados com câncer, submetidos a confecção de colostomia, ileostomia, colostomia úmida ou urostomia tipo bricker. A amostragem foi do tipo não probabilística e por conveniência.

A Figura 4 mostra um fluxograma contendo um resumo de quantos pacientes foram entrevistados em cada momento, incluindo o motivo das perdas.



**Figura 4** - Fluxograma de coleta de dados.



### **3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

#### **3.4.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de câncer em pré-operatório de confecção eletiva de colostomia, ileostomia, colostomia úmida ou urostomia tipo bricker; com idade superior a 18 anos; capacidade cognitiva preservada.

#### **3.4.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos pacientes em cuidados paliativos; reversão do estoma em período menor que o término do estudo; pacientes que forem a óbito antes do término do estudo e os pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

### **3.5 INSTRUMENTOS**

Para obter os dados, foram utilizados três instrumentos: a ficha de acompanhamento clínico, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* itens (EORTC-QLQ-C30) para avaliar a QV e o *Ostomy Adjustment Inventory- 23* (OAI-23) para avaliar o ajustamento.

Estes, foram preenchidos pela própria pesquisadora, na forma de entrevista, de modo que não ocorresse interferência de amigos ou membros da família.

### **3.5.1 Ficha de Acompanhamento Clínico (Apêndice 1)**

Esta ficha foi elaborada pela pesquisadora com dados referentes as variáveis socio-demográficas, clínicas e características do estoma do voluntário. Dados clínicos que não foram possíveis adquirir com o paciente, foram obtidas por meio de análise de prontuários.

As variáveis socio-demográficas foram: idade, sexo, escolaridade e presença ou ausência de atividade remunerada.

As variáveis clínicas: tumor primário, estágio do tumor, presença ou ausência de comorbidades (Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS, diabetes mellitus-DM, obesidade, tabagismo e etilismo), tipo de tratamento cirurgico (derivação exclusiva ou cirurgia radical+derivação), realização de quimioterapia e/ou radioterapia pós cirurgica.

As variáveis quanto as características relacionadas ao estoma foram: tipo de estoma (colostomia, ileostomia, colostomia úmida e urostomia tipo bricker), tempo de permanência do estoma (temporário ou definitivo), tipo de exteriorização (terminal, em alça e dupla-boca), tipo de exteriorização quanto ao nível da pele (plano, protuso e retraído), local do estoma, diâmetro do estoma em milímetros, presença ou ausência de orientações pré-operatórias sobre a construção do estoma, presença ou ausência de demarcação pré-operatória do local do estoma e aspecto da pele peri estoma e possíveis complicações relacionados ao estoma (avaliação da presença de hérnia, estenose, prolapso, retração, dermatite periestomal, necrose, infecção e outros).

Nesta ficha de acompanhamento clínico, foi deixado um espaço para observações e fotografias do estoma que apresentavam complicações. A fotografia foi efetuada com câmera do celular e o diâmetro do estoma foi verificado com guia de mensuração (Figura 5). As complicações foram relatadas pelo voluntário e observadas pela pesquisadora.



**Figura 5** - Mensuração da estomia.

### 3.5.2 Questionário de Qualidade de Vida EORTC-QLQ-C30 (Anexo 1)

Para estudar QV em pacientes oncológicos dispomos de um questionário específico desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer, denominado de *EORTC- Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e atualmente está na versão 3.0. Este instrumento foi feito para ser utilizado internacionalmente em diferentes países, é multidimensional, autoadministrável e foi devidamente validado para a população brasileira (PAIS-RIBEIRO et al. 2008)

É composto por 30 questões gerais sobre o câncer e inclui cinco escalas funcionais: desempenho físico, cognitiva, emocional, social e desempenho funcional. Três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos. Uma escala de QV e saúde global. Possui também outros cinco itens com sintomas frequentes em pacientes oncológicos: dispneia, perda de apetite/anorexia, insônia, constipação e diarreia. E uma última escala sobre o impacto financeiro do tratamento e da doença.

As respostas deste instrumento são dadas em Escala Likert de pontos, sendo as questões de 01 a 28, de quatro pontos: 1 – não, 2 – pouco, 3 – moderadamente, 4 – muito; as questões 29 e 30, de sete pontos: 1 – péssimo a 7 – ótimo. Os resultados obtidos por meio de escores variam de zero a 100, em que quanto mais próximo de cem, melhor índice de qualidade de vida. Com exceção da escala de sintomas, pois um escore maior representa maior sintomatologia e conseqüente pior QV.

Não foram encontrados pontos de corte para a população de estudo.

### **3.5.3 Questionário OAI-23 (Anexo 2)**

O *Ostomy Adjustment Inventory-23* (OAI-23) é um instrumento que mensura, de forma quantitativa, a adaptação social e psicológica de pessoas estomizadas. Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para língua portuguesa no Brasil (NASCENTES 2009). É composto por 23 questões e possui quatro fatores que explicam a variância do fenômeno: aceitação, ansiedade e preocupação, engajamento social e raiva, além de 3 questões que possuem fatores independentes.

As questões contidas neste instrumento, estão dispostas em Escala tipo Likert de cinco pontos (zero a 4), sendo doze itens descritos de forma negativa, portanto sendo pontuados inversamente (NASCENTES 2009). Os resultados do escore total variam de 10 a 92, correspondendo a melhor adaptação, quem tiver o escore total mais alto (KARADAĞ et al. 2015). O ponto de corte ainda não foi estabelecido (SIMMONS et al. 2009).

## **3.6 EQUIPE DE COLETA DE DADOS**

A atividade de coleta de dados foi realizada pelo pesquisador e por uma enfermeira residente em oncologia do HCP. Concluída a jornada semanal de coleta, os instrumentos foram submetidos à dupla revisão antes do lançamento na planilha eletrônica.

### **3.7 PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES**

Para captação dos voluntários, eram visualizadas, diariamente, o mapa cirurgico do HCP, afim de identificar e localizar os pacientes que estavam em pré-operatório de acordo os critérios de inclusão da pesquisa. Em seguida, era realizada visita nas enfermarias para convidar o paciente a participar da pesquisa.

O delineamento longitudinal da pesquisa foi realizado em cinco avaliações:

- 1º momento: no pré-operatório (véspera do procedimento cirúrgico), foi aplicado o questionário de avaliação de QV EORTC QLQ-C30 e o instrumento de coleta de dados clínicos, e entregue o TCLE e o Termo de Uso de Imagem;
- 2º momento: no Pós-Operatório (PO) imediato, foi aplicado o questionário OAI-23;
- 3º momento: 30 dias de PO (mínimo de 15 dias e máximo de 45 dias);
- 4º momento: 90 dias de PO (mínimo de 75 dias e máximo de 105 dias);
- 5º momento: 180 dias de PO (mínimo de 165 dias e máximo de 195 dias).

Ressalta-se que a cada avaliação foi tolerado um intervalo de 15 dias para menos ou para mais. Da 3º a 5º avaliação, foram aplicados o OAI-23 e o questionário de avaliação de QV EORTC QLQ-C30. Após a alta hospitalar,

os pacientes contataram a pesquisadora em caso de dúvidas e/ou complicações.

Da 3º a 5º avaliação, os voluntários eram acompanhados nas enfermarias e também nos ambulatórios de cirurgia oncológica, pélvica e urológica do HCP. Os encontros ambulatoriais foram no mesmo dia da consulta do voluntário com seu médico assistente. Para avaliação da estomia e pele periestomal durante os momentos da pesquisa foi necessário a troca da bolsa coletora, estes equipamentos para estomia foram fornecidas pela Coloplast do Brasil Ltda., totalizando 150 bolsas coletoras

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Os protocolos estabelecidos foram enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HCP, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Protocolo de Pesquisa (Apêndice 2) e Termo de Uso de Imagem, respeitando os aspectos éticos e legais vigentes, de acordo com a Resolução 466/2012. O projeto foi aprovado sob CAAE 55477316.4.0000.5205 (Anexo 3).

