

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE/RN

PRISCILA DA COSTA OLIVEIRA

**A OSTOMIA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

MOSSORÓ

2015

PRISCILA DA COSTA OLIVEIRA

**A OSTOMIA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN

ORIENTADORA: Me. Kalidia Felipe de Lima Costa

MOSSORÓ

2015

PRISCILA DA COSTA OLIVEIRA

**A OSTOMIA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

Monografia apresentada pela graduanda Priscila da Costa Oliveira, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

**Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)  
(Membro)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)  
(Membro)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Karla Simões Cartaxo de Pedrosa (FACENE/RN)  
(Membro)

“Os seus limites estão na sua cabeça e não na sua patologia, seja feliz...”.

Dedico esta monografia a minha amiga e amada mãe Maria Alvanira da Costa que não teve condições de se graduar, mas que trabalhou dia e noite para que seu sonho se concretizasse através de mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, pois ele permitiu que tudo isso acontecesse me dando força e saúde pra superar as dificuldades ao longo da minha vida, não somente nestes anos como universitária.

A meu pai João Vianey que sempre se esforçou para me dar o melhor e a minha querida e amada mãe Maria Alvanira que sempre esteve chorando ou sorrindo ao meu lado. Sempre me apoiando e me incentivando em momento de desânimo e cansaço. Sou e serei eternamente grata.

A minha família pelo amor incondicional, sou grata pela paciência e tolerância pela minha ausência e por ajudar-me nas horas em que mais precisei.

A minha madrinha Maria Antônia, que é um exemplo de pessoa e de profissional, e aos meus padrinhos, José Palmito e Paulo Cesar, que me orientaram sobre os caminhos corretos a seguir.

Aos meus avós José Pereira, Clotilde Martins, Edinaldo Maia, por toda compreensão, amor e carinho. Em especial a minha querida avó Maria Diuzete que é um grande exemplo de mulher guerreira, dedicada e amorosa. Essa vitória também é de vocês!

A todos os professores do curso, que foram tão importantes tanto na minha vida acadêmica, quanto no desenvolvimento desta monografia.

A minha orientadora e Prof<sup>a</sup>. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa, que tenho tamanha admiração e respeito. Agradeço primeiramente por ter aceitado realizar este trabalho comigo. Agradeço pela compreensão, dedicação, incentivo e confiança depositada em mim, sendo grata pelo suporte no pouco tempo que lhe coube e pelos momentos de aprendizado durante a minha formação. Deus te guarde.

A minha linda banca composta pela Prof<sup>a</sup> Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira, a Prof<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima e pela Prof<sup>a</sup> Esp. Karla Simões Cartaxo de Pedrosa, que são excelentes pessoas e profissionais. Agradeço por terem aceitado compartilhar suas experiências e ensinamentos para o meu crescimento profissional. Muito obrigada!

Aos funcionários da FACENE deixo minha eterna gratidão pela atenção e dedicação para comigo durante o curso, em especial a Vanessa, Priscila, Diego e Raimundo. Deus abençoe vocês.

À comunidade da Igreja Nossa Senhora Medianeira de todas as Graças, em especial a meu grupo de jovens (JSC), pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé, a refletir e dividir e nunca encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida de um jeito diferente. Em especial quero agradecer a minha amiga/irmã Tereza Cristina que mesmo com as brigas ela sempre esteve me incentivando e apoiando.

A todos os amigos de sala, que estiveram comigo durante minha formação, que me ajudaram e proporcionaram momentos inesquecíveis. Agradeço em especial a Deus pela oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas assim como vocês (Aline, Karol, Lorena, Poliana, Eduarda, Ângela, Tayne e Weline). Vocês são minhas irmãs de coração. Pode ter a certeza que estarão eternamente guardadas nas minhas melhores lembranças e em meu coração.

Aos pacientes que me permitiram construir parte desse trabalho por meio de seus relatos e abriram suas portas para que eu entrasse e conhecesse melhor sua realidade.

A todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

O câncer colorretal encontra-se entre os cinco cânceres mais frequentes na população brasileira. Muitos pacientes desconhecem a respeito do pós-operatório que se constituem como primeira opção de tratamento, culminando na necessidade de uma ostomia. O câncer e a ostomia trazem um grande impacto na vida, pois constituem condições estigmatizantes e de sofrimento. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Buscamos avaliar a relação existente entre a ostomia intestinal e a qualidade de vida (QV) de pacientes portadores de câncer colorretal residentes no município de Mossoró, RN. A pesquisa foi realizada em duas unidades básicas de saúde (UBS) por zona urbana de forma a representar todo o município, totalizando 8 UBS do município, sendo formalizada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE conforme CAAE 42275315.9.0000.5179 e o parecer de número 982.581. A amostra da pesquisa foi de 20 participantes, sendo que 10 pacientes possuíam CCR e ostomia intestinal e os outros 10 eram pessoas saudáveis. Utilizou-se um formulário para coleta de dados contendo perguntas sobre o perfil, a doença e o tratamento dos mesmos e, em seguida, foi aplicado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref)* que avalia a QV dos participantes. Os dados foram analisados através de uma estatística descritiva, onde foi possível identificar diferenças estatísticas entre os pacientes portadores de câncer colorretal e ostomia intestinal com os pacientes saudáveis, em seguida foi utilizado o teste T-Student para amostras independentes. Influências entre os diferentes domínios do Whoqol-bref foram obtidas através do teste de correlação de Pearson e, em seguida, foi analisado através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0. Foi possível concluir então que os indivíduos que possuem câncer colorretal e ostomia intestinal têm qualidade de vida menor do que os pacientes saudáveis. Espera-se através dessa análise que os profissionais ampliem seus conhecimentos proporcionando melhorias na qualidade de vida dos indivíduos.

**Palavras-Chave:** Ostomia intestinal. Câncer Colorretal. Qualidade de Vida.



## ABSTRACT

Colorectal cancer is among the five most frequent cancers in the population. Many patients are unaware about the post-operative to act as a first treatment option, resulting in the need for an ostomy. The cancer and ostomy bring a great impact on the lives, since they are stigmatized and suffering conditions. It is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. We sought to evaluate the relationship between intestinal ostomy and the quality of life of patients with colorectal cancer living in the city of Natal, RN. The survey was conducted in two basic health units (BHU) for urban areas in order to represent the entire municipality, totaling 8 municipal UBS, formalized only after being approved by the Ethics Committee FACENE Search as CAAE 42275315.9.0000.5179 e parcect de number 982.581. The sample totaled 14 patients with intestinal ostomy patient with colorectal cancer in the areas of breadth of UBS chosen by urban area in the city of Natal, Rio Grande do Norte. However it was only possible to collect 10 samples, for four came to death before the meeting. Additionally, included in the study 10 healthy subjects, to meet the goal of comparing the quality of life. In total, the survey sample was 20 participants. We used a form for data collection with questions on the profile, the disease and the treatment thereof, and then was applied instrument World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref) that evaluates the QoL of participants. Data were analyzed using descriptive statistics, where it was possible to identify statistical differences between the patients with colorectal cancer and intestinal ostomy with healthy patients, then we used the Student t test for independent samples. Influences between the different areas of the WHOQOL-bref were obtained through the Pearson correlation test and then was analyzed using the SPSS software (Statistical Package for Social Sciences) version 21.0. It was concluded then that individuals who have corretal cancer have lower quality of life than healthy patients. It is hoped through this analysis that professionals expand their knowledge providing improvements in the quality of life of individuals.

**Keywords:** Intestinal ostomy. Colorectal cancer. Quality of life.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	10
1.2 JUSTIFICATIVA .....	12
1.3 PROBLEMATIZAÇÃO .....	33
1.4HIPÓTESE .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>15</b>
3.1 A FISILOGIA DO CÂNCER .....	15
3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CANCER .....	16
3.3 CÂNCER COLORRETAL .....	17
3.4 TRATAMENTO.....	19
<b>3.4.1 Tratamento do câncer colorretal</b> .....	<b>21</b>
3.5 A OSTOMIA .....	21
3.6 QUALIDADE DE VIDA .....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
4.1 TIPOS DE PESQUISA .....	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	26
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA .....	26
4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA .....	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.8 FINANCIAMENTO.....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>30</b>
5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS .....	30
5.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CCR E OSTOMIA INTESTINAL.....	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>43</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>48</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Atualmente o câncer é um dos problemas, de saúde pública, mais complexo que o país enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. O câncer é o segundo maior causador de óbito por doença no Brasil, com tendência de crescimento nos próximos anos. Anualmente, ocorre cerca de um terço de casos no mundo que poderiam ser evitados (BRASIL, 2011).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo” (INCA, 2014a).

O câncer colorretal (CCR) encontra-se entre os cinco cânceres mais frequentes na população brasileira, sendo a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres em todo o mundo. Estima-se que, entre 2014 e 2015, ocorreram 576 mil casos novos de câncer no Brasil. A maior estimativa é referente aos cânceres de pele não melanoma, tipo mais prevalente no país em ambos os sexos, com 182 mil casos novos, seguido de próstata, com 69 mil casos, o de mama feminino com 75 mil casos e o CCR com 33 mil casos (INCA, 2014b).

