

Avaliação do grau de deficiência e qualidade de vida de idosos com estomia

Assessment of the degree of disability and quality of life of elderly ostomy people
Evaluación de la deficiencia y calidad de vida de los ancianos con ostomía

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e grau de deficiência da pessoa idosa com estomia. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com pessoas idosas com estomias de um serviço público de saúde brasileiro que foram avaliadas pelos instrumentos City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionary e pelo WHO Disability Assessment Schedule. **Resultados:** A qualidade de vida média foi de 8,0 e o grau de deficiência 3,8. Houve associação entre aptidão para o autocuidado e a melhor qualidade de vida ($p < 0,005$). A associação é maior entre os domínios bem-estar psicológico e espiritual entre idosos, aptos para o autocuidado ou não. O bem-estar espiritual se mostrou maior entre aqueles com mais de cinco anos de cirurgia. Também houve associação entre maior grau de deficiência e quando a causa da estomia era câncer ($p < 0,003$). **Conclusão:** Idosos com estomia apresentaram boa qualidade de vida e baixo grau de deficiência.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Estomia; Qualidade de vida; Idoso; Estomaterapia.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life and degree of disability of elderly people with ostomies. **Method:** This is a cross-sectional study, carried out with elderly people with ostomies from a Brazilian public health service. They were evaluated using the City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionnaire and the WHO Disability Assessment Schedule. **Results:** The mean quality of life was 8.0 and the degree of disability was 3.8. There was an association between aptitude for self-care and better quality of life ($p < 0.005$). The association is greater between the psychological and spiritual well-being domains among the elderly, elderly able to self-care. Spiritual well-being was also higher among those with more than five years of surgery. There was also an association between a higher degree of disability and when the cause of the ostomy was cancer ($p < 0.003$). **Conclusion:** Elderly people with an ostomy had a good quality of life and a low degree of disability.


Descriptors: Disabled people; Ostomy; Quality of life; Aged; Enterostomal Therapy.

RESUMEN


Objetivo: Evaluar la calidad de vida y el grado de discapacidad de ancianos ostomizados. **Método:** Se trata de un estudio transversal realizado con ancianos ostomizados de un servicio público de salud brasileño que fueron evaluados mediante el City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionary y el WHO Disability Assessment Schedule. **Resultados:** La calidad de vida media fue de 8,0 y el grado de discapacidad de 3,8. Hubo asociación entre la aptitud para el autocuidado y una mejor calidad de vida ($p < 0,005$). La asociación es mayor entre los dominios de bienestar psicológico y espiritual entre los ancianos, ancianos capaces de autocuidado. El bienestar espiritual también fue mayor entre aquellos con más de cinco años de cirugía. También hubo asociación entre mayor grado de discapacidad y cuando la causa de la ostomía fue cáncer ($p < 0,003$). **Conclusión:** Los ancianos ostomizados tenían una buena calidad de vida y un bajo grado de discapacidad.

Descriptores: Personas con discapacidad; Estomía; Calidad de vida; Anciano; Estomaterapia.


Juliano Teixeira Moraes¹

 0000-0002-1109-962X


Stephanie Botelho Figueiredo¹

 0000-0002-4266-445X


Mariella Oliveira Rodrigues¹

 0000-0002-5706-9258


Rafaela das Graças Santiago Faria¹

 0000-0001-9508-8372

Carolina Fernandes Santos¹

 0000-0002-1508-4484

Vinícius Silva Belo¹

 0000-0003-0183-1175

¹Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste; Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente:

Juliano Teixeira Moraes

E-mail: julianotmoraes@ufsj.edu.br

Rua Sebastião Gonçalves Coelho . 400 /

Sala 304.4 Bloco D

Bairro Chanadour

Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

INTRODUÇÃO

A pessoa submetida a uma cirurgia geradora de estomia demanda cuidados que atendam de modo geral as dimensões física, psicológica, social e espiritual, uma vez que essa condição gera algumas mudanças que podem resultar em possíveis limitações de atividades de vida diária⁽¹⁾.