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil 2016), o direito à imagem é um direito constitucional e o uso de registros fotográficos só podem ser utilizados na pesquisa clínica se consentidas e autorizadas previamente pelo voluntário ou de seu responsável legal. Como este estudo realizou o acompanhamento clínico do voluntário, com uso de registros fotográficos complementar a ficha elaborada

pela pesquisadora, foi necessário o Termo de Uso de Imagem anexo ao TCLE.

### **3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS**

Os valores estão sendo expressos como média  $\pm$  erro padrão da média (E.P.M.) ou como mediana. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa SPSS versão 25. Os dados foram tabulados e analisados de acordo com as instruções oferecidas pela literatura referente a cada instrumento.

A fim de comparar as variáveis quantitativas em relação as quatro avaliações, o teste não paramétrico de Friedman foi aplicado. Nos casos em que houve diferença significativa foi realizado o teste de comparação múltipla com correção de Bonferroni. Diferenças clinicamente relevantes serão determinadas usando-se o *guideline* para interpretação do questionário EORTC – QLQ-C entre grupos (COCKS et al. 2011) e mudança de escores (COCKS et al. 2012).

O nível de significância para rejeição da hipótese de nulidade será fixado em 5% ( $p < 0,05$ ).



## 4 RESULTADOS

### 4.1 PERFIL CLINICO E SOCIODEMOGRÁFICO

A amostra foi composta por 27 pacientes que foram acompanhados por cerca de 180 dias desde a confecção do estoma. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes oncológicos que foram submetidos a estomas intestinais e urinários.

Os participantes da pesquisa apresentaram idade que variaram de 25 a 82 anos, com média de 57,6 ( $\pm 14,4$ ) anos, sendo que 74,1% apresentaram idade superior a 50 anos no momento da primeira avaliação. Com relação ao sexo, catorze (51,8%) estomizados eram do sexo masculino e treze (48,2%) do sexo feminino. Catorze (51,8%) estão solteiros, divorciados ou viúvos, enquanto treze (48,2%) estão casados. Vinte e um (77,7%) são alfabetizados; 15 (55,5%) estão economicamente ativos (trabalho, benefício ou aposentadoria).

As características clínicas dos voluntários, obtidas por meio de entrevista e levantamento de dados em prontuário, estão apresentadas na Tabela 2.

Em relação ao tumor primário, 22 (81,5%) tiveram diagnóstico de câncer colorretal. Na primeira entrevista e coleta de dados em prontuário, 19 (70,4%) tinham tumor localmente avançado no início da pesquisa e 16

(59,3%) apresentavam comorbidades (HAS, DM, obesidade) e hábitos como tabagismo e etilismo.

Quanto ao tratamento realizado, a maioria 17 (63%) fizeram cirurgia radical + derivação (ressecção do tumor + confecção do estoma). Após a cirurgia, 20 (74,1%) realizaram quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante ou neoadjuvante .

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra estudada (N=27).

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 50	7	25,9
≥50	20	74,1
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	48,2
Masculino	14	51,8
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	06	22,2
Alfabetizado	21	77,8
<b>Estado civil</b>		
Solteiro/divorciado/viúvo	14	51,8
Casado	13	48,2
<b>Economicamente ativo?</b>		
Sim	15	55,5
Não	12	44,5

**Tabela 2** - Características clínicas da amostra estudada (n= 27)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tumor primário</b>		
Colorretal	22	81,5
Ginecológico	03	11,1
Bexiga	02	7,4
<b>Estágio do tumor</b>		
Localizado	02	7,4
Localmente avançado	19	70,4
Metastático	06	22,2
<b>Comorbidades* , tabagismo e etilismo</b>		
Sim	16	59,3
Não	11	40,7
<b>Tratamento cirúrgico</b>		
Derivação exclusiva	10	37,0
Cirurgia radical + derivação	17	63,0
<b>Quimioterapia e/ou radioterapia pós cirurgia</b>		
Sim	20	74,1
Não	07	25,9

\*Comorbidades: HAS, DM, obesidade.

## 4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO ESTOMA

No pós-operatório imediato, as características clínicas do estoma foram obtidas através do exame físico relacionado ao estoma e levantamento de dados em prontuário. Os estomas predominantes foram colostomia (51,8%) e ileostomia (37,0%). Onze (40,7%) são temporários, 06 (22,2%) são definitivos e 10 (37,1%) não tinham a informação em prontuário.

Quanto as características do estoma, 14 (51,8%) tem o tipo de exteriorização em alça; 21 (77,8%) são protusos em relação ao nível da pele; 11 (40,7%) estão localizados no quadrante inferior esquerdo (QIE); 12 (44,4%) possuíam diâmetro menor ou igual a 39mm; 19 (70,4%) não receberam informações, antes da cirurgia, da enfermeira ou cirurgião sobre a confecção do estoma e 25 (92,6%) não tiveram estoma demarcado no pré-operatório (Tabela 3).

Durante o decorrer do estudo, a maioria dos voluntários apresentaram 1 ou mais complicações após a confecção do estoma, sendo 20(74,1%), 22(81,5%) e 12(44,4%), com 30 dias de PO, 90 dias de PO e 180 dias de PO, respectivamente (tabela 4).

Das complicações apresentadas pelos voluntários, a dermatite de pele periestomal apresentou maior incidência em todas as avaliações da pesquisa 18 (90%), 22(100%) e 11 (91,7%), com 30 dias de PO, 90 dias de PO e 180 dias de PO, respectivamente (Tabela 5).

**Tabela 3** - Características clínicas relacionadas ao estoma (N=27).

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de estoma</b>		
Colostomia	14	51,8
Ileostomia	10	37,0
Colostomia úmida	01	3,7
Urostomia tipo Bricker	02	7,4
<b>Tempo de permanência</b>		
Temporário	11	40,7
Definitivo	06	22,2
Sem informação	10	37,1
<b>Tipo de exteriorização</b>		
Terminal	10	37,1
Em alça	14	51,8
Dupla-boca	03	11,1
<b>Exteriorização quanto ao nível da pele</b>		
Protuso	21	77,8
Plano/Retraído	06	22,2
<b>Local</b>		
QID	11	40,7
QIE	14	51,8
Linha umbilical	02	7,4
<b>Diâmetro do estoma</b>		
≤39	12	44,4
40 a 49	08	29,6
≥50	07	25,9
<b>Orientação pré-operatória sobre a construção do estoma?</b>		
Sim	08	29,6
Não	19	70,4
<b>Demarcação pré-operatória do local do estoma</b>		
Sim	02	7,4
Não	25	92,6

**Tabela 4** - Incidência de complicações de estoma e pele periestomal com 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

<b>Complicações de estoma e pele periestomal</b>	<b>30d PO</b>	<b>90d PO</b>	<b>180d PO</b>
<b>Sim</b>	20 (74,1%)	22 (81,5%)	12 (44,4%)
<b>Não</b>	07 (25,9%)	05 (18,5%)	15 (55,6%)

**Legenda:** d PO= dias de pós-operatório.

**Tabela 5** - Complicações de estoma e pele periestomal com 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

<b>Complicações de estoma e pele periestomal</b>	<b>30d PO (N=20)</b>	<b>90d PO (N=22)</b>	<b>180d PO (N=12)</b>
Hérnia	01 (05%)	03 (13,6%)	04 (33,3%)
Prolapso	02 (10%)	01 (4,5%)	00 (00%)
Retração	07 (35%)	07 (31,8%)	06 (50%)
Dermatite	18 (90%)	22 (100%)	11 (91,7%)
Necrose	00 (00%)	00 (00%)	00 (00%)
Infecção	02 (10%)	01 (4,5%)	00 (00%)

**Legenda:** d PO= dias de pós-operatório. **NOTA:** Houve mais de uma resposta por entrevistado.



**Figura 6-** Dermatite de pele periestomal e hérnia em colostomia com 90d de PO.



**Figura 7-** Dermatite de pele periestomal em Urostomia tipo bricker com 30d de PO.

### 4.3 AJUSTAMENTO

A comparação do resultado do escore total e subescalas do questionário de ajustamento OAI-23 aplicados na amostra estudada durante o pós-operatório imediato, 30, 90 e 180 dias de pós-operatório está expressa na tabela 6. Todos os escores tiveram resultados estatisticamente relevantes em relação aos 4 momentos de pesquisa nas subescalas aceitação:  $p=0,005$ , ansiedade:  $p= <0,001$ , engajamento social:  $p=0,001$ , raiva:  $p= <0,001$  e escore total:  $p= <0,001$ .