Todavia, a distribuição do CCR não é homogênea em todo o país. Sem considerar o câncer de pele não melanoma, o CCR em homens é o segundo mais frequente na região Sudeste, com 22,67/100 mil e o terceiro nas regiões Sul (20,43/100) e Centro-oeste (12,22/100). Na região Norte ocupa a quarta posição (4,48/100), e na região Nordeste (6,19/100) ocupa a quinta posição. Já nas mulheres CCR é o segundo mais frequente nas regiões do Sudeste, com 24,56/100, e Sul com 21,85/100. Terceiro nas regiões Centro-Oeste (14,82/100) e Nordeste (7,81/100mil), enquanto no Norte é o quarto mais frequente, com 5,30/100 mil indivíduos (INCA 2014b).

A causa exata do CCR é desconhecida. Os principais fatores encontrados na literatura que mais propiciam o aparecimento do CCR são: idade acima de 50 anos; antecedentes familiares de CCR; história pregressa de câncer de ovário,

endométrio ou mama; alimentação rica em gordura; ingestão excessiva de carne; baixo consumo de frutas, vegetais e cereais; obesidade; sedentarismo; ingestão excessiva de álcool; tabagismo; doenças inflamatórias do cólon, como retocolite ulcerativa crônica; doença de crôn; e algumas condições hereditárias, como polipose adenomatosa familiar e câncer colorretal hereditário sem polipose (VIEIRA, 2013).

O tratamento do CCR, assim como os outros tipos de câncer, consiste na realização de procedimento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico ou associação desses últimos tratamentos com a cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma ostomia permanente constituem-se na mais efetiva terapia para o CCR, porém, muitos pacientes desconhecem a respeito do pós-operatório, que culminará na necessidade desta ostomia (VIEIRA, 2013).

Estoma, também denominado de ostoma, é uma palavra de origem grega que significa boca ou abertura. É indicada para a exteriorização de qualquer víscera oca do nosso corpo, ela possibilita a eliminação de secreções, fezes ou urina através do orifício realizado cirurgicamente podendo ser temporário ou definitivo (ABRASO, 2004).

Existem vários tipos de ostomias, dentre eles podemos citar a ostomia intestinal que, por sua vez, é uma exteriorização do intestino na parede abdominal. Podendo receber diversas denominações dependendo do segmento que for exposto. Como por exemplo, se for localizado no cólon, é denominado de colostomia; se localizado do íleo, ileostomia; se no jejuno, jejunostomia; entre outras denominações (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2014).

As reações apresentadas pelos pacientes que adquirem ostomia são muito variadas. Muitos pacientes desconhecem a respeito do pós-operatório, que culminará na necessidade de uma ostomia. Percebe-se que, não muito raro, o paciente prefere a morte à ostomia. Com o passar do tempo, a pessoa consegue um mínimo de aceitação (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2014). Nesse sentido, nota-se que a maioria dos pacientes, após a realização da ostomia, vivencia as diferentes fases emocionais citadas, segundo Kubler-Ross (1996), que são as fases de negação, de ira, de barganha, de depressão e de aceitação.

Além dos problemas emocionais, a ostomia gera uma série de alterações físicas, sociais, principalmente aquelas relacionadas à inutilidade do ânus para o seu processo fisiológico e à presença de um orifício no abdome por onde passa a

eliminar as fezes e gases. Como consequência, na maioria das pessoas, o sentimento de indiferença e exclusão torna-se presente. A imagem corporal está relacionada à juventude, a beleza, o vigor, a integridade, e a saúde daqueles que não correspondem a esse conceito de beleza corporal podem experimentar significativo senso de rejeição. Sendo de fundamental importância o acompanhamento multiprofissional desses pacientes no seu processo de vida (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Atualmente cada vez mais se fala sobre qualidade de vida. Apesar de haver inúmeras definições, não existe uma definição de qualidade de vida que seja amplamente aceita. Cada vez mais claro, no entanto, é que não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano, sempre atentando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar é primordial (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). O desafio é pôr em prática todo o conhecimento, a fim de promover a qualidade de vida no dia a dia desses indivíduos.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

É de grande relevância saber que a ostomia intestinal pode interferir de alguma forma os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes com CCR. Pois, tanto a doença quanto a ostomia definitiva acarretam inúmeros problemas para estes pacientes, como, por exemplo, a perda da integridade corporal, a diminuição da libido sexual, a violação das regras de higiene, perda do controle fecal, eliminações involuntárias de gases e odores, entre outras. Possibilitando mudança da autoestima do indivíduo, surgindo, a partir daí, sentimentos de inutilidade, depressão, negação, medo, barganha, desgosto e etc. Deste modo, essas mudanças poderão implicar profundamente no estilo de vida e nas relações sociais e rotineiras deste indivíduo. Diante disto, o desejo de realizar a pesquisa surgiu a partir dos relatos de caso, estágios e interesse pessoal.

O presente estudo tem como finalidade avaliar a relação da ostomia intestinal na qualidade de vida de pacientes portadores de CCR residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde, localizadas no município de Mossoró, Rio Grande do Norte.

Assim, uma vez conhecendo melhor esses aspectos, será possível propor ações ao poder público municipal e aos órgãos competentes para contribuir com a prevenção de agravos, a promoção à saúde e a reabilitação destes indivíduos. Além de possibilitar a elaboração de estratégias que visem minimizar alterações predisponentes e direcionar a assistência à saúde para estes pacientes de forma a melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

### 1.3 PROBLEMATIZAÇÃO

Qual a relação da ostomia intestinal na qualidade de vida dos pacientes com Câncer colorretal?

### 1.4 HIPÓTESE

A ostomia intestinal influencia de forma negativa na qualidade de vida de pacientes portadores de CCR, pois, estes vivenciam estigmas relacionados à doença e a limitação decorrente da ostomia.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação existente entre a ostomia intestinal e a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer colorretal residentes no município de Mossoró, Rio Grande do Norte.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social dos pacientes entrevistados;
- Identificar as áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde dos pacientes com câncer colorretal submetidos à ostomia intestinal;
- Conhecer na opinião dos pacientes entrevistados sobre a qualidade de vida;
- Avaliar o impacto da ostomia intestinal na qualidade de vida dos pacientes entrevistados;
- Comparar a qualidade de vida de pacientes sadios com a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal e ostomia intestinal.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 A FISILOGIA DO CÂNCER

O câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis vêm se tornando, cada vez, devastadores e comuns no mundo todo. A primeira dificuldade a ser enfrentada é a sua definição, pois ela baseia-se na morfologia e na biologia do processo tumoral. Mas, atualmente, pode-se dizer que o câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum a proliferação descontroladas das células no organismo, que tendem a invadir tecidos e órgãos adjacentes, trazendo assim inúmeros danos à vida do hospedeiro (BRASIL, 2011).

Existem aproximadamente no corpo humano adulto cerca de 60 trilhões de células, embora haja diferentes tipos, todas apresentam determinadas características em comum que se organizam em tecidos e órgãos. No processo normal as células se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. Essa substituição ocorre de forma ordenada e dinâmica, sendo controlada por mecanismos de controle que se interrompem quando ocorre perda ou lesão celular. O câncer surge quando células normais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação de fatores que provocam alterações em um ou mais genes de uma única célula, transformando-as em células cancerosas, chamamos esse processo de carcinogênese (BRASIL, 2012).

A carcinogênese divide-se em quatro estágios: a iniciação que se caracteriza pela exposição das células aos agentes carcinogênicos, resultando em alterações e formações de clones celulares anormais; a promoção se caracteriza pela multiplicação desses clones anormais. A progressão é proliferação de células geneticamente instáveis e geração de heterogeneidade com acúmulo de mutações e formação de subclones. Nesta fase, pode haver seleção por parte do sistema imune do hospedeiro ou tratamento (a neoplasia tende a se tornar mais agressiva) e a conversão maligna das células compõem, respectivamente, o terceiro e o quarto estágios da carcinogênese. Neles, as células transformadas apresentam autonomia para proliferar e, pela perda da coesão e obtenção da mobilidade, tornam-se invasivas (SILVA; SERAKIDES; CASSALI, 2004),

Nesse processo as células se multiplicam descontroladamente dando formação a uma nova massa tecidual anormal, que se expande além dos limites do



tecido podendo chegar a vasos linfáticos e sanguíneos, o que permite a sua disseminação a órgãos distantes. Esse processo é denominado de metástase e constitui o estágio mais grave da doença (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002).

Segundo Meohas et al (2005), a metástase é o resultado final de várias etapas interdependentes, um processo multifacetado que inclui uma complexa interação entre o tumor e organismo hospedeiro, uma sequência de eventos que ainda hoje não foi completamente esclarecida.

O câncer vem mudando, a cada dia, o perfil de adoecimento da população brasileira. Nos últimos anos a taxa de morbimortalidade vem crescendo consideravelmente por consequência de fatores que, de certa forma, contribuem para o desenvolvimento de mutações no material genético das células (INCA, 2006).