No Brasil, desde 2004, a pessoa com estomia é reconhecida como pessoa com deficiência física, pois entende-se por deficiência física, “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções”^(2:5). Nesse sentido, ressalta-se a importância da reabilitação da pessoa com estomia para posterior melhora na qualidade de vida, independência, segurança, inclusão no mercado de trabalho e na sociedade de forma geral.

Além de estarem classificados como deficientes físicos, um estudo de mapeamento de perfil revelou um número superior a 60% de idosos entre as pessoas com estomias⁽³⁾.

O envelhecimento por si só já é acompanhado de alterações fisiológicas que, quando correlacionadas com as condições de saúde, educação e renda, levam ao adoecimento e à dificuldade de enfrentamento nessa fase⁽⁴⁾. Acarretam-se, pelo processo de envelhecimento, mudanças no organismo do indivíduo que, em sua maior parte, podem apresentar algumas comorbidades, o que os torna vulneráveis tanto física como socioculturalmente⁽⁵⁾. Considera-se, nesse sentido, envelhecer como um processo heterogêneo, influenciado não apenas por fatores biológico-genéticos, mas também socio-culturais e históricos⁽⁶⁾.

Embora a população de idosos com estomia seja a maior população entre as pessoas com

estomias, pouco se sabe sobre sua qualidade de vida e o grau de deficiência que essa nova condição de saúde lhes impõe. Portanto, este estudo busca analisar a qualidade de vida e o grau de deficiência para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, possam se apropriar dessas informações para qualificar o cuidado.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e grau de deficiência da pessoa idosa com estomia de uma Região de Saúde de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal realizado com pessoas idosas e com estomia atendidas por um Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias que é referência para 13 municípios que, juntos, compreendem uma população de 415.040 habitantes na região centro-oeste de Minas Gerais.

Primeiramente, foram analisados os prontuários de todas as pessoas idosas com estomias cadastradas nesse serviço, totalizando um universo de 85 pessoas. Foram incluídas no estudo as pessoas idosas com estomia com cadastro ativo no serviço de saúde, com lucidez para compreensão e resposta do questionário e que tinham um período mínimo de três meses de cirurgia. Foram excluídos do estudo os usuários inativos, que se desligaram do serviço por motivo de óbito, reversão cirúrgica da estomia ou abandono do tratamento, além de pessoas com estomia em tratamento adjuvante de quimioterapia ou radioterapia. Ressalta-se que as 85 pessoas idosas com estomias desse serviço atendiam aos critérios de inclusão do estudo.

Após o levantamento do perfil das 85 pessoas idosas com estomias, os pesquisadores entraram em contato para agendamento da avaliação da qualidade de vida e grau de deficiência. A coleta de dados aconteceu entre março e julho de 2019, no serviço em que as pessoas eram atendidas.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos validados. Um questionário foi o WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), que avaliou o grau de deficiência,

e o questionário City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionary para avaliação da qualidade de vida. Também foi utilizado um questionário construído pelos autores para a registro de dados sociodemográficos e clínicos.

O instrumento específico de avaliação do grau de deficiência foi o WHODAS 2.0, que é um instrumento genérico validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que tem como objetivo avaliar a saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico de cada pessoa, e pode ser aplicado a diferentes populações tanto em âmbito clínico, para medir o impacto de uma dada intervenção, quanto no âmbito populacional em estudos epidemiológicos. É dividido em seis domínios: cognição- compreensão e comunicação; mobilidade- movimentação e locomoção; autocuidado – lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho; relações interpessoais – interações com outras pessoas; atividade da vida diária – responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola; e participação- participar em atividades comunitárias e na sociedade⁽⁷⁾. Esse instrumento foi validado para a versão brasileira pela Organização Mundial de Saúde em 2015, todos os seus documentos foram traduzidos e estão disponíveis gratuitamente na internet⁽⁸⁾.

O instrumento específico de avaliação de qualidade de vida próprio para estomizados foi o City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionnaire (COH – QOL – OQ) adaptado para a língua portuguesa – seção 3. Trata-se de um questionário desenvolvido e adaptado para estomizados (colostomizados, ileostomizados e estomas urinários) com ou sem câncer, e é composto por 43 itens em quatro domínios: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual. Ao final do instrumento é feita ainda uma questão aberta que solicita aos respondentes que expressem quais desafios enfrentam em decorrência de estarem estomizados⁽⁹⁾.