Houve uma diminuição do ajustamento da segunda avaliação quando comparado com os outros momentos da pesquisa, sendo estatisticamente relevantes quando comparamos as médias da segunda avaliação (30d PO) com a terceira (90d PO) e quarta avaliação (180d PO).

Ao comparar a segunda avaliação com a terceira, os resultados foram estatisticamente relevantes nos escores das subescalas ansiedade (21,15±4,62; 24,63±4,79) ( $p= < 0,001$ ), engajamento social (7,56±2,90; 9,78±2,94) ( $p=0,037$ ), raiva (3,63±1,76; 5,19±1,41) ( $p=0,002$ ) e no escore total (46,70±11,58; 58,96±12,14) ( $p= 0,001$ ).

Os resultados da pesquisa também mostraram que houve diferença estatística quando comparamos as médias da segunda avaliação com a quarta avaliação nos escores das subescalas aceitação (21,15±4,62; 24,89±5,62) ( $p= 0,016$ ), ansiedade (8,41±3,28; 11,96±3,14) ( $p=<0,001$ ), engajamento social (7,56±2,90; 10,07±2,87) ( $p= 0,008$ ), raiva (3,63±1,76;



5,15± 1,46) ( $p= 0,005$ ) e no escore total (46,70±11,58; 59,81±12,96) ( $p<0,001$ ).

**Tabela 6** - Medidas descritivas dos escores do OAI-23 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pós-operatório imediato (POI), 30, 90 e 180 dias de pós operatório.

	POI (Média±DP)	30d PO (Média±DP)	90d PO (Média±DP)	180d PO (Média±DP)	Valor P
<b>Aceitação</b>	23,00±3,63	21,15±4,62	24,63±4,79	24,89±5,62	<b>0,005*</b>
<b>Ansiedade</b>	10,30±2,64	8,41±3,28	11,70±3,34	11,96±3,14	<b>&lt; 0,001*</b>
<b>Engajamento Social</b>	8,44±2,04	7,56±2,90	9,78±2,94	10,07±2,87	<b>0,001*</b>
<b>Raiva</b>	4,70±1,26	3,63±1,76	5,19±1,41	5,15±1,46	<b>&lt;0,001*</b>
<b>TOTAL</b>	53,41±8,02	46,70±11,58	58,96±12,14	59,81±12,96	<b>&lt;0,001*</b>

**Legenda** DP: desvio padrão.\*Teste de Friedman.

#### 4.4 QUALIDADE DE VIDA

A comparação dos resultados das escalas do instrumento de QV EORTC-QLQ-C30 aplicados na amostra estudada durante o pré-operatório, 30dias, 90 e 180 dias de pós-operatório estão expressas nas tabelas 7 a 9.

##### 4.4.1 Escala QV e Saude Global

A tabela 7 mostra as medidas descritivas da escala QV e saude global do EORTC-QLQ-C30, atingindo a média 81,79 no pré-operatório, com queda nos avaliações posteriores da pesquisa 76,23 (30d PO), 77,47 (90d PO) e 75,93 (180d PO). Quando realizado a análise, não houve diferença estatística ( $p=0,068$ ).

**Tabela 7** - Medidas descritivas da escala QV e saúde global do EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

	Pré-op (Média±DP)	30d PO (Média±DP)	90d PO (Média±DP)	180d PO (Média±DP)	Valor P
<b>QV e saúde global</b>	81,79±20,02	76,23±20,50	77,47±18,61	75,93±18,97	0,068*

**Legenda:** DP: desvio padrão.\*Teste de Friedman.

#### 4.4.2 Escala Funcional

A escala funcional é dividida em cinco subescalas: desempenho físico, desempenho funcional, cognitivo, emocional e social e os resultados destes valores durante as quatro avaliações, está expresso na tabela 8..

Ao comparar os resultados das quatro avaliações, observa-se que houve diminuição dos valores medianos dos escores quando comparamos com a primeira avaliação. Sendo estatisticamente relevantes as subescalas desempenho físico ( $p=0,026$ ), desempenho funcional ( $p=0,001$ ), emocional ( $p=0,034$ ) e social ( $p=0,006$ ).

Houve diferença significativa quando comparamos a média da primeira avaliação (Pré-op) com a segunda avaliação (30d PO) na subescala desempenho funcional (69,75±31,36; 35,80±31,25) ( $p=0,016$ ) e quando comparamos a média da primeira avaliação (Pré-op) com a quarta avaliação (180d PO) nas subescalas desempenho funcional (69,75±31,36; 43,83±33,70) ( $p=0,004$ ), emocional (74,07±29,08; 61,11±27,64) ( $p=0,043$ ) e social (89,51±22,24; 70,37±23,27) ( $p=0,043$ ).

**Tabela 8** - Medidas descritivas da escala funcional (desempenho físico) EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

	<b>Pré-op</b> <b>(Média±DP)</b>	<b>30d PO</b> <b>(Média±DP)</b>	<b>90d PO</b> <b>(Média±DP)</b>	<b>180d PO</b> <b>(Média±DP)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Escala Funcional</b>					
<b>Desempenho físico</b>	79,26±19,42	54,32±30,53	63,95±28,66	55,59±31,69	<b>0,026*</b>
<b>Desempenho funcional</b>	69,75±31,36	35,80±31,25	48,77±35,48	43,83±33,70	<b>0,001*</b>
<b>Cognitivo</b>	78,40±25,66	76,54±26,25	73,46±31,78	71,60±31,63	0,602*
<b>Emocional</b>	74,07±29,08	54,01±30,87	62,65±27,67	61,11±27,64	<b>0,034*</b>
<b>Social</b>	89,51±22,24	72,84±28,17	72,84±22,72	70,37±23,27	<b>0,006*</b>

**Legenda:** DP: desvio padrão.\*Teste de Friedman.

#### 4.4.3 Escala Sintomas

A tabela 9 mostra as medidas descritivas da escala sintomas (fadiga, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, náusea, constipação e diarreia). As subescalas que houveram resultados estatisticamente relevantes em relação as quatro avaliações foram: dor ( $p=0,023$ ) e constipação ( $p=<0,001$ ).

**Tabela 9** - Medidas descritivas da escala sintomas do EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

	Pré-op (Média±DP)	30d PO (Média±DP)	90d PO (Média±DP)	180d PO (Média±DP)	Valor P
<b>Escala Sintomas</b>					
<b>Fadiga</b>	25,93±26,33	35,80±27,27	34,98±28,86	38,68±28,14	0,223*
<b>Dor</b>	24,07±35,30	29,63±26,28	27,78±30,66	34,57±36,08	<b>0,023*</b>
<b>Dispneia</b>	7,41±19,25	6,17±18,58	7,41±19,25	13,58±31,02	0,795*
<b>Insônia</b>	35,80±38,03	45,68±32,22	40,74±32,47	43,21±35,58	0,647*
<b>Perda de apetite</b>	27,16±39,26	27,16±22,72	38,27±34,22	40,74±33,76	0,244*
<b>Náuseas e vômitos</b>	9,26±19,79	11,11±17,90	11,11±17,90	10,49±16,76	0,694*
<b>Constipação</b>	28,40±38,90	4,94±20,05	1,23±6,42	3,70±19,25	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Diarréia</b>	39,51±41,38	23,46±36,77	23,46±34,36	23,46±34,36	0,199*

**Legenda:** DP: desvio padrão.\*Teste de Friedman.

#### 4.4.4 Escala Financeiro

Embora tenha tido um aumento no escore da escala financeira com 30d de PO, quando analisado os resultados, não houve diferença estatística (Tabela 10).

**Tabela 10** - Medidas descritivas da escala financeira da EORTC-QLQ-C30 de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários, no pré-operatório e 30, 90 e 180 dias de pós-operatório.