Sua causa é de origem desconhecida, porém algumas pesquisas dizem que essas mutações são decorrentes da hereditariedade e/ou da exposição a agentes cancerígenos. O crescimento populacional, o processo de industrialização, à má alimentação, a adoção de maus hábitos de vida em relação ao trabalho e ao dia a dia, vem contribuindo de forma drástica para que mutações celulares ocorram (BRASIL, 2012).

Atualmente, há evidências suficientes de que alguns de microrganismos (vírus, bactérias e parasito) associados a infecções crônicas também estão presentes no processo de desenvolvimento do câncer. Estima-se que, no mundo, cerca de 18% dos casos de câncer se devam a agentes infecciosos. O fumo coloca-se lado a lado em percentual, que os coloca como os mais importantes agentes cancerígenos, com destaque para o papiloma vírus humano (HPV), o *Helicobacter pylori*, os vírus das hepatites B e C. Sendo assim, o câncer é considerado um grande problema de saúde pública, e esforços devem ser mobilizados para a sua prevenção e cura (INCA, [2013?]).

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Durante muitos séculos o câncer foi considerado como uma doença de países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Nos últimos anos essa situação vem mudando, o câncer ganhou uma dimensão maior, atingindo todos os países independentemente de seus recursos, convertendo-se em um evidente problema de saúde mundial (GARÓFOLO et al, 2004).

O câncer, ainda hoje, permanece com grande importância epidemiológica, cada vez maior, pela magnitude do número de casos novos, principalmente relacionados aos tumores considerados evitáveis ou curáveis. O câncer é a terceira causa de óbito no Brasil e a segunda causa de morte por doença, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (MAFRA, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), está estimado para o ano de 2030, cerca de 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de neoplasia em todo o mundo (MARTINS, 2013).

O câncer possui diferentes tipos, que são divididos como: pele melanoma e pele não melanoma; sistema nervoso central; cavidade oral; glândula de tireoide; traqueia; pulmão; laringe; esôfago; estômago; colorretal; fígado; pâncreas; mama; útero; ovário; pênis; próstata; testículo; anal; leucemia; linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin; tumores de Ewing, entre outros (BRASIL, 2012).

Dentre esses tipos o câncer se torna subdividido. Como por exemplo a pele, que por sua vez é formada por mais de um tipo de célula. Se o câncer se forma nos tecidos epiteliais, como pele mucosas, ele é denominado de carcinoma. Se começar em tecidos conjuntivos como ossos, músculos ou cartilagem são denominados de sarcoma (INCA, 2014c).

Dentre os diversos tipos de câncer já citados anteriormente, o câncer colorretal (CCR) será abordado de forma mais profunda, pois o CCR encontra-se como a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres em todo o mundo (INCA, 2014b).

### 3.3 CÂNCER COLORRETAL

O CCR encontra-se entre as cinco primeiras causas de morte na população brasileira. A distribuição percentual de tumores malignos de cólon e reto aproximam-se dos registros encontrados nos países altamente industrializados. A análise dos dados relativos à mortalidade demonstra considerável elevação nos últimos anos. Estimando-se que as taxas de incidência e mortalidade por tumores de cólon e reto, independente do sexo, seriam mais frequentes nas regiões Sudeste e Sul do país (GARÓFOLO et al,2004).

O CCR é o terceiro tumor maligno mais comum nos EUA, perdendo apenas para o câncer de pulmão em incidência e mortalidade. Estima-se que cerca de 14.900 casos novos surjam a cada ano, com taxa anual de mortalidade de 56.000. O CCR atinge ambos os sexos, e sua incidência esta mais significativa em pessoa com mais de 50 anos. A idade média por ocasião do diagnóstico é de 62 anos (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002).

O CCR encontra-se entre os cinco cânceres mais incidentes na população brasileira e sua incidência não é homogênea em todo o país, prevalente nas regiões Sul e Sudeste, particularmente nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Ocupando o terceiro lugar em neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres em todo o mundo (ZANDONAI, SONOBE, SAWADA , 2012).

Entre os anos de 2014 e 2015, foi estimado cerca de 576 mil casos novos de câncer no Brasil. O tipo mais prevalente no país é referente aos cânceres de pele não melanoma, que atinge ambos os sexos, estimando 182 mil casos novos no Brasil, seguido de próstata, com 69 mil casos, o de mama feminino, com 75 mil casos e o CCR, com 33 mil casos (BRASIL, 2014).

O CCR abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. Primariamente, o câncer tende a se instalar na região do sigmoide e reto. Cerca de 40% a 50% das lesões ocorrem no reto, e 20% a 35% ocorrem no cólon descendente e sigmoide, 16% no ceco e cólon ascendente e, somente 8%, ocorrem no cólon transversal (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002).

Ainda não se sabe a causa exata do CCR. Mas estudos mostram que a dieta habitual é um importante fator no aparecimento do CCR. Entre os fatores de risco para essa neoplasia está uma dieta rica em gorduras animais e com baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais. Além da dieta inadequada está entre os fatores de risco como a idade (acima de 50 anos, geralmente), o alcoolismo, tabagismo, o sedentarismo, obesidade, a história pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama, as doenças inflamatórias do cólon (retocolite ulcerativa crônica; doença de Cronh) e algumas condições hereditárias, como Polipose Adenomatosa Familiar e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (VIEIRA, 2013).

Desse modo, medidas preventivas devem ser implantadas para reduzir a incidência do CCR. A adoção de hábitos saudáveis, incluindo uma dieta rica em fibras e pobre em gorduras saturadas somadas à prática de atividades físicas

regularmente representam uma medida de prevenção importantíssima no combate ao CCR. Há algumas décadas, estudos enfatizaram o efeito protetor da ingestão de fibras alimentares, que reduziram em 33% o risco de mortalidade por CCR. (GARÓFOLO et al, 2004).

Um aspecto desfavorável ao CCR trata-se do seu desenvolvimento silencioso e o seu diagnóstico tardio, devido ao longo tempo em que as lesões e o tumor permanecem assintomáticos. Geralmente, quando a localização da neoplasia situa-se no cólon direito, mais tardio será o surgimento dos primeiros sintomas (ZANDONAI, SONOBE, SAWADA, 2012).

Na sua maioria, quando diagnosticado precocemente e quando ainda não atingiu outros órgãos, o CCR é uma doença frequentemente tratável e curável. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso (VIEIRA, 2013).

Outras maneiras de prevenir o aparecimento de tumores malignos no cólon é através de dois exames: sangue oculto nas fezes e colonoscopia/retossigmoidoscopia que irá detectar precocemente os pólipos (crescimento anormal que surge na mucosa) antes que eles se tornem malignos. Recomenda-se que, pessoas com mais de 50 anos, devem se submeter anualmente à pesquisa de sangue oculto nas fezes. Caso o resultado seja positivo, é recomendado a colonoscopia (exame de imagem que vê o intestino por dentro) (BRASIL, 2011).

Além desses exames, outras medidas de diagnosticar precocemente o CCR é através dos sinais e sintoma apresentados, bem como o aparecimento de diarreia, anorexia, náuseas, vômitos, fraqueza, tenesmo (vontade de evacuar constantemente), constipação intestinal, melena (sangue nas fezes), dor e ou massa abdominal, anemia de origem desconhecida, que determina o aparecimento do CCR (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002). De modo geral, sabe-se que, quanto antes for diagnosticado o CCR, mais efetivo será o tratamento e a possibilidade de cura e melhor a qualidade de vida.

### 3.4 TRATAMENTO

Atualmente, existem várias modalidades terapêuticas antitumorais: a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia, a imunoterapia, a cirurgia (curativa, paliativa) ou o transplante de medula, que podem ser usadas isoladamente ou

associadas, ou a combinação de mais de uma modalidade terapêutica. Cada uma das modalidades de tratamento pode ocasionar modificações fisiológicas e nutricionais, interferindo na capacidade de ingestão, digestão e absorção adequada de nutrientes, além de afetar a deglutição e o paladar. Essas modificações podem interferir de forma negativa na QV dos pacientes oncológicos (SANTOS, NOVAES, 2011).

Marques (2006) diz que o tratamento tem o propósito de estabelecer um cuidado curativo ou paliativo, que irá depender de alguns fatores, como a localização, o tamanho, o grau de agressividade do tumor, idade e o estágio da doença. É importante lembrar que quando o câncer encontra-se em sua fase inicial, há uma maior chance de controle da doença, pois é mais fácil de combater as células malignas.

A primeira modalidade a alterar o curso das doenças neoplásicas foi à cirurgia. Sendo ela escolhida para ser o tratamento de primeira escolha, podendo ser associada a outras modalidades, como por exemplo à quimioterapia, que consiste no uso de drogas injetáveis usadas para destruir rapidamente as células tumorais ou mesmo impedindo sua reprodução. Também pode estar associada com a radioterapia, que visa o tratamento loco-regional do câncer, utilizando equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano afetados pelo câncer, previamente e cuidadosamente demarcadas, com fins de diminuir a possibilidade do reaparecimento da doença em alguns estágios (BRASIL, 2014).