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e inferencial. Na análise descritiva,

utilizou-se medidas estatísticas tais como média, mediana e desvio padrão. Em relação à análise inferencial, foram utilizados os testes Qui-quadrado e Anova. Para a caracterização, descrição e análise do estudo, foram utilizados os programas Statistical Package Social Science (SPSS) 20 e o Microsoft Excel 2010. Foi considerado nível de significância 5% ($p < 0,05$) para a análise estatística e correlações de variáveis.

O WHODAS pode ser analisado a partir de duas técnicas: “pontuação simples” e “pontuação técnica”. Neste estudo foi utilizada a “pontuação simples”, em que números atribuídos a cada um dos itens – “nenhum” (1), “leve” (2), “moderado” (3), “severo” (4), “extremo” (5) – são somados. Esse método é denominado como simples porque as pontuações de cada um dos itens são simplesmente somadas, sem recodificar ou agrupar categorias de resposta; contudo, não há atribuição de pesos para itens individuais. O domínio e os escores gerais são computados a partir da pontuação em uma métrica que varia de 0 a 100 (em que 0 = nenhuma deficiência e 100 = deficiência completa).

Para análise do WHODAS, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS) versão 2.0 para o cálculo automático da pontuação geral. O algoritmo de pontuação é disponibilizado e pode ser baixado no formato do SPSS da seção do WHODAS 2.0 da página da internet da OMS.

Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foi garantido o anonimato dos participantes, o direito de recusa em participar do estudo ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo de atendimento no serviço de saúde. O arquivo gerado com os dados será guardado por um período de cinco anos, e depois serão destruídos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São João Del-Rei por meio dos pareceres registrados pelo C.A.E.E. 34230514.8.0000.5545 e C.A.E.E. 32873614.0.0000.5545.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 85 participantes, dentre eles 55,3% sexo feminino com média de idade de 67 anos ($\pm 8,8$). Eram casados em sua maioria (55,3%) e majoritariamente possuíam ensino fundamental incompleto ($1,1\pm$). No que se refere à ocupação, 75,3% são aposentados e recebem até dois salários mínimos (87%). (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica de uma população de idosos com estomias da região centro-oeste do estado de Minas Gerais - Brasil, 2019.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	47	55,3
Masculino	38	44,7
Faixa Etária		
60 \geq 80	63	72,4
\geq 80	22	27,6
Estado civil		
Solteiro	09	10,6
Casado	47	55,3
Sem companheiro(a)	05	5,9
Viúvo	24	28,2
Escolaridade		
Nenhum	06	7,1
Até fundamental completo	67	78,8
> Ensino médio	12	14,1
Ocupação		
Trabalho informal	05	5,9
Estudante	02	2,4
Dona de casa	12	14,2
Pensionista	66	77,5
Renda		
Até 2 salários	74	87
>2 salários	11	13
Religião		
Católica	71	81,6
Evangélica	14	18,4
Prática religião		
Sim	84	98,8
Não	01	1,2
Raça		
Branco	69	81,2
Outra	16	18,8

Fonte: Elaboração própria (2021).

Em relação às estomias, 76,5% eram definitivas, sendo o câncer o principal diagnóstico responsável pela construção da estomia (84,7%). A maioria referiu não ter nenhuma comorbidade (61,2%) e o tipo de estomia mais prevalente foi a colostomia (72,9%). Quanto à avaliação do autocuidado, a maioria era apta a realizar seus próprios cuidados (50,6%), como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados clínicos de uma população de idosos com estomias da região centro-oeste do estado de Minas Gerais - Brasil, 2019.

Características	N	%
Diagnóstico		
Câncer	72	84,7
Outra	13	15,3
Outras doenças		
HAS*	17	20
DM†	3	3,5
HAS*+DM†	10	11,8
Cardiopatia	1	1,2
Outra	2	2,4
Não possui	52	61,2
Tipo estomia		
Ileostomia	2	2,4
Colostomia	62	72,9
Urostomia	21	24,7
Permanência da estomia		
Definitivo	65	76,5
Temporário	20	23,5
Avaliação autocuidado (Autorrelatada)		
Apto	43	50,6
Parcialmente dependente	29	34,1
Dependente	13	15,3

Fonte: Elaboração própria (2021).