	Pré-op (Média±DP)	30d PO (Média±DP)	90d PO (Média±DP)	180d PO (Média±DP)	Valor P
<b>Escala financeira</b>	24,69±32,81	41,98±36,51	34,57±31,33	34,57±31,33	0,126*

**Legenda:** DP: desvio padrão.\*Teste de Friedman.

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a QV e ajustamento de pacientes oncológicos ao longo de 6 meses de pós-operatório de confecção de estomias de eliminação. No presente estudo identificou que a maioria dos pacientes estomizados possuem idade superior a 50 anos.

NASCIMENTO et al. (2018) realizaram um estudo sobre o perfil de pacientes com estomias intestinais de um hospital filantrópico no Piauí, e neste estudo verificaram que há um aumento da incidência de estomias após os 50 anos, com predomínio após os 70 anos. Vale ressaltar que a idade também é um fator de risco para o câncer colorretal e 81,5% da amostra possuem este tipo de tumor.

A frequência de câncer colorretal é maior em mulheres do que em homens no Brasil e no Nordeste (Ministério da Saúde 2018). Vários estudos sobre perfil de pacientes estomizados no Brasil apontam o sexo feminino como mais predominante (KIMURA 2013; LUZ et al. 2014; NASCIMENTO et al. 2018), contrariando os dados encontrados neste estudo. Outros estudos apontam a predominância do sexo masculino (MARQUIS et al. 2003; MICHELONE e SANTOS 2004; DABIRIAN et al. 2011; KARADAĞ et al. 2015; SALOME et al. 2015). Percebe-se que a população de estomizados tem uma proporção muito parecida em relação ao sexo.

Os participantes do estudo possuem baixo nível de escolaridade e estão economicamente ativos, seja por trabalho, benefício ou aposentadoria,

corroborando com o resultado de outros estudos brasileiros. O conhecimento do nível de escolaridade é importante para a equipe multidisciplinar para que se use técnicas de educação em saúde adequadas ao nível de entendimento do paciente.

A baixa escolaridade também implica no déficit de conhecimento na procura da unidade de saúde para prevenção e diagnóstico precoce do câncer. Percebe-se que a maioria dos participantes, no início da pesquisa, apresentaram tumor localmente avançado. Além disso, no que se refere ao cuidado com a estomia, pessoas mais informadas, conseguem identificar precocemente as causas das complicações de estoma e pele periestomal e assim ter um melhor autocuidado (PINTO et al. 2017).

O processo da construção de uma estomia em oncologia com uso de bolsa coletora para fezes e/ou urina é consequência do tratamento cirurgico proposto. As principais indicações para confecção eletiva de estomias intestinais, de acordo o perfil da amostra, é devido a semi-obstrução intestinal, fistulas reto-vaginais e proteção de anastomose colorretal. E as indicações para estomia urinária é devido aos tumores de bexiga e tumores malignos pélvicos. Tendo em vista que quase 77% dos participantes possuem doença localizada e localmente avançada, explica o motivo de que os pacientes realizaram a derivação concomitante a cirurgia radical.

Segundo a ACS (2018), a ressecção do tumor de colon é indicado nos tumores em estágio inicial ou locamente avançados. Nestes casos também é indicado a quimioeterapia adjuvante se existir um grande risco de

recidiva, como por exemplo: presença de tumor em estágio avançado; presença de metástase em órgãos adjacentes; margem cirúrgica comprometida; obstrução do cólon pelo tumor; impossibilidade de retirada de pelo menos 12 gânglios linfáticos pelo cirurgião.

Nos casos de tumores avançados com presença de metástases, a derivação é realizada a fim de evitar a obstrução intestinal; inicia-se quimioterapia neoadjuvante na tentativa de reduzir o tumor para poder realizar a cirurgia radical. No presente estudo, a maioria dos pacientes realizaram alguma terapia oncológica complementar (quimioterapia e/ou radioterapia) após a realização da derivação.

Em relação as características clínicas relacionadas ao estoma, a confecção de colostomia é de maior predominância, este achado é de consonância com a literatura (FERNANDES et al. 2011; LUZ et al. 2014; KARADAĞ et al. 2015; SILVA et al. 2017; NASCIMENTO et al. 2018). Sendo a menor proporção para os urostomizados, resultado encontrado também no estudo de MARQUIS et al. (2003).

Quanto ao tempo de permanência, a maioria dos participantes apresentaram estomia temporária, em concordância com o estudo de LUZ et al. (2014) e KARADAĞ et al. (2015), porém cerca de 37% da amostra estudada não tinha essa informação em prontuário. A informação quanto a temporalidade da estomia é importante visto que a incidência de depressão e a dificuldade de se ajustar a situação, é maior em pacientes com estomas temporários (KARADAĞ et al. 2015).

Neste estudo, a maioria dos pacientes apresentaram estomia em

alça, entretanto no estudo de LUZ et al. (2014), a maioria da amostra apresentava estomia terminal. Observa-se que no estudo de LUZ et al. (2014), a maioria dos pacientes realizaram cirurgia em caráter de emergência, contudo, as estomias em alça são comumente confeccionadas em cirurgias eletivas. O diâmetro da estomia está em concordância com o estudo de FERNANDES et al. (2011).

A maioria dos pacientes não receberam informações, antes da cirurgia, da enfermeira ou cirurgião sobre a confecção do estoma e não tiveram estoma demarcado no pré-operatório. Os cuidados pré-operatórios são indispensáveis em um paciente que irá confeccionar uma estomia, sendo a educação em saúde e demarcação do provável local da estomia, fatores protetores para o desenvolvimento de complicações e facilitam a adaptação para o novo estilo de vida (PINTO et al. 2017).

É durante o pré-operatório que o paciente e o cuidador estabelecem um bom vínculo com o enfermeiro e equipe multidisciplinar, afim de compreender o processo cirúrgico, minimizar a ansiedade para que no pós-operatório seja realizada abordagens técnicas quanto ao uso da bolsa coletora e adjuvantes (REVELES e TAKAHASHI 2007; WASSERMAN e MCGEE 2017).

CHAUDHRI et al. (2005), avaliaram o efeito da educação pré-operatória (grupo estudo) em comparação com a educação pós-operatória (grupo controle) em pacientes que confeccionaram estomas. Os pacientes do grupo estudo, receberam duas visitas na comunidade e foram ensinados com auxílios audiovisuais para usar e trocar a bolsa coletora, enquanto o



grupo controle receberam educação pós-operatória convencional. Os pacientes que receberam intervenção apresentaram menos complicações relacionadas ao estoma e tiveram menor tempo (8 versus 10 dias) e custo do internamento hospitalar (economia média de \$2,104 por paciente) quando comparado ao grupo controle.

A demarcação pré-operatória previne complicações no estoma e pele periestomal, reduz custo e garante ao paciente uma melhor qualidade de vida devido a adequada adaptação da bolsa coletora (ROVERON et al. 2016). MCKENNA et al. (2016), realizaram um estudo que demonstraram que os pacientes com marcação pré-operatória do local do estoma, apresentam melhor qualidade de vida. Relatam também que estes resultados podem ter sido influenciados pelo diagnóstico de câncer e uma precária educação pré-operatória.

A ausência da demarcação pré-operatória na amostra estudada, ocorre pela ausência de um Enfermeiro Estomaterapeuta no local da pesquisa e as 2 vezes que ocorreu, foi realizada pelo médico cirurgião na mesa cirurgica. A SOBEST (2016) explica que o quantitativo de profissionais estomaterapeutas é insuficiente para realizar este procedimento nos pacientes que necessitam de um estoma. Diante disso, a SOBEST elaborou um parecer que endossa a realização da demarcação pré-operatória pelo enfermeiro generalista previamente capacitado.

As complicações de estoma e pele periestomais podem ser classificadas como precoce ou tardia; sendo precoce, as complicações com até 7 dias de pós-operatório e tardia, as complicações acometidas após esse

período. Neste estudo, foram avaliadas as complicações tardias a partir de 30 dias de pós-operatório. Sendo a dermatite de pele periestomal, a complicação mais incidente em todas as avaliações.