Os pacientes em tratamento com quimioterápicos e/ou radioterápicos podem experimentar de efeitos colaterais que são comuns durante o tratamento. Os efeitos colaterais mais frequentes são: exaustão, mal estar, alopecia (perda total ou parcial dos cabelos ou pelos), náuseas, vômitos, febre, calafrios, rubor (coloração avermelhada da pele), boca seca, problemas sexuais, dentre outros (MARQUES, 2006). Vale salientar que cada pessoa reage de diferentes formas ao tratamento.

Nos dias atuais, mensurar a QV do paciente oncológico é um recurso importante para avaliar os resultados do tratamento, sendo a monitorização tanto dos sintomas da doença quanto dos efeitos colaterais da terapêutica, aspectos relevantes que influenciam a QV dos sobreviventes do câncer (SANTOS, NOVAES, 2011).

### 3.4.1 Tratamento do câncer colorretal

O tratamento é um dos componentes de programa nacional do controle do câncer. As metas são, principalmente, cura, prolongamento da vida e melhoria na qualidade de vida (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

O CCR e seu tratamento podem causar um efeito adverso na função social, incluindo trabalho e a vida produtiva, relacionamento com familiares, parceiros e amigos, e outros interesses e atividades sociais. (NICOLUSS, SAWADA, 2009).

Atualmente, existem várias modalidades terapêuticas para o tratamento do CCR. É uma doença tratável e frequentemente curável, sendo, a cirurgia, o tratamento primário. A recidiva local regional é o principal problema após o tratamento cirúrgico do câncer retal e, comumente, determina a morte.

O tratamento depende, principalmente, do tamanho, localização e extensão do tumor e da saúde geral do paciente. É realizada a ressecção do segmento afetado até a inclusão de margens livres da doença, onde se retira estruturas vasculares e linfáticas, para prevenir o reaparecimento de células cancerígenas no organismo dos indivíduos acometidos pela doença. A quimioterapia e a radioterapia continuam sendo consideradas um complemento à intervenção cirúrgica (BRASIL, 2003).

Há três principais cirurgias realizadas no tratamento do CCR: ressecção do tumor com reanastomose (colestomia), colostomia (temporária ou permanente) e a ressecção abdomino-perineal (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002).

A remoção cirúrgica de parte do intestino afetado e a realização de uma ostomia permanente ou provisória constituem na mais efetiva terapia para o CCR (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2002).

### 3.5 A OSTOMIA

A ostomia é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas, podendo ser feita de urgência ou planejada, de forma temporária ou definitiva. Há vários tipos de ostomias: respiratória (traqueostomia), gástrica (gastrostomia), intestinais (colostomia e ileostomia) e urinária (urostomia). A ostomia possibilita a sobrevivência da pessoa acometida pelo CCR (ABRASO, 2004).

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega que significam boca ou abertura. Segundo Malagutti e Kakiyama (2014), ostomia é a exteriorização de qualquer víscera oca do nosso corpo, ela possibilita a eliminação de secreções, fezes ou urina através do orifício realizado cirurgicamente podendo ser temporária ou definitiva.

Os primeiros relatos de ostomias apareceram na Bíblia, há 350 anos a C, citando uma passagem onde Praxógoras de Kos teria realizado esta cirurgia, em um caso de ferimento abdominal. Segundos estes autores, em 1709, um cirurgião alemão, Lorenz Heister, teria realizado operações de enterostomia em soldados que apresentavam ferimentos intestinais. Mas, é mesmo no início da década de 1950, conhecida como a “era moderna das ostomias, que Patey e Butler aprimoram esta técnica cirúrgica” (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

São várias as razões pelas quais uma pessoa pode necessitar de uma cirurgia que objetive construir um novo caminho para que as fezes possam ser expelidas pelo organismo: doenças inflamatórias intestinais (doenças de crohn e retocolite ulcerativa); câncer; traumatismos e doença de chagas (ABRASO, 2004). É importante salientar que o segmento do cólon a ser exteriorizado dependerá do local do intestino que foi comprometido.

A pessoa submetida a este tipo de intervenção (ostoma), além de sobreviver ao câncer, enfrentará também uma série de mudanças às quais necessitará de adaptações. A literatura mostra que os indivíduos ostomizados enfrentam várias perdas que podem ser reais ou simbólicas. Alterações na vida sexual, resultado da diminuição ou perda da libido e, por vezes, impotência, relacionadas com a alteração da imagem do corpo e a consequente diminuição da autoestima da pessoa ostomizada. Bem como preocupações na perda do controle relacionadas com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual, podendo acarretar um impacto a nível emocional e psicológico, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Entre as possibilidades terapêuticas o desvio do trânsito intestinal mediante a realização de um estoma acarreta importantes efeitos adversos relacionados à qualidade de vida (QV) e à saúde de pacientes com CCR. Muitos pacientes sofrem com as alterações do hábito intestinal, precisando adaptar suas vidas aos estomas permanentes ou temporários (SANTOS, NOVAES, 2011).

Os estudos de QV na área da oncologia têm aumentado gradualmente e tornaram-se imprescindíveis, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente, sem que o mesmo tenha um mínimo de QV. O principal objetivo do tratamento com paciente acometido pelo CCR e a ostomia intestinal em estágio avançado é proporcionar uma melhor QV a esses indivíduos (SANTOS, NOVAES, 2011).

### 3.6 QUALIDADE DE VIDA

A presença do câncer altera todos os aspectos da vida do indivíduo e pode acarretar profundas mudanças no seu modo de vida, principalmente quando o chefe da família adocece, sendo ele o provedor da única fonte de renda. Essas alterações envolvem o comprometimento de executar atividades diárias, a perda da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima são relatadas por esses doentes que percebem a qualidade de sua vida profundamente alterada em um curto período de tempo. Sabe-se que para a maioria das pessoas, o diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico. A própria palavra “câncer”, inclui um simbolismo de ameaça à vida e de associação com a morte e o morrer (MICHELONE, SANTOS, 2004).

O câncer e a ostomia têm um grande impacto na vida, pois constituem condições estigmatizantes e de sofrimento. O termo estigma é utilizado para fazer referência a algo marcante, que discrimina (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Considerando-se as dificuldades enfrentadas pelos sobreviventes de câncer, sendo ostomizados ou não, ao submergir, em situações crônicas - câncer e ostomia - que certamente proporcionam drásticas mudanças, interfere na qualidade de vida (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Atualmente, cada vez mais se fala sobre qualidade de vida. Apesar de haver inúmeras definições, não existe uma definição de qualidade de vida que seja amplamente aceita. Mas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive”. Trata-se, portanto, de um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolvem parâmetros das áreas de saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada,



entretenimento, novas tecnologias e tudo o que se relacione com o ser humano, sua cultura e seu meio (LIBERATO, 2014).

O acompanhamento destas pessoas é de fundamental importância para obtenção da qualidade de vida, pois, além de serem acometidas pelo câncer e a ostomia, ainda têm que lidar com as transformações resultantes de seu tratamento. Assim, “o conhecimento de ser portador de câncer causa um grande impacto, mas a depressão é idêntica pelo estabelecimento da colostomia”. Ao longo de diversos estudos é colocado que o apoio da família à pessoa ostomizada é fundamental, sendo determinante para a aceitação da ostomia e, conseqüentemente, para o seu processo de reabilitação e adaptação (CASCAIS; MARTINS; ALMEIDA, 2007).

Pesquisas recentes revelam que a avaliação da QV apresenta diversos benefícios para o acompanhamento do paciente oncológico, pois ela ajuda a monitorar a doença e o tratamento; permite comparar diferentes modalidades de tratamento para a mesma doença, orientando seu planejamento; além de permitir a detecção precoce de problemas físicos e psicossociais, proporcionando a equipe de saúde informações para melhor atender ao paciente (SANTOS, NOVAES, 2011).

A maioria dos pacientes não retomam suas atividades de lazer ou retomaram parcialmente, isto se deve aos sentimentos de insegurança, vergonha ou problemas físicos. Essas pessoas deparam-se com a mutilação de sua imagem corporal e autoestima, com sentimentos de repugnância de si mesmas, de desprestígio diante da sociedade e de não se acham capazes de enfrentar tal situação (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Durante as nossas atividades profissionais desenvolvidas junto ao doente, percebemos que os portadores de ostomia por câncer e seus familiares apresentam variados comportamentos em relação à doença e ao tratamento. Sentimentos de tristeza, angústia, vergonha, desespero, depressão, revolta, sofrimento, arrependimentos, medos e incertezas e, principalmente, pela impotência surgem diante da experiência. O CCR e a ostomia promove grande impacto, tanto para o paciente, quanto para sua família, pois todos vivenciam a experiência. Cabe destacar a grande importância dos profissionais da saúde e, em especial, da equipe de enfermagem, no sentido de incentivar e integrar a família no cuidado ao paciente melhorando assim a qualidade de vida desses pacientes (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPOS DE PESQUISA

A pesquisa foi caracterizada por um estudo de cunho exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa acerca da qualidade de vida de pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal.