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

†DM: Diabetes Mellitus

A qualidade de vida média avaliada foi de 8,0 e o grau de deficiência médio foi de 3,8. No que diz respeito aos domínios de qualidade de vida, “bem-estar físico” e “bem-estar social”

apresentaram média de pontuação de 8,0 pontos, e “bem-estar espiritual” de 8,2 pontos.

O grau de deficiência médio foi avaliado em 3,8. O domínio “relações interpessoais”

e “autocuidado” apresentaram os melhores indicadores (1 e 1,3 respectivamente). A maior média de deficiência foi registrada no domínio “participação” (7,2), como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da avaliação da qualidade de vida e grau de deficiência de uma população de idosos com estomias da região centro-oeste do estado de Minas Gerais – Brasil, 2019.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	DP
Whodas				
Domínio - Cognição	0	62,5	2,2	9,5
Domínio - Mobilidade	0	60	6,7	15,1
Domínio - Autocuidado	0	50	1,3	7,6
Domínio -Relações Interpessoais	0	45	1,0	6,8
Domínio - Atividades de Vida	0	37,5	3,3	9,9
Domínio - Participação	0	84,3	7,2	18,0
Média Geral WHODAS	0	54,1	3,8	9,3
City of Hope				
Bem-estar físico	1	10	8,0	2,0
Bem-estar psicológico	2	10	7,2	1,9
Bem-estar espiritual	2	10	8,2	1,6
Bem-estar social	2	10	8,0	2,0
Média geral City of Hope	2,3	10	8,0	1,7

Fonte: Elaboração própria (2021).

Houve associação positiva entre autocuidado e a qualidade de vida total ($p < 0,005$) e seus domínios “bem-estar psicológico” ($p < 0,017$) e “bem-estar espiritual” ($p < 0,007$). Isto é, o bem-estar psicológico e espiritual são maiores nos idosos com estomias que estão aptos para o autocuidado.

Além disso, houve associação também entre o domínio da qualidade de vida “bem-estar espiritual” com o tempo de cirurgia ($p < 0,011$). O domínio “bem-estar espiritual” se mostrou elevado no grupo que possui mais de cinco anos de cirurgia.

O estudo revelou ainda que há associação entre o diagnóstico de câncer e os indicadores registrados nos domínios do WHODAS ($p < 0,003$). Ou seja, existe maior grau de deficiência entre idosos com estomias quando o diagnóstico de base que levou à estomia é o câncer. No entanto, não houve diferença significativa ao se associar os indicadores registrados entre os domínios de qualidade de vida e grau de deficiência registrados, o que pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre os domínios de qualidade de vida e grau de deficiência entre idosos com estomias da região centro-oeste do estado de Minas Gerais – Brasil, 2019.

Qualidade de Vida	WHODAS		Teste Anova (p-valor)		
Bem-estar físico	8,23	(0,25)	7,53	(0,46)	0,060
Bem-estar psicológico	7,42	(0,24)	6,83	(0,40)	0,157
Bem-estar espiritual	8,41	(0,20)	7,83	(0,43)	0,176
Bem-estar social	8,19	(0,25)	7,63	(0,46)	0,153
Total	8,19	(0,21)	7,64	(0,39)	0,102

Fonte: Elaboração própria (2021).

DISCUSSÃO

O envelhecimento humano está presente em todas as culturas e faz parte da realidade da maioria das sociedades. É notável que tal fenômeno é devido ao aumento da expectativa de vida, desse modo, estima-se que em 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo⁽¹⁰⁾. O envelhecimento é a fase da vida em que as pessoas se confrontam com questões relacionadas à saúde, limitações, perdas, e mudanças biopsicossociais e acarreta mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, e menos recursos sociais e financeiros⁽¹¹⁾.

Quanto ao seu impacto, observou-se que a maioria da população em estudo apresenta estomia de caráter definitivo, o que representa um importante fator de influência nos domínios da Qualidade de Vida, apresentando correlação com desempenho de papéis e função social, mostrando que quanto maior o tempo de estomia, maiores os escores nesses domínios. Esses resultados são semelhantes com o que é observado na literatura, afirmando que a adaptação à estomia é variável entre cada indivíduo, pois depende do tempo e período de adaptação, de modo a contribuir para a identificação de agravos, além de diminuir consequências psicossociais e biológicas⁽¹²⁾.