A maior incidência da dermatite periestomal também foi encontrada em outros estudos (ROLSTAD e ERWIN-TOTH 2004; FERNANDES et al. 2011; MARTIN e VOGEL 2012; KWIATT e KAWATA 2013; LUZ et al. 2014; PINTO et al. 2017; SIER et al. 2017; ALMUTARI et al. 2018), corroborando com o resultado de nosso estudo.

PINTO et al. em 2017, realizaram uma revisão da literatura e evidenciaram que a idade avançada, sexo feminino, obesidade, antecedentes de diabetes e tabagismo, ausência de educação em saúde e marcação pré-operatória, presença de neoplasia, tipo e má localização da estomia são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações de estoma e pele periestomal. Fatores estes que caracterizam a amostra deste estudo.

Os pacientes com câncer apresentam alterações tegumentares devido a progressão da doença, tratamento antineoplásico sistêmico, tratamento com radioterapia e uso de corticoides e imunossupressores (AMARAL et al. 2012). Estes fatores alteram o processo cicatricial acarretando maior vulnerabilidade de lesões na pele e mucosa.

Todos estes fatores descritos influenciam para o ajuste de um paciente com estoma. No nosso estudo, a média do ajuste total no POI foi de  $53,41 \pm 8,02$ , considerando que os pacientes tiveram uma precária educação pré-operatória, os pacientes ainda não tinham discernimento a

respeito da cirurgia que tinham realizado. Sendo também um tempo insuficiente para o paciente identificar as mudanças ocorridas no corpo.

Com 30 dias de pós-operatório houve um declínio na média do escore do ajustamento total, apresentando  $46,70 \pm 11,58$ . Esse declínio pode ser explicado pela fase de luto pela perda de um seguimento do corpo e início de uma fase de reabilitação. É neste período que o paciente tem alta hospitalar e começa a ter a primeira vivência de ser estomizado sem a equipe multidisciplinar. Nesta fase iniciam as inseguranças quanto a adaptação da bolsa coletora, surgem complicações e o paciente começa a perceber as alterações na autopercepção (SONOBE et al. 2002).

Neste momento é imprescindível que o paciente estomizado seja acompanhado pelo Serviço de atenção ao estomizado de sua região. Estes serviços de apoio são importantes pois auxiliam o estomizado a desenvolver estratégias para a reabilitação. CHENG et al.(2012) evidenciaram que a pontuação média do ajuste aumentaram após a participação por 3 semanas de um programa de apoio aos estomizado (*Expert Patient Program*).

XIAN et al. (2018), realizaram uma pesquisa com uma versão modificada do OAI-23, sendo utilizado um instrumento com 20 itens, eles captaram 1109 pacientes com até 30 dias de pós-operatório de confecção de estomias intestinais. Eles evidenciaram que os pacientes apresentaram níveis baixos de adaptação psicossocial e relataram a importância da equipe multidisciplinar para identificar os fatores de risco que influenciam nesta adaptação para auxiliar o paciente neste processo e melhorar a qualidade de vida.

SONOBE et al. (2002), relatam que a experiência do estomizado muda de acordo com o tempo. No nosso estudo, a média do ajustamento total aumentou com 90d PO e 180d PO em relação aos 30d de PO. Um estudo na Turquia (n=135), realizado por KARADAĞ et al. (2015), aplicaram o OAI-23 em dois tempos: com 1 mês de cirurgia e com 6 meses de cirurgia e houve um aumento da média dos escores ao longo do tempo.

Este estudo analisou as mudanças estatisticamente relevantes nos escores das escalas de saúde global, funcional, sintomas e financeiro do EORTC- QLQ-C30 ao longo do pós-operatório. Para o resultado ser considerado clinicamente relevante, de acordo com COCKS et al. (2012), foi considerado diferença no escore superior a 5 pontos e possuir relevância estatística.

Em relação a escala qualidade de vida e saúde global do EORTC-QLQ-C30, houve uma pequena diminuição da média do escores em relação ao pré-operatório, porém não houve alterações clinicamente relevantes. As duas questões relacionadas a escala refere-se a auto percepção do paciente sobre a sua saúde e QV. Percebe-se que a confecção da estomia não alterou a percepção do individuo sobre a QV. De acordo com SOUZA et al. (2010), o significado que o paciente atribui a doença e a estomia são indiferentes, já que precisa enfrentar dois tipos de impactos: o diagnóstico de câncer e o procedimento cirúrgico.

Na escala funcional do questionário EORTC-QLQ-C30, notou-se piora da qualidade de vida ao longo do tempo quando comparado com pré-operatório. Vale ressaltar que em todas as subescalas houve uma

diminuição na média do escore a partir dos 30 dias de pós-operatório, concomitante com o resultado do escore do OAI-23. Foram clinicamente relevantes, as subescalas: desempenho funcional, emocional e social.

A subescala desempenho funcional foi a que teve maior relevância clínica dentre a escala funcional. No estudo de FERREIRA et al. (2017), os pacientes estomizados (n=36) também tiveram o desempenho funcional como domínio mais afetado, com média de 60,64. Neste período de adaptação relacionada a confecção da estomia, alguns pacientes, assumem uma certa dependência no auto-cuidado (SOUZA et al. 2010), principalmente nos primeiros 30 dias de pós-operatório.

Ao longo do tempo percebe-se que os sintomas como fadiga, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite e dor apresentam escores baixos porém aumentando de acordo com o tempo. A subescala insônia foi a que apresentou a média mais alta, porém não foi clinicamente relevante quando realizada a comparação em todos os tempos da pesquisa. A insônia nos pacientes com estomia pode-se explicar devido a necessidade de acordar durante a noite para esvaziamento da bolsa coletora.

A subescala dor, apresentou média do escore baixo porém foi clinicamente relevante quando comparada com os quatro momentos da pesquisa. A alteração nesta subescala pode ser referente a progressão da doença ao invés de complicações com a estomia.

Em relação a subescala constipação, houve uma diminuição da média quando comparamos o pré-operatório com os outros tempos de pesquisa, desta forma, o paciente apresentou uma melhora da constipação. A maioria

dos pacientes apresentaram tumor colorretal localmente avançado durante o pré-operatório, nesta fase, uma das sintomatologias é a constipação quando há obstrução intestinal. Neste caso, o paciente confecciona uma estomia e passa a eliminar as fezes pela derivação.

A média do escore na escala dificuldade financeira apresentava nível baixo durante o pré-operatório ( $24,69 \pm 32,81$ ) e permaneceu sem alterações clinicamente relevantes ao longo do tempo. No estudo de FERREIRA et al. (2017), os pacientes estomizados apresentaram nível moderado de dificuldade financeira. Ao receber o diagnóstico de câncer, o indivíduo além de poder passar mudanças na vida e no cotidiano, precisam se afastar das atividades laborais para dar início ao tratamento, corroborando para uma série de dificuldades financeiras.

## 6 CONCLUSÃO

Com este trabalho podemos concluir que:

- 1 O perfil clínico e epidemiológico está em consonância com a literatura, com exceção do tipo de exteriorização da estomia que durante o estudo a maioria encontrada foi “em alça”;
- 2 A complicação mais incidente relacionada ao estoma e pele periestomal foi a dermatite de pele periestomal;
- 3 Quando comparamos a análise quantitativa QV ao longo tempo, percebe-se que a QV piorou ao longo do tempo;
- 4 Quando comparamos a análise quantitativa do ajustamento ao longo do tempo, percebe-se que houve um declínio com 30d de PO e após esse período, houve melhora no processo adaptativo

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Abraso] Associação Brasileira de Ostomizados. **Estatística ostomizados**. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2OAFoNM>> [2018 jun 15]

Afonso SBC, Minayo MCS. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013; 18:2729-32.

Almutari ID, Leblanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. **Int J Dermatol** 2018; 57:257-64.

Amaral AFS, Pulido KCS, Santos VLCG. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46:44-50.

Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. **Dtsch Arztebl Int** 2018; 115:182-7.

[ACS] American Cancer Society. **Treatment of colon cancer, by stage**. Available from: <URL:<https://bit.ly/2YD7ufl>> [2019 mar 3]

[ACS] American Cancer Society. **Types of Colostomies and Pouching Systems**. Available from: < <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/ostomies/colostomy/types-of-colostomies.html>> [2016 nov 10]

Barroso UA, Ligneul G. **Programa de treinamento para equipe de enfermagem: assistência de enfermagem em estomaterapia nos pacientes portadoras de neoplasia ginecológica**. Rio de Janeiro: INCA; 2000; p.2-12.



Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, et al. Multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. **Ostomy Wound Manage** 2014; 60:16-26.

Brand MI, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. **Clin Colon Rectal Surg** 2008; 21:5-16.

Brasil. Senado Federal. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 1/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal; 2016. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2ETNGh8>> [2018 jun 12]

Brooke BN. The management of an ileostomy including its complications. **Lancet** 1952; 2:102-4.

Burch J. Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. **Nurs Standard** 2017; 3:40-3.

Cancer et stomies. **Différentes urostomies**. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2UjBM95>> [2018 nov 21]

Carter MF, Dalton DP, Garnett J.E. Simultaneous diversion of the urinary and fecal streams utilizing a single abdominal stoma: the double-barreled wet colostomy. **J Urol** 1989; 141:1189-91.

Cheng F, Xu Q, Dai XD, Yang LL. Evaluation of the expert patient program in a Chinese population with permanent colostomy. **Cancer Nurs** 2012; 35:27-33.

Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan AF. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. **Dis Colon Rectum** 2005; 48:504-9.

Cocks K, King MT, Velikova G, et al. Evidence-Based Guidelines for Determination of Sample Size and Interpretation of the European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. **J Clin Oncol** 2011; 29:89-96.

Cocks K, King MT, Velikova G, et al. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. **Eur J Cancer** 2012; 48:1713-21.

Colwell J, Gray M. Does pre-operative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs** 2007; 34:492-6.

Costa LMP. **Qualidade de vida e complicações decorrentes da colostomia úmida em dupla-boca como opção de desvios urinário e fecal simultâneos**. Belo Horizonte; 2007. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Minas Gerais]

Cruz GMG, Constantino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DMBM. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. **Rev Bras Coloproctol** 2008; 28:50-61.

Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Patient Prefer Adherence** 2011; 5:1-5.

Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. **Ethiop J Health Sci** 2016; 26:117-20.

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer** 2015; 136:359-86.

Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. **Rev Bras Enferm** 2017; 70:271-8.

Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela ostomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev Bras Coloproctol** 2011; 30:385-92.

Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev Latino-am Enferm** 2002; 10:34-40.

Gulbinienė J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskis Z. The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life. **Medicina** 2004; 40:1045-53.

Harji DP, Griffiths B, Velikova G, Sagar PM, Brown J. Systematic review of health-related quality of life in patients undergoing pelvic exenteration. **Eur J Surg Oncol** 2016; 42:132-45.

[HCP]. Hospital de Câncer de Pernambuco. **Apresentação**. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2CWjW1h>> [2018 mar 22].

Karadağ A, Karabulut H, Baykara ZG, et al. A Prospective, multicentered study to assess social adjustment in patients with an intestinal stoma in Turkey. **Ostomy Wound Manage** 2015; 61:16-29.

Kecmanovic DM, Pavlov MJ, Ceranic MS, Masulovic DM, Popov IP, Micev MT. Double-barreled wet colostomy: urinary and fecal diversion. **J Urol** 2008; 180:201-4.

Kennedy HJ, Al-dujaili EA, Edwards CR, Truelove SC. Water and electrolyte balance in subject with a permanent ileostomy. **Gut** 1983; 24:702-5.

Kimura CA. **Qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados**. Brasília; 2013. [Dissertação de Mestrado-Universidade de Brasília]

Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. **Clin Colon Rectal Surg**. 2013; 26:112-21.

Lisboa JF. Derivações urinárias no tratamento de tumores de bexiga. In: Rhoden EL, Souto CAV, editores. **Urologia oncológica**. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.282-90.

Lim SH, Chan SW, He HG. Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. **Cancer Nurs** 2015; 38:185-93.

Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. **Cult Cuid** 2014; 18:115-23.

Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the montreux study. **Ostomy Wound Manage** 2003; 49:48-55.

Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas: indications, management, and complications. **Adv Surg** 2012; 46:19-49.

Mckenna L, Taggart E, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: a comparison cohort study. **J Wound Ostomy Continence Nurse** 2016; 43:57-61.

Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Rev Brasil Cancerol** 2007; 53:431-5.

Michelone APC, Santos VLCG. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. **Rev Latino-am Enferm** 2004; 12:34-47.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2018.

Nascentes CC. **Adaptação cultural e validação do ostomy adjustment inventory-23 (OAI-23)**. São Paulo; 2009. [Monografia em Enfermagem em Estomaterapia-Universidade de São Paulo].

Nascimento MVF, Vera SO, Silva MCR, Morais FF, Andrade EMLR, Bastos SNMAN. Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes en posoperatorio de producción de estomas intestinales. **Cienc Enfermería** 2018; 24:1-13.

Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. **Psic Saúde & Doenças** 2008; 9:89-102.

Pawlik TM, Skibber JM, Rodriguez-Bigas MA. Pelvic exenteration for advanced pelvic malignancies. **Ann Surg Oncol** 2006; 13:612-23.

Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. **Dis Colon Rectum** 2012; 55:783-7.

Pine J, Stevenson L. Intestinal stomas. **Surgery** 2017; 35:165-79.

Pine J, Stevenson L. Ileostomy and colostomy. **Surgery** 2014; 32:212-7.

Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos SCVB, Brito MAC. Factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones del estoma de eliminación y de la piel periestomal. **Rev Enferm Ref** 2017; 15:155-66.

Pompeo AC, Carrerette FB, Glina S, et al. Câncer de bexiga: tratamento do carcinoma invasivo e metastático. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54:290-2.

Reis LDO, Lombardi OA, Reis ADO, Cardoso EH, Cardoso Filho CAM. Cirurgia de Hartmann: análise de 41 casos em Hospital de referência do norte do Paraná. **Rev Bras Coloproct** 2001; 21:19-22.

Reveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41:245-50.

Roveron G, De Toma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. **J Wound Ostomy Continence Nurse** 2016; 43:165-9.

Rocha JJR. **Colo proctologia: princípios e práticas**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2011. Estomas intestinais; p.111.

Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. **Ostomy Wound Manage** 2004; 50:68-77.

Robertson JP, Puckett J, Vather R, Jaung R, Bissett I. Early closure of temporary loop ileostomies: a systematic review. **Ostomy Wound Manage** 2015; 61:50-7.

Salome GM, Carvalho MRF, Massahud Junior MR, Mendes B. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. **J Coloproctol** 2015; 35:106-2.

Santos VLCG. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu; 2000. A estomaterapia através dos tempos; p.1-17.

Santos VLCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. **Rev Estima** 2007; 5:31-8.

Sier MF, Oostenbroek RJ, Dijkgraaf MGW, et al. Home visits as part of a new care pathway (iAID) to improve quality of care and quality of life in ostomy patients: a cluster-randomized stepped-wedge trial. **Colorectal Dis** 2017; 19:739-79.

Silva PA, Mello-Santos C. Reação de ajustamento em oncologia. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, et al. organizadoras, **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008. p.271-5.]

Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. **Acta Paulista de Enferm** 2017; 30:144-51.

Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and psychometric evaluation of the ostomy adjustment inventory-23. **J Wound Ostomy Continence Nurs** 2009; 36:69-76.

[SOBEST] Sociedade Brasileira de Estomaterapia. **Parecer–SOBEST nº 001/2016**. Disponível em: <URL:https://bit.ly/2HWb7sp> [ 2019 jan 08]

Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Rev Bras Cancerol** 2002; 48:341-8.

Souza ECA, Figueiredo GLA, Lenza NFB, Sonobe HM. Consequence of the ostomy for patients and your family. **J Nurs UFPE** 2010; 4:1081-6.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Sc Med** 1995; 10:1403-9.

Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomies: a systematic review. **Qual Life Res** 2016; 25:125-33.

Xian H, Zhang Y, Yang Y, Zhang X, Wang X. A Descriptive, Cross-sectional Study Among Chinese Patients to Identify Factors that Affect Psychosocial Adjustment to an Enterostomy. **Ostomy Wound Manage** 2018; 64:8-17.