Segundo Gil (2008), pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Envolver levantamento bibliográfico, perguntas a pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

A pesquisa descritiva teve como objetivo descrever as características de determinada população ou de determinado fenômeno. Podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (MORESI, 2004, p. 9).

A pesquisa quantitativa buscou identificar os elementos constituintes do objeto estudado, estabelecendo a estrutura e a evolução das relações entre os elementos. Seus dados são métricos (medidas, comparação/padrão/metro) e as abordagens são experimental, hipotético-dedutiva, verificatória. Eles têm como base as matérias formalizantes e descritivas (PORTELA, 1982).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Esse município, por sua vez, apresenta uma população estimada em 284,288 habitantes. Possui uma área de 2.099,333 Km<sup>2</sup> e está localizada a 285 km de Natal, capital do Rio Grande do Norte (IBGE, 2014).

Há no município 36 UBS na área urbana, localizadas em quatro zonas: zona norte, com 04 UBS, zona sul, com 07 UBS, zona leste, com 19 UBS e zona oeste, com 06 UBS. Foram escolhidas duas UBS por zona de forma a representar todo o município, totalizando 8 UBS. As UBS escolhidas para a realização da pesquisa foram: UBS DR CHICO COSTA (Santo Antônio), UBS DR. JOAQUIM SALDANHA

(Estrada da Raiz), UBS RAIMUNDO RENE C. CASTRO (Boa Vista), UBS LUCAS BENJAMIM (Abolição III), UBS MARIA BERNADETE BEZERRA (Liberdade II), UBS CAIC (Carnaubal), UBS DR MOISÉS COSTA (Redenção), UBS DR SUELDO CÂMARA (Quixabeirinha).

A pesquisa foi realizada nas residências dos participantes, através da colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), logo após houve a identificação e assinatura do TCLE.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foram os pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal nas áreas de abrangência das UBS escolhidas por zona urbana do município de Mossoró, Rio Grande do Norte, totalizando 14 indivíduos, constituintes do universo da pesquisa. Entretanto, só foi possível coletar os dados de 10 indivíduos, pois quatro vieram a óbito antes da realização da pesquisa. Adicionalmente, foram incluídos na pesquisa 10 indivíduos sadios, ou seja, sem CCR e sem ostomia intestinal, para atender ao objetivo de comparação da qualidade de vida. No total, a amostra da pesquisa foi de 20 participantes.

Participaram da pesquisa os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter algum tipo de ostomia intestinal; ser portador de CCR; residir nas áreas de abrangência das UBS escolhidas no município de Mossoró, Rio Grande do Norte; ser maior de 18 anos; aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro conteve um formulário, composto por perguntas realizadas de forma clara e metodológica. Essas perguntas caracterizaram dados relacionados ao perfil, a doença e o tratamento dos pesquisados (APÊNDICE B).

Em seguida foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life Group Bref* (WHOQOL-bref), instrumento genérico usado para avaliar a qualidade de vida. Trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento da Organização

Mundial de Saúde (OMS), já testado e validado em português (SCHLOSSE; CEOLIM, 2012) (ANEXO A).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi então desenvolvido a versão abreviada do WHOQOL-100. O WHOQOL-bref é composto por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações social e meio ambiente. Os domínios são pontuados de forma independente, podendo variar o escore, onde a pontuação será de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio da Qualidade de vida. Um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (KLUTHCOVSKYI; KLUTHCOVSKYII, 2009).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2015. O contato com os pacientes com CCR e com ostomia intestinal ocorreu da seguinte forma: inicialmente os pesquisados foram localizados quanto ao seu domicílio com ajuda de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em seguida, fomos ao domicílio dos mesmos onde foram convidados e esclarecidos sobre os fins da pesquisa, dando a liberdade para recusarem ou aceitarem contribuir com a pesquisa. Ao aceitarem participar, os pesquisados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), logo após foi realizado as perguntas que caracterizaram o perfil, a doença e o tratamento através de formulário, posteriormente foi aplicado o *World Health Organization's Quality of Life Bref (WHOQOL-bref)*: um questionário que avalia a qualidade de vida, sendo este, já validado e traduzido para o português.

Já a coleta de dados dos indivíduos sadios, sem CCR e sem ostomia intestinal, ocorreu de forma aleatória dentro da própria Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE – RN.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e expressos em média e desvio padrão ou percentual de acordo com as variáveis. Para evidenciar diferenças estatísticas entre pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal com pessoas saudáveis, após análise dos pressupostos paramétricos, utilizou-se o teste T-Student para amostras independentes. Influência entre os diferentes domínios do Whoqol-bref foram obtidas através do teste de correlação de Pearson com nível de significância estabelecido em 5%, analisados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil com o parecer de número 982.581 e CAAE: 42275315.9.0000.5179 (ANEXO A). Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo ao participante que o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais, e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito ao participante.

Os riscos mínimos da pesquisa, como desconforto aos participantes durante a coleta de dados, medo e constrangimento relacionado à aplicação do instrumento de coleta, foram minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. O benefício relacionado à sua participação será o aumento do conhecimento científico para a área de enfermagem, para a qualidade na assistência dos serviços de saúde.

A pesquisa levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar o acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como, a orientadora e banca examinadora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 20 indivíduos, sendo que 10 possuíam CCR e ostomia intestinal e eram residentes nas áreas de abrangência das UBS, escolhidas por zona urbana do município de Mossoró-RN, e os outros 10, escolhidos de forma aleatória, eram saudáveis e não possuíam CCR e nem ostomia intestinal.

Atendendo aos objetivos da pesquisa, os dados descritos abaixo são relacionados ao perfil dos pacientes com CCR e com ostomia intestinal. Destes, 80% (8/10) dos participantes eram do sexo masculino e que apresentavam faixa etária de 50 a 70 anos. No que se refere o estado civil 70% (7/10) dos participantes eram casados. Com relação à escolaridade 50% (5/10) dos participantes não eram alfabetizados e, os outros 50% (5/10), tinham apenas o ensino fundamental. Quanto à atuação profissional, 60% (6/10) dos participantes eram aposentados (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil dos pacientes (N=10) com CCR e ostomia intestinal abordados no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, 2015.

Variáveis	Freq.	%
<b>Estado civil</b>		
Casado	07	70,0
Divorciado	01	10,0
Viúvo	02	20,0
<b>Idade</b>		
50 a 70	08	80,0
70 a 90	01	10,0
> 90 anos	01	40,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	08	80,0
Feminino	02	20,0
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	05	50,0
Ensino fundamental	05	50,0
<b>Profissão</b>		
Agricultor	02	20,0
Aposentado	06	60,0
Costureira	01	10,0

Pedreiro	01	10,0
<hr/> <b>Fonte:</b> Pesquisa de Campo (2015)		

O estudo em questão (tabela 1) revelou que 80 % dos pacientes tinham entre 50 e 70 anos de idade. No entanto, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que a maioria das pessoas portadoras de CCR é diagnosticada após os 50 anos. Este acometimento pode ser explicado, devido ao maior tempo de exposição aos carcinógenos, à menor capacidade de reparo das células, bem como a debilidade no sistema imune (BRASIL, 2014a).

Este ainda mostra que o CCR acomete mais em homens (80%) do que em mulheres (20%). Entretanto, Santos Jr. (2007) ressalva que a incidência do CCR é semelhante em ambos os sexos, porém com distribuição diferente com relação à sua localização no intestino grosso.

Podemos notar que 50% dos participantes não eram alfabetizados e, os outros 50%, tinham apenas o ensino fundamental. A falta de escolaridade, de certa forma, influencia no aparecimento da doença, pelo fato de a desconhecem. Tornando assim dificultosa a detecção e o tratamento precoce dos indivíduos acometidos.