Em consonância com os parâmetros nacionais, as mulheres apresentaram maior representatividade nesse grupo. Cabe mencionar que as mulheres conseguem se adaptar ao processo de reabilitação em curto espaço tempo quando comparados aos pacientes do sexo masculino, que buscam menos os serviços de saúde para prevenção das doenças, e encontram dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar desse tipo de problemas pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros⁽¹³⁾.

O avançar da idade provoca no organismo alterações diversas, com o declínio da capacidade funcional e cognitiva, principalmente quando associado às comorbidades crônicas e debilitantes como o câncer, que provoca alterações importantes, como a interrupção das funções

do corpo e o desvio do alimento e do suprimento sanguíneo das células normais, com modificações intensas no metabolismo do organismo⁽¹⁴⁾.

Um estudo realizado em João Pessoa encontrou resultados que demonstraram que o “prejuízo na capacidade funcional de uma pessoa, pelo impacto de uma doença como o câncer, afeta sua capacidade de desempenhar atividades da vida diária, as relações sociais, e, sobremaneira, sua situação financeira”^(14:10). Sob o mesmo ponto de vista, a pessoa estomizada tem seu padrão de vida afetado em função do câncer, porém cabe à equipe de saúde sempre incentivar a retomada das atividades de vida diária e uma melhor qualidade de vida.

Em relação à afetividade, grande parte da amostra é casada, seguida de viúvos e solteiros. A estomia, o equipamento coletor e a incapacidade de controle de gases e fezes alteram a imagem corporal ligada a fatores como saúde, estética, jovialidade e perfeição, passando a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo e de inferioridade em relação ao seu parceiro, influenciando na sexualidade do indivíduo e na relação conjugal⁽¹⁵⁾. Assim, a alteração da sexualidade não está relacionada somente às alterações físicas, mas também à autoimagem, à autoestima e às alterações emocionais da pessoa com estomia, tudo isso implicando no cuidado em saúde.

Nesse contexto, o apoio e a presença do companheiro, dos familiares e das pessoas de convivência mais próxima durante a fase de adaptação contribuem para o enfrentamento das dificuldades que surgem com a estomia, inclusive no auxílio e incentivo para realização dos cuidados, contribuindo para reabilitação e melhoria da autoestima⁽¹⁵⁾.

Em relação à religião, observou-se que a maioria era católica. A fé e a crença constituem aspectos consideráveis na vida da pessoa com estomia para o processo de sobrevivência, pois por meio da religião pessoas encontram forças para o enfrentamento da dor e de suas angústias na vida diária, produzindo alívio do sofrimento⁽¹⁵⁾. A literatura científica nos mostra

um constante aumento em relação à espiritualidade e religiosidade, saúde física, mental e qualidade de vida, sendo relevante a dimensão espiritual na assistência e a necessidade de integralizar todas essas dimensões do ser humano⁽¹⁶⁾, com isso o autocuidado leva ao bem-estar psicológico e espiritual.

Os princípios da espiritualidade são de grande relevância para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do idoso, contribuindo para a inclusão de intervenções voltadas ao cuidado da dimensão espiritual desses pacientes, a fim de realizar uma assistência pautada na integralidade do ser, com foco na qualidade de vida.

No estudo, verificou-se que a maioria dos idosos apresentou alguma atividade laboral, o que pode ser explicado pelo fato de que o retorno ao trabalho faz parte do processo de reabilitação, colaborando na inclusão social. O salário serve como incremento às necessidades financeiras em caso de baixa renda familiar. Cabe, portanto, aos profissionais das equipes que auxiliam as pessoas com estomia orientá-las e prepará-las para o retorno ao trabalho, formando um alicerce importante para superarem o medo do preconceito e da convivência em sociedade.