Wasserman MA, Mcgee MF. Preoperative considerations for the ostomate. **Clin Colon Rectal Surg** 2017; 30:157-61.

Whitehead A, Cataldo PA. Technical considerations in stoma creation. **Clin Colon Rectal Surg** 2017; 30:162-1.

Wound, ostomy and continence nurses society. Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy-an executive summary. **J Wound Ostomy Continence Nurs** 2018; 45:50-5.



## Apendice 1 - Ficha de Acompanhamento Clínico do Voluntário

### 1) PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Cidade Proveniente: \_\_\_\_\_ Nº. De Telefone: \_\_\_\_\_

Data De Cirurgia: \_\_\_\_\_

Anos De Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( )

Profissão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Ca Colorretal ( ) Ca Ginecológico ( ) Ca De Bexiga ( ) Outros ( )

Comorbidades: Has ( ) Dm ( ) Obesidade ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( )

Terapia Oncológica: Adjuvante ( ) Neoadjuvante ( ) Paliativa ( )

Metástase: Sim ( ) Não ( )

### 2) PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

Data Da Cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgia Realizada: \_\_\_\_\_

Houve Demarcação Do Local Do Estoma? Sim ( ) Não ( )

Tipo De Estoma: Bricker ( ) Colostomia Úmida ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( )

Em Alça ( ) Terminal ( ) Dupla Boca ( )

Medida Do Estoma: \_\_\_\_\_

Tempo De Permanência: Temporário ( ) Definitivo ( )

Tipo De Exteriorização: Plano ( ) Protuso ( ) Retraído ( )

### 3) 15 A 30 DIAS APÓS CONFECÇÃO DO ESTOMA

Data: \_\_\_\_\_

Constipação: Sim ( ) Não ( ) Diarréia: Sim ( ) Não ( ) Infecção Urinária:  
Sim ( ) Não ( )

Presença De Complicações: Sim ( ) Não ( )

Se Sim, Hérnia ( ) Estenose ( ) Prolapso ( ) Retração ( ) Dermatites ( ) Necrose ( )

### 4) 90 DIAS APÓS A CONFECÇÃO DO ESTOMA

Data: \_\_\_\_\_

Constipação: Sim ( ) Não ( ) Diarréia: Sim ( ) Não ( ) Infecção Urinária:  
Sim ( ) Não ( )

Presença De Complicações: Sim ( ) Não ( )

Se Sim, Hérnia ( ) Estenose ( ) Prolapso ( ) Retração ( ) Dermatites ( ) Necrose ( )

### 5) 180 DIAS APÓS A CONFECÇÃO DO ESTOMA

Data: \_\_\_\_\_

Constipação: Sim ( ) Não ( ) Diarréia: Sim ( ) Não ( ) Infecção Urinária:  
Sim ( ) Não ( )

Presença De Complicações: Sim ( ) Não ( )

Se Sim, Hérnia ( ) Estenose ( ) Prolapso ( ) Retração ( ) Dermatites ( ) Necrose ( )

**REGISTROS FOTOGRÁFICOS**

## **Apendice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **I. Dados sobre a pesquisa**

-**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários.

- **Pesquisador:** Ana Gabriela Silva de Lima (COREN-PE 385.616), Enfermeira Assistente do HCP e Mestranda em Oncologia do AC Camargo Cancer Center/HCP, tel. (81) 994955649, e-mail: gabriela\_27lima@hotmail.com.

- **Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Diana Lima Villela de Castro, (COREN-SP 130.127), Enfermeira Sênior da Educação Continuada do AC Camargo Cancer Center, tel. (11) 2189-5000 – Ramais: 1748/1749, e-mail: diana.villela@accamargo.org.br.

### **II. Explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa.**

**O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a estomas intestinais e urinários”.** O presente estudo objetiva avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a confecção de estomas intestinais e urinários; Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos portadores de estomas intestinais e urinários; Identificar as possíveis complicações incidentes e prevalentes dos estomas intestinais e urinários durante o decorrer do estudo.

Para isso, será necessário que o senhor(a) preencha dois questionários, o primeiro com 30 itens e o segundo com 23 itens, com tempo estimado para preenchimento de 20 minutos. O senhor(a) poderá sentir-se desconfortável durante o preenchimento do questionário, podendo optar por continuar no estudo ou não. A pesquisa terá duração de 6 meses e deverá ter 5 encontros com a pesquisadora, sendo o 1º encontro antes da confecção do estoma, o 2º encontro no pós operatório imediato, o 3º encontro com 30 dias após a confecção do estoma, o 4º encontro com 90 dias após a confecção do estoma e o 5º encontro com 180 dias após a confecção do estoma. Estes encontros serão nas enfermarias ou ambulatório do HCP, os encontros ambulatoriais serão no mesmo dia da consulta com seu médico assistente, portanto, não haverá despesas extras.

Os dados clínicos serão preenchidos pela pesquisadora e o que o senhor(a) não souber responder, será obtido por meio de análise de seu prontuário.

A cada encontro também será necessário realizar registros fotográficos para observar se eventuais complicações. Do mesmo modo, o senhor(a) poderá sentir-se desconfortável ou constrangido durante os registros fotográficos, podendo optar por continuar no estudo ou não.

O senhor (a) não terá benefício direto com a pesquisa, mas contribuirá para caracterizar os pacientes estomizados da unidade de saúde num período de 6 meses e ajudar a compreender o processo de saúde e doença, assim como a qualidade de vida e ajustamento dos voluntários neste período, servindo de embasamento para posteriormente oferecer um melhor cuidado aos pacientes portadores de estomas intestinais e urinários no local de pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada e também não receberá nenhum pagamento com a participação na pesquisa. Os protocolos estabelecidos foram enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HCP, respeitando os aspectos éticos e legais vigentes, de acordo com a Resolução 466/2012. Sob CAAE: 55477316.4.0000.5205

O senhor(a) poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se o senhor(a) tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. Basta entrar em contato no telefone ou email do pesquisador já explicitado acima.

A sua participação é voluntária e representa aprovação a partir deste termo. O senhor(a) tem resguardado o direito de interromper a sua participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, sem que lhe traga prejuízos. O senhor(a) fica ciente que o retorno dos resultados obtidos deste estudo será por meio da publicação de artigos em periódicos e participação do pesquisador em eventos científicos da área. A identidade e idade do senhor(a) permanecerão em sigilo.

O senhor(a) concordando em participar da pesquisa, assinará este documento em duas vias, uma ficando com o senhor(a) e a outra com o pesquisador. Caso os pesquisadores não lhe forneçam as informações necessárias, o senhor (a) poderá entrar em contato com a Secretaria do Comitê de Ética do HCP no endereço: Avenida Cruz Cabugá, 1597 – Santo Amaro, Recife-PE, CEP: 50.040-000, Tel.: (81) 32178005 – e-mail: cep@hcp.org.br.

### III. Esclarecimentos sobre garantias ao sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo às informações sobre a pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas e conhecimento dos resultados obtidos quando solicitado pelo sujeito da pesquisa;
2. Liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Proteção e sigilo da sua identidade e idade.
4. As informações fornecidas, analisadas e expostas no estudo permanecerão sem identificação dos seus autores.

### IV . Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após ler este consentimento livre eu concordo em participar deste estudo. Fico esclarecido que após assinar este documento, confirmo a minha autorização voluntária para o preenchimento do questionário.”

Impressão  
Digital  
(opcional)

\_\_\_\_\_  
**Nome(Voluntário)**

\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Nome(Pesquisadora)**

\_\_\_\_\_  
**Data**

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar.**

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome:

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo 1 - Questionário de qualidade de vida EORTC-QLQ-C30

PORTUGUESE (BRAZIL)



### EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

#### Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

**Durante a última semana:**

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades <u>financeiras</u> ?	1	2	3	4

**Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.**

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1      2      3      4      5      6      7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1      2      3      4      5      6      7

Péssima

Ótima

## Anexo 2 - Questionário OAI-23

### INVENTÁRIO DE ADAPTAÇÃO AO ESTOMA (OAI-23)

As afirmações abaixo estão relacionadas a como o(a) Sr(a) se sente em relação ao seu estoma atualmente. Por favor, marque com um "X" para indicar sua opinião. As respostas na coluna variam de "concordo plenamente" a "discordo totalmente". Por favor, tente responder todas as questões.

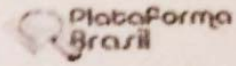
	Concordo Plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo Totalmente
1. Eu sinto que me recuperei da operação do estoma					
2. Eu tenho problemas em tocar ou olhar meu estoma					
3. Eu dou valor à vida mesmo com um estoma					
4. Eu gosto de comer e beber tanto quanto antes de ter o estoma					
5. Meu estoma me impede de tomar banho adequadamente					
6. Eu durmo bem sem me preocupar com meu estoma					
7. Eu sinto que não tenho mais controle sobre minha vida por causa do meu estoma					
8. Eu sinto insegurança em ter vida social desde que tenho meu estoma					
9. Agora eu aceito meu estoma como parte de meu corpo					
10. Eu não consigo superar o choque de ter um estoma					
11. Eu limitei a variedade das minhas atividades por causa do meu estoma					
12. Eu sinto que serei sempre um paciente por causa do estoma					
13. Eu estou sempre achando que meu estoma pode vaziar, cheirar ou fazer ruído					
14. Eu aceitei as mudanças na minha aparência causadas pelo estoma					
15. Eu estou agradecido(a) porque o estoma me deu uma nova oportunidade na vida					
16. É difícil cuidar de meu estoma					
17. Eu sinto que sou menos atraente sexualmente por causa do estoma					
18. Eu sinto raiva por ter um estoma					
19. A vida vale a pena, mesmo com o estoma					
20. Eu serei capaz de cuidar do meu estoma no futuro					
21. Eu estou sempre preocupado(a) por causa do estoma					
22. Com meu estoma sinto que a ameaça à minha vida passou					
23. Eu posso realizar várias atividades mesmo tendo um estoma					

\*Copyright 2005. University of Hertfordshire. In: Simmons KL, Smith JA, Maheux A. Development and psychometric evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(1):69-76.

\*\*Copyright 2009. Versão adaptada e validada para o Brasil, EEU/SP. In: Santos VL, Nazcentes CC, Silva ME, Oliveira MW, Dias HD, Kimura M, Simmons K. Cultural adaptation and validation of Ostomy Adjustment Inventory-23 (OAI-23) for Brazilians. *Qual Life Res* 2010;19 (suppl 1):86.

## Anexo 3 - Parecer Consubstanciado do CEP

SOCIEDADE PERNAMBUCANA  
DE COMBATE AO CÂNCER -  
SPCC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS.

**Pesquisador:** Ana Gabriela Silva de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55477316 4.0000.5205

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER -SPCC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE

#### DADOS DO PARECER

**Numero do Parecer:** 1.640.412

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado " AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS" será desenvolvido no ambulatório e enfermaria de cirurgia oncológica, urologia e cuidados paliativos do Hospital de Câncer de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo que será conduzido com 50 voluntários com câncer que irão se submeter a cirurgia eletiva para confecção de estomas intestinais e urinários.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e ajustamento de pacientes oncológicos submetidos a confecção de estomas intestinais e urinários.

##### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos portadores de estomas

**Endereço:** Av. Cruz Cabugá, 1567

**Bairro:** Santo Amaro

**CEP:** 50.040-000

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3217-8005

**Fax:** (81)3217-8005

**E-mail:** cep@hccp.org.br



Continuação do Parecer: 1.640.412

intestinais e urinários,

- Identificar as complicações incidentes e prevalentes dos estomas intestinais e urinários durante o decorrer do estudo;
- Comparar a qualidade de vida e ajustamento entre os pacientes portadores de estomas intestinais e urinários e correlacionar com o perfil clínico e epidemiológico.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda a pesquisa que envolve seres humanos oferece riscos ao participante. Estes riscos podem ser de graus variados e o dano pode ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

A pesquisa possui risco mínimo, por se tratar de um estudo prospectivo que terá registro de dados em procedimentos comuns, como: preenchimento de questionário de qualidade de vida e ajustamento, acompanhamento clínico com aferição de peso e registros fotográficos do estoma em cada encontro com a pesquisadora.

Os principais riscos que os voluntários podem ter ao participar da pesquisa é a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, constrangimento e desconforto durante os registros fotográficos do estoma e cansaço ao responder às perguntas.

O voluntário não terá benefício direto com a pesquisa, mas contribuirá para caracterizar os pacientes estomizados da unidade de saúde num período de 6 meses e compreender o processo de saúde e doença, assim como a qualidade de vida e ajustamento dos voluntários neste período, servindo de embasamento para posteriormente oferecer um melhor cuidado aos pacientes portadores de estomas intestinais e urinários no local de pesquisa.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa intitulado " AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS" apresenta relevância científica e busca atender a resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma adequada.

Não há considerações.

**Endereço:** Av. Cruz Cabugã, 1597

**Bairro:** Santo Amaro

**CEP:** 50.040-000

**UF:** PE

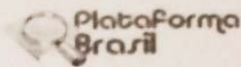
**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3217-8005

**Fax:** (81)3217-8005

**E-mail:** cep@hcp.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA  
DE COMBATE AO CÂNCER-  
SPCC



Continuação do Parecer: 1.640.412

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as recomendações solicitadas anteriormente foram atendidas.

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Ana_Gabriela_Silva_de_Lima_Termo_Uso_De_Imagem_atualizado.pdf	04/07/2016 14:38:10	CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ	Aceito
Outros	Ana_Gabriela_Silva_de_Lima_FICHA_DE_ACOMPANHAMENTO_CLINICO_ATUALIZADO.pdf	04/07/2016 14:37:44	CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ana_Gabriela_Silva_de_Lima_TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_ATUALIZADO.pdf	04/07/2016 14:36:42	CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Ana_Gabriela_Silva_de_Lima_TCLE_ATUALIZADO.pdf	04/07/2016 14:34:23	CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Ana_Gabriela_Silva_de_Lima_PROJETO_ATUALIZADO.pdf	04/07/2016 14:34:06	CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691851.pdf	31/05/2016 18:04:46		Aceito
Declaração de instituição e Infraestrutura	Termo07.jpg	31/05/2016 18:04:17	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo06.jpg	31/05/2016 18:03:16	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo05.jpg	31/05/2016 18:02:32	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/05/2016 18:21:19	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TermoUsoDelmagem.doc	27/05/2016 17:53:34	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito

Endereço: Av. Cruz Cabugá, 1597

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.040-000

UF: PE

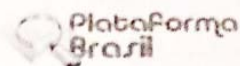
Município: RECIFE

Telefone: (81)3217-8005

Fax: (81)3217-8005

E-mail: cep@hcp.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA  
DE COMBATE AO CÂNCER-  
SPCC



Continuação do Parecer: 1.640-412

Ausência	TermoUsoDelmagem.doc	27/05/2016 17:53:34	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.odt	27/05/2016 17:50:41	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CCI05042016_0008.jpg	13/04/2016 18:55:14	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CCI05042016_0007.jpg	13/04/2016 18:55:05	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CCI05042016_0006.jpg	13/04/2016 18:54:53	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CCI05042016_0005.jpg	13/04/2016 18:54:38	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CCI05042016_0004.jpg	13/04/2016 18:54:22	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	05/04/2016 21:20:08	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Outros	cartao.pdf	05/04/2016 21:19:44	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Outros	QLOC30PortugueseBrazilian.pdf	05/04/2016 21:18:31	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Outros	OAI233VERSACADAPTADAEEVALIDAD APARA OBRA SIL .pdf	05/04/2016 21:18:05	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Outros	FICHA DE ACOMPANHAMENTO CLINIC O .pdf	05/04/2016 21:17:03	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpg	05/04/2016 12:37:01	Ana Gabriela Silva de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Julho de 2016

Assinado por:  
ISABEL CRISTINA LEAL  
(Coordenador)

Isabel Cristina Leal  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: Av. Cruz Cabuga, 1597

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.040-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3217-8005

Fax: (81)3217-8005

E-mail: cep@hcp.org.br