Quanto ao estado civil, 70% dos pacientes eram casados. O cônjuge é o elemento mais próximo do paciente portador de ostomia intestinal e CCR, tendo o direito moral de ser o primeiro a ajudar, tornando-se peça fundamental no processo de reabilitação e de reinserção dos pacientes (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

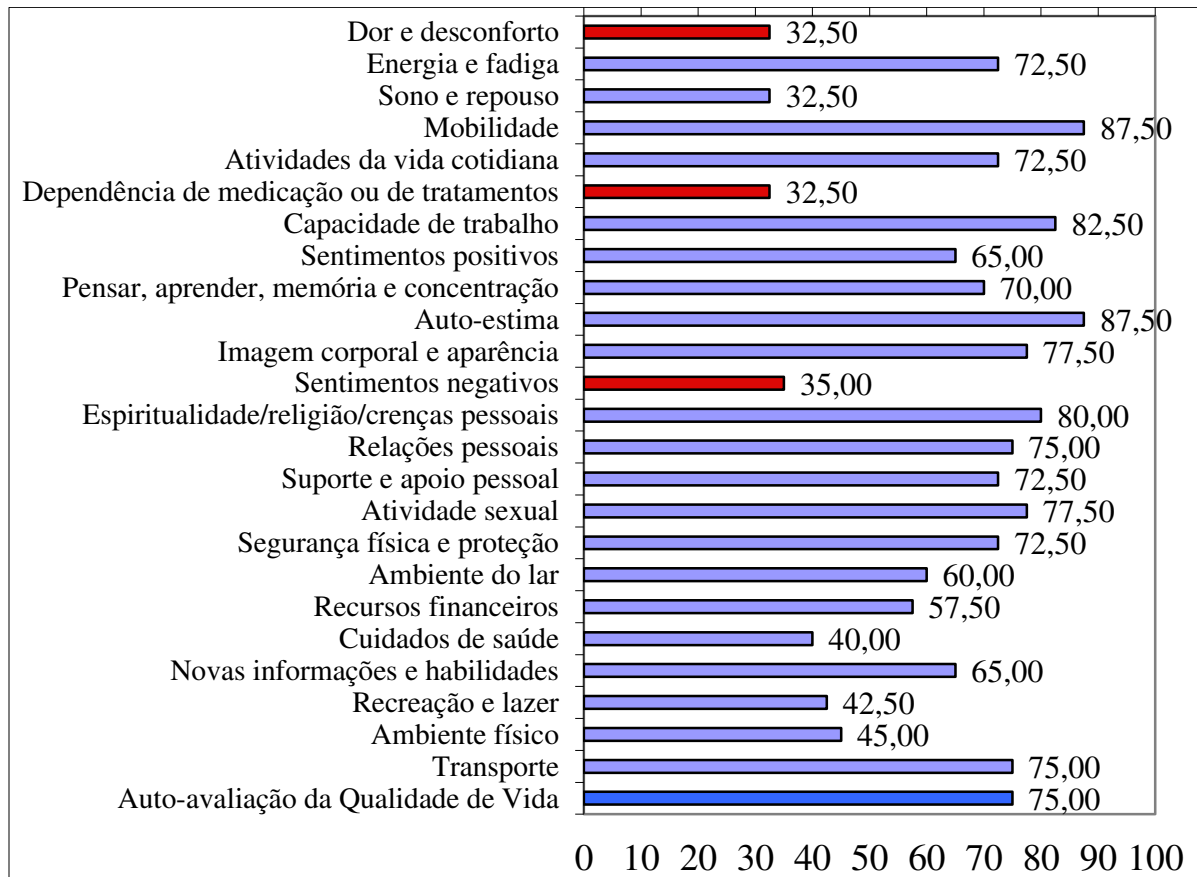
## 5.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CCR E OSTOMIA INTESTINAL

O instrumento utilizado para a coleta dos dados referentes à QV foi o WHOQOL-bref que é composto por 26 questões, também chamado de facetas, divididas nos domínios físico, psicológico, das relações social e meio ambiente que foram pontuados de forma independente a partir de escores. As pontuações dos escores podiam variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o escore melhor é o domínio da QV.



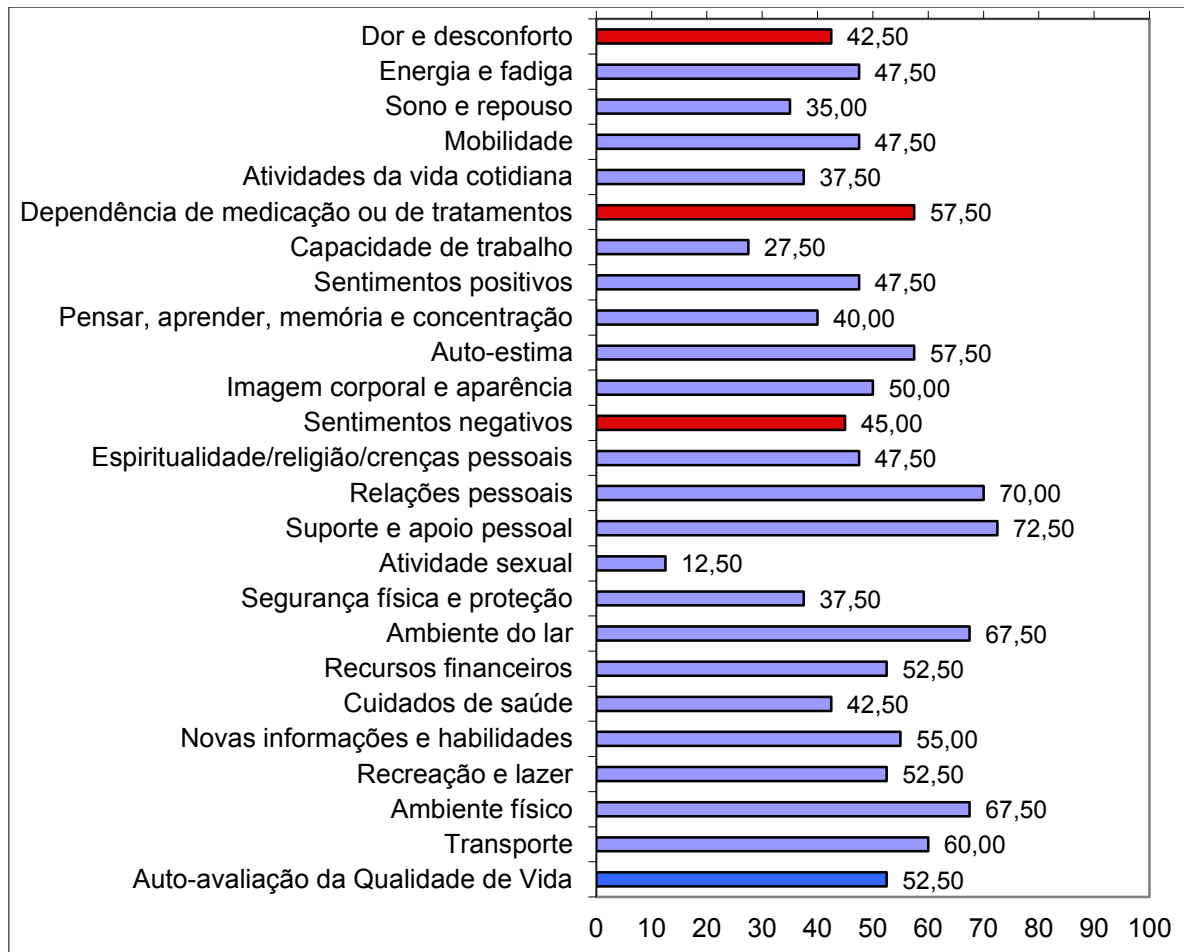
Neste contexto, foi possível constatar que as facetas dos indivíduos sadios foram maiores do que as facetas dos indivíduos com CCR e ostomia intestinal, conforme mostra os gráficos 1 e 2.

**Gráfico 1.** Médias das facetas dos indivíduos sadios



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

A partir do gráfico 1 é possível considerar que a faceta dor e desconforto impedem  *muito pouco*  na realização das atividades diárias, visto que eles não possuem nenhuma limitação física; a faceta que retrata a dependência de medicação ou de tratamento mostra que eles precisam de  *muito pouco*  na sua vida diária, uma vez que eles são sadios; já a faceta sentimentos negativos mostra que os mesmos apresentam  *muito poucos*  sentimentos negativos, pois eles não vivenciam a doença e o tratamento.

**Gráfico 2.** Médias das facetas dos indivíduos com CCR e ostomia intestinal

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

A partir do gráfico 2, foi possível analisar que a faceta dor e desconforto impedem *mais ou menos* a realização das atividades diárias, sendo este valor próximo ao dos pacientes sadios. Essa proximidade pode ser justificada pelo fato da dor está controlada, pois os pacientes estudados estão em tratamento. A faceta dependência de medicação e tratamento mostra que os pacientes doentes precisam *mais ou menos* de tratamento na sua vida diária, sendo este valor maior em relação aos pacientes sadios. A faceta sentimentos negativos mostra que os pacientes com CCR e ostomia apresentam *mais ou menos* sentimentos negativos, podendo ser justificado, pois os mesmos passam por limitações decorrentes da doença e do tratamento.

Além da análise das facetas individualmente, foi realizado um estudo descritivo, onde evidenciou diferenças estatísticas através do instrumento Whoqol-bref sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal

(G2) com pacientes sadios (G1), através dos domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente (Tabela 2).

**Tabela 2** – Valores de média  $\pm$  Desvio padrão dos escores de Whoqol-bref entre pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal com pacientes sadios nos diferentes domínios.