Dessa forma, outro fator observado na pesquisa foi a redução do trabalho remunerado com o aumento da idade, uma vez que as condições de saúde pioram e a limitação funcional aumenta exponencialmente com a idade. São também um grupo que não teve acesso à educação formal. A escolaridade pode estar atrelada às dificuldades de acesso educacional vividas pela parcela mais idosa da população brasileira. O nível de conhecimento gerado pelos poucos anos de estudo pode determinar a realização de atividades com menor retorno financeiro. Salários menores têm como consequência benefícios previdenciários menores, contribuindo para os achados de renda familiar⁽¹⁵⁾.

A pesquisa demonstrou que a principal doença que originou a construção da estomia foi o câncer, podendo ser justificado pela prevalência da população em estudo ser idosa. O elevado número de idosos com estomia pode ser

justificado pela exposição prolongada a fatores de risco, favorecendo o processo de oncogênese.

Embora com baixa prevalência de comorbidades nesse grupo, sabe-se que a presença de doenças crônicas degenerativas tendem a aumentar entre os idosos. As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por “72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda”^(17:12). Nesse aspecto, se faz muito importante o acesso à saúde preventiva, a participação das políticas públicas e os tratamentos dessas patologias.

De acordo com a legislação brasileira, a pessoa com estomia é considerada deficiente⁽²⁾. No entanto, os valores encontrados pelo WHODAS 2.0 não associou esse grupo como deficiente físico dentre os domínios avaliados. Portanto, a condição de saúde não impossibilitou a realização de atividades diárias. A estomia, diferentemente de outras deficiências físicas, é uma deficiência oculta, pois não é claramente perceptível. Muitas pessoas com estomias, no intuito de serem aceitas socialmente, utilizam-se da negação, encobrendo a informação ao realizar alterações nas vestimentas ou restringindo o contato social. A estomia não estando visível pode refletir na imagem que o indivíduo tem de si mesmo e como a sociedade o reconhece.

Dentre as deficiências apresentadas, a de maior ocorrência entre aqueles que apresentaram algum grau de incapacidade foi o domínio “relações interpessoais”. Ressalta-se que, embora pouco expressivo nesse grupo, as relações podem interferir na reabilitação e autocuidado. As alterações nas atividades diárias vivenciadas pelas pessoas com estomia trazem prejuízos à participação social, aumentando seu receio de rejeição social. Estratégias de interação grupal de pacientes podem ser utilizadas, principalmente para maior proximidade e abordagem de questões psicossociais⁽¹⁸⁾.

Já o autocuidado foi o domínio que apresentou menor grau de incapacidade, demonstrando que os participantes possuem aptidão suficiente para o realizaram. Segundo a teoria de Orem, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar⁽¹⁹⁾. Portanto, é necessário que o estomizado tenha confiança, autoaceitação e assistência com orientações adequadas ao seu autocuidado e assentimento da sua nova vida, destacando o profissional enfermeiro como facilitador do processo.

A reabilitação possibilita a reintegração do estomizado na comunidade, com um olhar diferenciado, auxiliando os indivíduos a encarar essa experiência. Recomendam-se ainda as redes de apoio, contribuindo para melhores adaptações e qualidade de vida dos estomizados, respeitando as limitações advindas da condição de estomizado. Assim, o indivíduo tem harmonia no processo de adaptação, tornando-se capaz de realizar seu autocuidado e reinserção social.

A qualidade de vida em idosos é preocupante, uma vez que a população brasileira está envelhecendo e as projeções indicam que em 2050 “a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, EUA e Indonésia”^(6:508).

Para a pessoa com estomia, o fato de ter a vida ajustada pela cirurgia não demonstrou comprometimento da qualidade de vida dessa população. A melhor qualidade de vida em idosos com estomias traz um contexto em que eles possuíam um considerável tempo de cirurgia e, portanto, acredita-se que se adaptaram à nova condição de saúde.

Dentre os domínios apresentados, os de maior escore são de Bem-estar físico, Bem-estar social, Bem-estar espiritual e o domínio de Bem-estar psicológico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(20:11). Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental,

psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida.

Verificou-se que o domínio psicológico foi o menor avaliado entre os idosos, isso se deve ao fato de ele ter desafios para adquirir habilidades para conviver com sua nova realidade. O equipamento coletor pode deixar sentimentos negativos, como medo, angústia, tristeza e desamparo, fazendo com que o indivíduo tenha sentimento de incapacidade e a perda da autoestima⁽²¹⁾.

A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, são responsáveis por acompanhar a recuperação e a adaptação fisiológica desses pacientes, como também incentivar a retomada das atividades de vida diária⁽²²⁾. Torna-se premente que os enfermeiros desenvolvam atividades educativas a partir do próprio cuidado, que devem ser iniciadas a partir do diagnóstico e determinação da cirurgia, assim, contribuirá para diminuição do sofrimento e melhor adaptação.

Para solucionar as complicações advindas da estomia, se faz necessário um trabalho com uma visão multidimensional do cuidar, que abrangem o bem-estar físico, psicossocial, cultural e educacional. Somente será possível alcançar resultados positivos com a união da equipe multiprofissional com esses pacientes, além da participação de sua família, tornando assim a reabilitação e o enfrentamento dessa realidade uma transição tranquila.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de que estudos participantes residiam em outros municípios, a atualização do banco de dados de cadastro dos pacientes do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada – Sasp do município de Divinópolis e a dificuldade e complexidade do instrumento WHODAS 2.0, pois é um instrumento genérico, não específico.

CONCLUSÃO

É possível concluir essa população apresenta boa qualidade de vida e baixo grau de deficiência, segundo os resultados adquiridos com os instrumentos utilizados na pesquisa, o que aponta que a estomia não interferiu negativamente na vida

dos idosos. Este estudo revela que o perfil do idoso com estomias é referente a uma população casada, com predominância do sexo feminino, aposentada e com baixa escolaridade.

Este estudo, por meio das ferramentas utilizadas, irá proporcionar práticas no meio acadêmico, de pesquisa e estudos clínicos, avaliando o paciente em todo o processo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf
2. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União [Internet]. 2004 Dec 2 [citado em 2022 Jan 18];1:5. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
3. Moura RRA, Guimarães EAA, Moraes JT. Análise clínica e sociodemográfica de pessoas com estomias: estudo transversal. *Estima, Braz J Enterostomal Ther*, 2018;16:e3818. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v16.637_PT
4. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2017;26(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
5. Tavares RE, Camacho ACLF, Mota CP. Ações de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(supl.2):1052-61. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13476>
6. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev bras geriatr gerontol (Online)*. 2016;19(3):507-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
7. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebutini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:1-11. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000586>
8. Castro SS, Leite CF. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. *Fisioter Pesqui*. 2017;24(4):385-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17118724042017>
9. Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. *Acta Paul Enferm (Online)*. 2017;30(2):144-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700023>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF; 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
11. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*. 2019;28(4):eZ80411. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>
12. Peixoto HA, Silva PMS, Souza PA, Guimarães NPA, Pinto ACS. Adaptação pós-operatória de pessoas com estomia com e sem complicação: estudo comparativo. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29:e58679. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.58679>
13. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):105-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
14. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2018;27(2):e5420016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>
15. Aguiar JC, Pereira APS, Galisteu KJ, Lourenção LG, Pinto MH. Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:1-7. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170023>
16. Poor HJ, Borji M, Borji M, Moslemi A. The relationship between spiritual well-being and quality of life and optimism on the staff of Arak University of Medical Sciences 2012. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2016;3(2):8-15. Disponível em: <http://jhsme.muq.ac.ir/article-1-86-en.html>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
18. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2950. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>
19. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1999;7(2):47-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000200007>
20. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>
21. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva FJG Jr. Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1043-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>
22. Silva PC, Carvalho LA, Mota MS, Barlem ELD, Ribeiro JP, Roballo EC et al. Cuidado ético ao paciente ostomizado: uma reflexão a partir do Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(8):1-7. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e7154.2021>

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga | Editora Chefe
Fabiana Bolela de Souza | Editora Científica

Nota: Relatório de pesquisa Edital n. 005/2018 PROPE/UFSJ

Recebido em: 25/02/2022

Aprovado em: 20/12/2022

Como citar este artigo:

Moraes JT, Figueiredo SB, Rodrigues MO, et al. Avaliação do grau de deficiência e qualidade de vida de idosos com estomia. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2023;13:e4672. [Access ____]; Available in: ____.
DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4672>