Domínios	Grupos	Média $\pm$ D.P	Min-Max	p-valor
Físico	G1	15,03 $\pm$ 2,05	13,14 – 18,86	<0,001*
	G2	10,74 $\pm$ 1,52	8,57 - 13,71	
Psicológico	G1	15,87 $\pm$ 2,24	13,33 – 20,0	0,0002*
	G2	11,93 $\pm$ 1,42	10,00 – 15,33	
Relações sociais	G1	16,00 $\pm$ 2,35	12,0 – 20,0	0,0008*
	G2	12,27 $\pm$ 1,76	9,33 – 16,0	
Meio Ambiente	G1	13,15 $\pm$ 1,60	10,50 – 15,0	0,4576
	G2	12,70 $\pm$ 0,98	10,0 – 16,0	
Autoavaliação QV	G1	16,0 $\pm$ 2,11	12,0 – 18,0	0,0025*
	G2	12,40 $\pm$ 2,46	10,0 – 16,0	

G1 – Pacientes sadios; G2 – Pacientes portador de CCR e ostomia intestinal. D.P- Desvio padrão. \* Diferença estatística ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

Foram observados, através da comparação estatística realizada, que houve diferença estatística significativa entre os dois grupos estudados, para os domínios físico, que apresentou o valor de  $p < 0,001$ ; o psicológico, com valor de  $p < 0,0002$ ; o das relações sociais, com valor  $p < 0,0008$  e na QV, com o valor  $p < 0,0025$ . Esses dados evidenciaram que a QV dos pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal foi menor em relação à QV dos indivíduos sadios.

Em relação ao domínio físico, o grupo G2 apresentou maior escore em relação ao G1. Nesse contexto, a faceta 18, que retratou a capacidade de trabalho, o G2 apresentou menor escore em relação ao G1, ou seja, o fato de ser portador de CCR e possuir ostomia intestinal pode interferir diretamente na capacidade de trabalhar desses indivíduos, somado ao fato desses pacientes possuírem idade mais avançada, diferentemente acontece com os indivíduos sadios. Podemos observar, também, que a faceta 18 está interligada com as facetas 15 e 10, que abordam a locomoção, isto é, caminhar com as próprias pernas, e a da falta de energia para realizar tarefas diárias. Desta forma, o G2 apresenta comprometimento na sua capacidade física, justificando interferência na QV deste grupo.

Já em relação ao domínio psicológico, a faceta 19 que retrata a autossatisfação, apresentou maior escore no G1 em relação ao escore do G2. Esta faceta pode está influenciando a faceta 6 que está relacionada ao sentido da vida, interferindo assim na QV do G2, pois quando o paciente perde a satisfação consigo mesmo, isto pode resultar na falta de vontade de viver, levando ao desinteresse do tratamento.

Quanto ao domínio das relações sociais, a partir da faceta 21, que retrata a vida sexual, foi possível perceber maior escore no G1 em relação ao escore do G2. Isto significa que o G1 tem melhor vida sexual do que o G2. Podendo ser justificável devido à idade avançada e ao tratamento, que por sua vez possui reações adversas como, por exemplo, a diminuição da libido sexual. Por sua vez, isto interfere a QV e a satisfação sexual do G2.

No que concerne ao domínio da autoavaliação da QV, a partir da faceta 1 que retrata a qualidade de vida é possível dizer que a QV do G1 é mais satisfatória do que a do G2. Isso ocorre, pois a QV é o resultado de itens que, somados, resultam na satisfação dos pacientes sadios.

Dentre os domínios citados, o do meio ambiente foi o único que não apresentou diferença significativa, apresentando valor de  $p=0,4576$ , ou seja, os dois grupos tiveram nesse domínio resultados semelhantes. Em relação a esse domínio, pôde-se constatar o quão satisfeito estavam o G1 e G2. Para confirmar essa satisfação, podemos citar, como exemplo, a faceta 12, que retratou os recursos financeiros, e, a faceta 24, que mostrou satisfação quanto ao acesso aos serviços de saúde. Considera-se assim que o meio ambiente de ambos os grupos não interferem na qualidade de vida.

A seguir é possível observar a análise estatística a partir do teste de correlação de Pearson, onde expõe a influência da QV entre os diferentes domínios do Whoqol-bref (Tabela 3).

**Tabela 3** - Valores de r (p-valor) das variáveis pertencentes ao domínio do Whoqol-bref em pacientes portador de CCR e ostomia intestinal

Domínios	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Psicológico	0.859 (0,001*)			
Relações sociais	0.044 (0,903)	-0.230 (0,523)		
Meio ambiente	-0.090 (0,805)	0.091 (0,803)	-0.207 (0,566)	
Autoavaliação QV	0.694 (0,026*)	0.432 (0,212)	0.522 (0,122)	-0.176 (0,627)

\* Significância estatística ( $p < 0,05$ )

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

A princípio, é importante compreender que a correlação é dividida em positiva e negativa. A correlação positiva ocorre quando as variáveis influenciam de forma diretamente proporcional em relação às outras variáveis; a negativa ocorre quando as variáveis influenciam de forma inversamente proporcional. Sendo que a correlação positiva pode ser avaliada como fraca quando o valor de r está entre 0,1 a 0,3; moderada, entre 0,3 e 0,6; forte, entre 0,6 e 0,9; e fortíssima, quando o valor de r está acima de 0,9.

Diante desta compreensão, é possível constatar que os domínios psicológico e o físico obtiveram valor de p significativo ( $p=0,001$ ), sendo importante ser analisado. Além disso, apresentou correlação positiva ( $r=0,859$ ) e forte (0,6 e 0,9). Isso nos permite dizer que os domínios psicológico e físico influenciam um ao outro. Ou seja, à medida que o domínio psicológico aumenta, o físico também aumenta, e vice-versa.

Podemos avaliar, também, que o valor de p foi significativo na correlação entre os domínios da autoavaliação e físico ( $p=0,026$ ), apresentando correlação positiva ( $r=0,694$ ) e moderada (0,3 a 0,6). Isso nos permite afirmar que os domínios da autoavaliação da QV e físico influenciam um ao outro. Ou seja, à medida que o domínio da autoavaliação da QV aumenta o físico também aumenta, e vice-versa.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QV é um tema bastante falado nos últimos anos devido a sua grande relevância para a vida do indivíduo. Apesar das inúmeras definições, não existe uma definição da QV que seja amplamente aceita, pois a QV não envolve apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano.

Como QV pode ser definida? É mais uma questão de qualidade a ser buscada dentro dos programas de qualidade total. São as condições de tráfego, entre o local de trabalho e de moradia. É a qualidade dos serviços médico-hospitalares prestados. É a presença de áreas verdes nas grandes cidades. É ter moradia. É a segurança que nos protege contra os criminosos. É a ausência de efeitos colaterais de medicamentos de uso crônico. É ter saúde. É a realização financeira. É usufruir do lazer. É a realização profissional. É ter cultura e educação. É ter conforto. É dormir bem. É amar e ser amado. É, enfim, o que cada um de nós pode considerar importante para viver com QV.

Neste contexto, a pesquisa buscou avaliar a relação existente entre a ostomia intestinal e a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer colorretal residentes no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, e, a partir dos dados coletados, foi possível conhecer melhor os sentimentos desses pacientes em relação à qualidade de vida.

Dessa maneira, foi possível avaliar a QV através do instrumento Whoqol-bref, permitindo-nos confirmar a hipótese questionada, pois os pacientes sadios apresentaram melhor QV do que os pacientes portadores de CCR e ostomia intestinal. Além disso, vimos que a QV é resultado da combinação de vários domínios. Quando esses domínios são semelhantes podem proporcionar tranquilidade, confiança, segurança e bem-estar aos mesmos.

A enfermagem destaca-se como agente na prevenção primária do câncer colorretal, uma vez que o enfermeiro é capaz de estimular ações para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e promover a orientação nutricional juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, por meio do respeito à crença alimentar de cada população e da educação em saúde. Para exercer tal responsabilidade, cabe à enfermagem buscar maiores subsídios para respaldar suas intervenções.

A enfermagem oncológica deve sempre buscar conhecimento científico por meio do desenvolvimento de pesquisas ou aplicação na sua prática profissional dos resultados encontrados na literatura, podendo contribuir desde modo, com medidas preventivas, visando à redução da incidência do CCR. A adoção de hábitos saudáveis, incluindo uma dieta rica em fibras e pobre em gorduras saturadas, somada à prática de atividades físicas regularmente representam uma medida de prevenção importantíssima no combate ao CCR.

Este trabalho foi de grande relevância, pois contribuiu não somente para o aprofundamento dos meus conhecimentos como acadêmica de enfermagem sobre a QV de pacientes acometidos pelo CCR e a ostomia intestinal, mas também contribuiu de forma pessoal e para posteriores pesquisas.

Espera-se que este trabalho sirva de reflexão para que os profissionais possam conhecer e acompanhar melhor aqueles pacientes a quem se prestam cuidados, possibilitando uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS - ABRASO. **Cartilha do Homem Ostomizado**. Rio de Janeiro: ABRASO, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde; **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL, Ministério da saúde; **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino - Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. -Rio de Janeiro: INCA, 2006.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Rev Enferm**, Florianópolis, v16, n.1, p.163-7, Jan-Mar; 2007.

DALLAN, Luís Augusto Palma et al. Avaliação dos resultados do tratamento de 14 doentes de carcinoma espinocelular anal. **Rev bras. colo-proctol**. vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006

ENFERMAGEM, Conselho Federal de código de Ética dos profissionais, 2007. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html). Acesso em: 20 nov, 2014.

GARÓFOLO, Adriana et al; Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Rev. Nutr., Campinas**, v.17, n.4, p.491-505, out./dez., 2004.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. Rio Grande do Norte, Martins. Brasília, 2014c.

Instituto Nacional de Câncer Infecção e câncer -, [2013?] Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade\\_infeccao\\_cancer.pdf](http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_infeccao_cancer.pdf)



INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **A situação do câncer no Brasil, 2014a**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Estimativa e incidência de câncer no Brasil, 2014b**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2/>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **O que é o câncer?, 2014c**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 15 nov. 2014c.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G.C.; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr**. Porto Alegre, v.31, n.3, supl. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

KUBLER-ROSS, Elisabeth; **Sobre a Morte e o Morrer**. 7. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LIBERATO, Samilly Májore Dantas Liberato et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura, **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.191-8, jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MAFRA, Alicia Gomes Fernandes Denise. Zinco e câncer: uma revisão. **Rev. Saúde e Com.**, v.1, n.2, p. 44-156, 2005.

MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

MARQUES, Patrícia Andréa cripa. **Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente a terapia de antineoplásicos orais e lócus em relação a saúde**. 147f. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 2006.

MARTINS, Alberto Mesaque. A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.1, 2013.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p. 216-22, mar./abr., 2005.

MEOHAS, Walter et al. Metástase óssea: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**.v.51, n.1, p. 43-47, 2005.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latinoam Enfermagem**. V.12, n.6, p.875-83, Nov./dez, 2004.

MOREIRA, Marléa Chagas; GOMES, Ivan Lourenço; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **Oncologia**. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso editores,2002.

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa**. 2004. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul Enferm**. V.22, n.2. p.155-61. 2009

OLIVEIRA, Kenny Delmonte; ALMEIDA, Keylla Lopes de; BARBOSA, Thiago leite. **Amostragem probabilística e não probabilística: técnicas e aplicações na determinação de amostras**. Disponível em: <<files.wendelandrade.webnode.com.br/.../Amostragens%20probabilística...>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.244, abr./jun. São Paulo, 2012.

PORTELA, Girlene Lima. **Pesquisa quantitativa ou qualitativa? Eis a questão**. Disponível em: <[www.uefs.br/disciplinas/let318/abordagens\\_metodologicas.rtf](http://www.uefs.br/disciplinas/let318/abordagens_metodologicas.rtf)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SANTOS, Ana Lilian Bispo dos; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer Colorretal em Uso de Glutamina. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v.4,n 57,p.541-546.2011

SANTOS JR, Júlio César M. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais II – câncer colorretal – fatores de riscos e prevenção. **Rev brasileira. colo-proctol**. vol.27 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2007.

SILVA, Alessandra Estrêla da; SERAKIDES, Rogéria; CASSALI, Geovanni Dantas. Carcinogênese hormonal e neoplasias hormônio-dependentes. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.34, n.2, p.625-633, mar-abr, 2004.

SILVA, Ana Lúcia da; SHIMIZU, Helena Eri; O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14 n. 4 Jul/Ago. 2006.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; OLIVEIRA, Eliane Roberta Amaral De; KIRSCHNER, Rosane Maria. **Perfil de pacientes ostomizados**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan./mar. 2008.

VIALI, Lorí. **Amostragem e Estimação**. 2010. Disponível em: <[http://www.pucrs.br/famat/viali/graduacao/engenharias/material/apostilas/Apostila\\_3.pdf](http://www.pucrs.br/famat/viali/graduacao/engenharias/material/apostilas/Apostila_3.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

VIEIRA Leila Maria et al. Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 262, abr./jun. 2013.

ZANDONAI, Alexandra Paola; SONOBE, Helena Megumi; SAWADA, Namie Okino. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Rev Esc Enferm USP.São Paulo**; v.46.n 1, p.234-9. 2012.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **A ostomia intestinal e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal**. Está sendo desenvolvida por **Priscila da Costa Oliveira** aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável professora **Kalidia Felipe de Lima Costa**.

A pesquisa apresenta tem o seguinte objetivo geral: avaliar a relação existente entre a ostomia intestinal e a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer colorretal residentes no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. E como objetivos específicos: caracterizar a situação social dos pacientes entrevistados; identificar as áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde dos pacientes com câncer colorretal submetidos à ostomia intestinal; conhecer na opinião dos pacientes entrevistados sobre a qualidade de vida; e avaliar o impacto da ostomia intestinal na qualidade de vida dos pacientes entrevistados.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. Os benefícios relacionados à sua participação será o aumento no conhecimento científico para a área da enfermagem e a contribuição para assistência aos mesmos, com fins de proporcionar maior qualidade de vida através de informações sobre o dado assunto. Os benefícios superam os riscos.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido aos seguintes procedimentos: assinar esse termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista semiestruturada com o pesquisador, onde senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre

dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta por perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015.

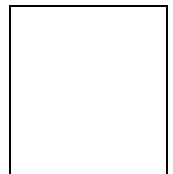
---

Prof<sup>a</sup> Ms. Kalídia Felipe de Lima Costa<sup>1</sup>

(Pesquisadora Responsável)

---

Participante da Pesquisa / Testemunha



---

<sup>1</sup> **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com](mailto:cep@facene.com)

Pesquisadora Responsável: Kalídia Felipe de Lima Costa

**Endereço residencial da Pesquisadora responsável:** Av. Presidente Dutra, Mossoró-RN. CEP: 59.628-000

**E-mail do pesquisador:** [kalidiefelipe@facenemossoro.com.br](mailto:kalidiefelipe@facenemossoro.com.br)

**Fone de contato profissional:** (84) 3312-0143

## APÊNDICE- B – Instrumento de coleta de dados

### FORMULÁRIO

#### DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1-Nome \_\_\_\_\_

2-Idade \_\_\_\_\_

3-Estado Civil \_\_\_\_\_

4-Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

5-Grau de Escolaridade:

( ) Não Alfabetizado ( ) Alfabetizado ( ) Fundamental

( ) Médio ( ) Supletivo ( ) Superior completo ( ) Superior incompleto

7-Profissão \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES RELACIONADAS A DOENÇA E TRATAMENTO DOS ENTREVISTADOS

1. Neoplasia diagnosticada: \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo foi diagnosticado com a doença? \_\_\_\_\_

3. Qual foi o tipo de tratamento? \_\_\_\_\_

4. Tempo do tratamento? \_\_\_\_\_

5. Tipo de ostomia intestinal? \_\_\_\_\_

6. Qual a maior dificuldade enfrentada no dia a dia com o CCR e da ostomia intestinal? \_\_\_\_\_

7. Gostaria de realizar algo que fazia antes do CCR e da ostomia intestinal? \_\_\_\_\_

**ANEXO**



## ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados

*World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref)*

Versão brasileira do WHOQOL-BREF\*

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>FACETAS</b>	<b>PERGUNTAS</b>	<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim, nem boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Muito boa</b>
<b>GERAL*</b>	1. Qualidade Vida	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	2. Saúde	O quanto você esta satisfeito(a) com sua vida	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>FÍSICO**</b>	3.Dor física	Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que deseja?	1	2	3	4	5
	4.Tratamento	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
	10.Energia	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
	15.Locomoção	Você é capaz de e locomover , isto é, caminhar com as próprias pernas?	1	2	3	4	5
	16.Sono	O quanto você está satisfeito(a) com seu sono?	1	2	3	4	5
	17.Atividades diárias	O quanto você está satisfeito(a) de desempenhar suas atividades do dia a dia?	1	2	3	4	5
	18.Capacidade de trabalho	O quanto você está satisfeito(a) com a capacidade do seu trabalho?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>PSICOLÓGICO**</b>	5.Aproveita a vida	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
	6.Sentido da vida	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
	7.Concentração	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
	11.Aparência física	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
	19.Autossatisfação	O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	26.Sentimentos negativos	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como, mau humor, depressão, desespero, ansiedade?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>RELAÇÕES SOCIAIS**</b>	20.Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações sociais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)	1	2	3	4	5
	21.Vida sexual	O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
	22.Apoio dos amigos	O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe dos amigos?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	ITENS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>MEIO AMBIENTE**</b>	8.Segurança na vida	O quanto você se sente seguro(a) na sua vida diária?	1	2	3	4	5
	22.Ambiente e saudável	O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição)	1	2	3	4	5
	12.Recurso s financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
	13.Informações disponíveis	O quanto as informações que precisa no dia a dia estão disponíveis a você?	1	2	3	4	5
	14.Atividade de lazer	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
	9.Moradia	O quanto você está satisfeito(a) com o local que você mora?	1	2	3	4	5
	24.Acesso serviços de saúde	O quanto você está satisfeito com o seu acesso de serviços de saúde?	1	2	3	4	5
	25.Meio de transporte	O quanto você está satisfeito(a) com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pslq/whoqol86.html> (acessado em 21/mai/2014)

Os scores variam de 1 à 5\*\*



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança - CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN  
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de Março de 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A OSTOMIA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL". Protocolo CEP: 037/2015 e CAAE: 42275315.9.0000.5179. Pesquisadora Responsável: KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA e das Pesquisadoras Associadas: PRISCILA DA COSTA OLIVEIRA E JOSELINE PEREIRA LIMA, E GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 24 de Março de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE