

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GISELLY GONÇALO DE OLIVEIRA NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DO BRASILEIRO COM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO E  
INFLUÊNCIA DO DISPOSITIVO COLETOR E ADJUVANTE**

BELO HORIZONTE  
2013

GISELLY GONÇALO DE OLIVEIRA NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DO BRASILEIRO COM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO E  
INFLUÊNCIA DO DISPOSITIVO COLETOR E ADJUVANTE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Eline Lima Borges

BELO HORIZONTE  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Nogueira, Giselly Gonçalo de Oliveira

Qualidade de vida do brasileiro com estoma de eliminação e  
influência do dispositivo coletor e adjuvante [manuscrito] / Giselly  
Gonçalo de Oliveira Nogueira. - 2013.

51 f.

Orientadora: Eline Lima Borges.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em  
Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem.

1.QV do brasileiro com estoma de eliminação. 2.Influência do  
dispositivo e adjuvante. I.Borges, Eline Lima. II.Universidade  
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.



GISELLY GONÇALO DE OLIVEIRA NOGUEIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Qualidade de vida do brasileiro com estoma de eliminação e influência do dispositivo coletor e adjuvante."

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem Hospitalar, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia (Área de concentração).

APROVADO: 12 de julho de 2013.

Prof.<sup>a</sup> **ELINE LIMA BORGES** (Orientadora)  
(UFMG)

Prof.<sup>a</sup> **MIGUIR TEREZINHA VIECELLI DONOSO**  
(UFMG)

Prof.<sup>a</sup> **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA.**  
(UFMG)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a minha mãe, Sônia, exemplo de mulher e profissional, que sempre me incentivou a querer crescer, que esteve ao meu lado quando precisei e que nunca mediu esforços para minha felicidade.

Ao meu irmão, Yuri, que providenciava nossas “fugas”, que sempre me fez sorrir e ver o lado bom das coisas, mesmo quando eu entrava em “desespero”.

Ao meu marido, Leo, que com seu amor sempre me apoiou e acreditou em mim, enfrentou as dificuldades sempre ao meu lado, e que entendeu a minha ausência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Eline Lima Borges, que com muita sabedoria e paciência me orientou para a realização desse trabalho, sempre acreditando no meu potencial, e que não desistiu mesmo quando eu achava que não conseguiria.

Aos colegas de sala que me acompanharam durante o curso, e principalmente aos amigos do “grupinho” que me apoiaram e tornaram minhas sextas e sábados mais alegres.

E outras pessoas que me motivaram e prestaram apoio e solidariedade sempre que precisei.

## RESUMO

A qualidade de vida (QV) para o estomizado significa o alcance máximo de bem estar e de autonomia, além do retorno às atividades pessoais, sociais e laborativas. **Objetivos:** identificar a QV dos brasileiros com estoma de eliminação e avaliar a influência do equipamento coletor e adjuvante de proteção na QV da pessoa com estoma de eliminação. **Metodologia:** utilizou-se a prática baseada em evidências e revisão integrativa como referencial teórico e metodológico. Para a localização de estudos publicados de 2004 a 2012, usou-se descritores *surgical stomas*, *ileostomy*, *colostomy*, *ostomy*, *quality of life* e *urinary diversion* com diversas estratégias de busca nos bancos de dados eletrônicos BVS e PubMed. **Resultados:** a amostra consistiu de cinco estudos de autoria, principalmente de enfermeiros, publicados em português em periódicos da área de enfermagem e médica, de desenho predominantemente descritivo e transversal. Todos os estudos usaram o WHOQOL-*bref* para avaliar a QV, considerada satisfatória pela maioria. Não se avaliou a relação do equipamento coletor e adjuvante na QV. **Conclusão:** A QV foi restrita aos estomizados de São Paulo e Rio Grande do Sul. Esse estudo é um avanço na medida em que confirmou a existência de poucos trabalhos acerca da qualidade de vida dos estomizados brasileiros, o que mostra o quanto ainda é preciso avançar nessa área. O tema é suficientemente complexo e instigante para permitir ou indicar a realização de estudos mais abrangentes, utilizando a mesma metodologia criteriosamente descrita.

**Palavras-chave:** (Estomas Cirúrgicos. Ileostomia. Colostomia. Estomia. Qualidade de Vida)

## ABSTRACT

The quality's life (QL) for ostomy means the maximum range of wellbeing and autonomy, and of return to the personal, social, and work. **Objectives:** To identify the QL of Brazilians with stoma disposal and evaluate the influence of adjuvant collector and equipment protection in QL of people with stoma disposal. **Methodology** used the evidence-based practice and integrative review as a theoretical reference and methodological. For the location of studies published from 2004 to 2012, was used descriptors surgical stomas, ileostomy, colostomy, ostomy, quality's life and urinary diversion with different search strategies in electronic databases PubMed and VHL. **Results:** The sample consisted of five studies of authorship, especially nurses, published in Portuguese in journals of nursing and medical drawing predominantly descriptive and transversal. All studies used the WHOQOL-BREF to evaluate QL, satisfaction of the majority. Not evaluated the relationship of equipment collector and adjuvant QL. **Conclusion:** QL was restricted to ostomy in São Paulo and Rio Grande do Sul This study is a step forward in that it confirmed that there are few studies about the quality's life of Brazilians ostomy, which shows how much we still need to move forward this area. The topic is sufficiently complex and exciting to allow or indicate the most comprehensive studies, using the same methodology described carefully.

**Key-words:** (Surgical Stomas. Ileostomy. Colostomy. Ostomy. Quality's Life).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2. OBJETIVO</b>	12
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	13
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b>	18
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	25
<b>6. RESULTADOS</b>	31
<b>7. DISCUSSÃO</b>	37
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	41
<b>REFERÊNCIAS</b>	42
<b>APÊNDICE</b>	49
<b>ANEXO</b>	50

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência à pessoa com estoma de eliminação, intestinal ou urinário, sendo os mais frequentes a colostomia, ileostomia e urostomia, deve iniciar-se tão logo seja tomada a decisão pelo médico de se construir o estoma, ou seja, antes mesmo do paciente se tornar uma pessoa estomizada, passando pela preparação pré-operatória, que deve incluir ações que envolvem o médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais, quando se fizer necessário.

O paciente deve ser preparado psicologicamente, ser informado e orientado quanto ao procedimento a ser realizado e as prováveis repercussões em sua vida pessoal, profissional, social e familiar. Deve ter o estoma demarcado previamente, além de outras medidas demandadas, visando a sua reabilitação precoce. Portanto, a avaliação do paciente candidato a um estoma deve contemplar as fases do pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório, objetivando a efetividade do processo de reabilitação. A avaliação deve abranger os pacientes e seus familiares e incluir desde aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, até aspectos culturais e educacionais.

A assistência ao estomizado perdura durante toda a internação. Na ocasião da alta o estomizado deverá ter recebido informações, orientações, treinamento e inclusive materiais básicos, incluindo dispositivo coletor para o estoma em número suficiente para o autocuidado e para sentir-se relativamente seguro e protegido, até iniciar o seu acompanhamento por um serviço ambulatorial de assistência ao estomizado. Essa assistência irá se estender até alguns dias após a reversão do estoma ou por toda a sua vida, no caso de estomas definitivos.

Geralmente o enfermeiro, principalmente o enfermeiro especialista nessa área, que é o estomaterapeuta, está inserido naturalmente no centro desta malha de cuidados, em virtude das características de sua atuação e pelo contato mais frequente com o estomizado, seus familiares ou cuidadores e ainda com os profissionais que gravitam em torno da assistência. A assistência do estomaterapeuta ou enfermeiro inclui os cuidados mais diretos com o estoma, a detecção precoce de possíveis complicações, além de orientar os cuidados e uso dos dispositivos. Assim, ele torna-se uma referência para o paciente e toda equipe que o assiste.

O estomizado pode enfrentar experiências traumatizantes, perder sua perspectiva de vida, depara com uma mutilação em seu corpo que altera sua imagem corporal e pode ter diminuída sua autoestima de forma abrupta e chocante. A perda do controle de eliminação e as mudanças impostas em seu estilo de vida acarretam um comprometimento na manutenção

de suas atividades pessoais, interpessoais de trabalho e sociais. A pessoa questiona se voltará a ter qualidade de vida (QV) com esta nova realidade.

A QV para o estomizado significa o alcance máximo de bem estar e de autonomia, além do retorno às atividades pessoais, sociais e laborativas. Ele mesmo deve avaliar essa qualidade, a qual, em alguns casos, torna-se melhor do que antes do estoma.

Conhecer a pessoa estomizada é imprescindível para melhor cuidar. No Brasil há escassez de registro de dados referentes à forma como o estoma afeta a qualidade de vida da pessoa ou interfere nas suas relações com os familiares ou nas suas interações sociais e laborativas. O uso do dispositivo correto pelo estomizado parece ser essencial no seu processo de reabilitação e na sua qualidade de vida.

A luta dos estomizados para garantir o acesso ao dispositivo de qualidade e em quantidade adequada é antiga. Esse fato pode ser exemplificado pela Resolução n.º 392 de 09 de outubro de 1996, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que cria o Conselho Técnico de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com destaque para o art. 6º *“Os equipamentos fornecidos deverão atender as necessidades do paciente, permitindo-lhe boa qualidade de vida...”*

Outro avanço é a entrada em vigor a partir do dia 30 de maio de 2013, da norma que obriga as operadoras de planos de saúde a fornecerem bolsas coletoras intestinais ou urinárias para os beneficiários que utilizam o material. A medida foi publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse fato foi comemorado por Cândida Carvalheira, presidente da Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASCO), cuja entrevista encontra-se disponível no site <http://www.youtube.com/watch?v=A0B2Lfs2mLc>. Destaca-se que, desde 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece à população o procedimento cirúrgico, que consiste na colocação da bolsa.

As associações de estomizados têm envidados esforços para garantir assistência de qualidade, incluindo o recebimento de dispositivos coletores. Apesar das conquistas na garantia do fornecimento de dispositivos coletores por parte do SUS, parece que os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao estomizados não têm clareza sobre a importância desse equipamento na qualidade de vida dessas pessoas. Infere-se que muitos enfermeiros que prestam assistência aos estomizados desconhecem a existência de diversos tipos de dispositivos no mercado brasileiro e a indicação específica de cada um.

Partindo-se do princípio de que o uso do dispositivo correto é essencial para a reabilitação do estomizado e que no Brasil muitos profissionais não têm a preocupação de padronizar e indicar o dispositivo mais adequado ao estoma e estilo de vida do estomizado,

conclui-se que a QV de brasileiros com estoma de eliminação não é satisfatória. Para confirmar ou refutar essa hipótese, buscou-se identificar estudos sobre a QV de pessoas estomizadas e o papel do equipamento coletor nessa qualidade. Esse estudo se justifica pela necessidade de se apresentar aos profissionais de saúde envolvidos na padronização, compra e indicação de equipamento coletor aos estomizados resultados de pesquisa sobre QV.

O resultado dessa revisão integrativa poderá subsidiar gestores profissionais de saúde responsáveis pela organização de serviços e prestação de assistência direta e indireta, principalmente no que se refere à aquisição, compra e indicação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção. Além disso, é essencial conhecer a real qualidade de vida dos brasileiros estomizados, entender o verdadeiro impacto de um estoma na vida da pessoa e estabelecer estratégias por parte dos profissionais para minimizar o fato.

## **2 OBJETIVOS**

- Identificar a qualidade de vida dos brasileiros com estoma de eliminação.
- Avaliar a influência do equipamento coletor e adjuvante de proteção na qualidade de vida da pessoa com estoma de eliminação.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O impacto causado pela confecção de um estoma leva o paciente e seus familiares à busca por informações que lhes deem subsídios para trabalhar os anseios, o medo do desconhecido, a angústia, como também para ativar os mecanismos de enfrentamento. Considerando-se a nova realidade a ser enfrentada pelo paciente e seus familiares, faz-se importante ressaltar que o profissional de saúde considere o paciente candidato a um estoma de forma diferenciada dos demais pacientes cirúrgicos, prestando-lhe informações, cuidados específicos e especializados, prevenindo rejeições à autoimagem e depressão concomitante ao pós-operatório.

É relevante destacar que o processo de reabilitação da pessoa com estoma inicia-se no pré-operatório e continua com o retorno ao lar, onde uma nova etapa ocorrerá, marcada por profundas modificações biológicas, psicossociais e econômicas, travando-se, então, uma luta árdua para enfrentar e sobreviver à nova condição (CRUZ *et al.*, 2011). Para que essa fase transcorra de forma suave é fundamental o envolvimento e participação dos profissionais, particularmente o enfermeiro, no sentido de priorizar a capacidade do paciente em satisfazer suas próprias necessidades, procurando ajudá-lo a se adaptar e manter um ambiente propício para a realização dessas atividades, num contexto socioeconômico-cultural.

Os estomas alteram a fisiologia gastrintestinal, a autoestima e imagem corporal, causando mudanças na vida laborativa, familiar, social e afetiva da pessoa. Essa tem medo de sentir-se discriminada, de ser substituída e de perder sua independência. No estudo realizado por Bechara e colaboradores (2005) com uma amostra de 59 estomizados, observou-se que 51% dos pacientes não retomaram suas atividades de lazer ou retomaram apenas parcialmente, devido à insegurança, vergonha ou problemas físicos. Nesse mesmo estudo, no aspecto familiar, todos consideraram imprescindível o apoio da família na sua recuperação. A reação dos familiares e do parceiro (a) frente a um estoma pode minimizar ou maximizar as consequências do mesmo.

O paciente estomizado, principalmente nos primeiros meses após a cirurgia, se sente mutilado e muitas vezes não acredita que possa conviver e voltar à rotina fazendo uso de uma bolsa coletora aderida ao seu corpo. Um estoma de eliminação necessita de uma bolsa tanto para a coleta como para a proteção da pele, além de fornecer conforto e segurança para que pessoa possa voltar aos poucos à sua rotina.

## Equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança

Equipamento coletor ou dispositivo coletor visa a coleta de efluentes, sendo constituído de *bolsa coletora*, responsável pelo recolhimento das eliminações urinárias e intestinais e *adesivos* para a fixação da bolsa na pele ao redor do estoma. Nesse documento a bolsa coletora será tratada como sinônimo do equipamento coletor, portanto, um sistema de bolsa coletora é formado por uma bolsa de estoma e uma base, que constitui a barreira cutânea.

O vocábulo adjuvante significa “*que ou o que presta ajuda, auxílio*”. Para o estomizado, são produtos auxiliares ou complementares para facilitar o manuseio do estoma e prevenir complicações. No grupo de produtos adjuvantes de segurança encontram-se guia de mensuração; filtro de carvão ativado; cinto elástico; aro plástico ou anel para fixação do cinto, usado quando o sistema de bolsa indicado não dispuser de hastes para fixação do cinto; disco convexo usado em bolsa de duas peças de barreira plana formando convexidade no sistema coletor; anel de resina sintética; cinta de proteção para hérnia paraestomal; cápsulas absorventes (polímeros de acrílico); sistema de irrigação ocluser de colostomia. E no grupo de produtos adjuvantes de proteção encontram-se lenço removedor de adesivo; lenço barreira protetora; pó, fita e pasta de resina sintética.

Para a escolha da bolsa apropriada, deve ser considerado o tipo de estoma, atividade desenvolvida, as condições físicas e mentais e a preferência pessoal do paciente, seguida de orientações de uso e manuseio corretos (CASTRO, 2001). É importante evidenciar que tais dispositivos devem obedecer a alguns requisitos básicos como **segurança**, ajustando-se perfeitamente ao estoma e evitando a saída de efluentes e odores; **proteção**, mantendo a integridade da pele periestomal pela presença de protetor cutâneo sintético ou semi-sintético e adesivo microporoso; **conforto**, sendo flexível e discreto, permitindo liberdade de movimento e **praticidade**, de manuseio facilitado e economia, permanecendo mais tempo aderido à pele (SANTOS, CESARETTI, 2000).

As bolsas comercializadas atualmente no Brasil são discretas, seguras e de fácil utilização, descartáveis e flexíveis. Têm adesivos protetores para a pele, ajustando-se ao estoma. Há vários tipos de bolsas para se adequarem aos tipos de estomas e aqueles com complicações. As bolsas fechadas possuem neutralizador de odores (APO, 2005).

No mercado são encontrados modelos de uma e duas peças. O dispositivo de uma peça refere-se à condição da bolsa coletora e a base adesiva estarem incorporados em peça única. O dispositivo de duas peças refere-se à condição da bolsa coletora encontrar-se separada da base

adesiva. Nesse caso, a placa que adere na pele possui um sistema para acoplamento da bolsa coletora, que pode ser separada e manuseada isoladamente enquanto a placa permanece aderida à pele (ARCHER, 2005).

Para a escolha adequada da bolsa, o profissional deve considerar as características do efluente, estoma e área onde se localiza o estoma, além dos hábitos, limitações e estilo de vida do estomizado. Outros fatores a serem considerados são as complicações no estoma e pele ao redor. O estomizado tem acesso a várias marcas e diferentes modelos de dispositivos. A pessoa pode experimentar e decidir pelo melhor produto para si (MARTINS et al., 2007).

Pode-se observar que a adaptação do paciente ao uso da bolsa requer alguns cuidados, para que esta possa fornecer-lhe conforto e segurança. Este procedimento geralmente é um fator que pode desencadear sentimentos conflituosos e preocupantes, que abarcam aspectos não só fisiológicos, mas psicológicos e sociais (INCA 2005). Por isso, a utilização adequada da bolsa coletora vai depender do tipo de estoma, pois as bolsas têm características específicas para melhor adaptação, e devem ser indicadas por um profissional capacitado.

## **Qualidade de Vida**

Qualidade de vida (QV) é uma sublime ideia que acompanha os indivíduos quando estes percebem que fatores como a família, o convívio social e até mesmo sua autoestima estão em harmonia. Qualidade de vida pode ser considerada como boa ou excelente quando há condições para que os indivíduos possam desenvolver em excelência suas potencialidades (MINAYO *et al.*, 2000).

Hornquist (1990) argumenta que QV está relacionada a componentes tais como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto percepção de saúde. Esse autor define como fatores determinantes da qualidade de vida os seguintes fatores subjetivos: orgânicos (saúde e estado funcional); psicológico (autoestima, identidade, aprendizado, conhecimentos); sociais (relacionamento, vida familiar, vida sexual); comportamentais (hábitos, lazer, vida profissional, capacidade de autocuidado); materiais (renda, habitação, economia privada, capacidade para se mover) e estruturais (posição social, significado da própria vida).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua QV como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos pessoais” (FLECK, *et al.*, 2000).

A QV é um construto complexo para ser definido, sendo que conceituação, ponderação e valorização vêm evoluindo e acompanhando a dinâmica e evolução da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças (GAMBOSKI, 2010).

Neste âmbito, surgem diversas reflexões sobre o que é uma sociedade com qualidade de vida. Assim, emergem diversos indicadores para a sua definição, como por exemplo níveis de rendimento, condições de habitação e de emprego, qualificações escolares e profissionais, saúde e acesso a cuidados pessoais, integração social e participação cívica, relações familiares e conciliação entre família e trabalho. Algumas pessoas também consideram sentimentos de bem estar individual e de segurança, traduzindo o que as pessoas fazem no seu cotidiano e como o valorizam (GUERREIRO *et al.*, 2007).

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

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

O WHOQOL-*bref* (anexo) é composto por 26 itens que representam as facetas, que referem a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios físico e psicológico incluíram, respectivamente, os domínios nível de independência e espiritualidade da versão completa original. Os domínios são constituídos pelas mesmas 24 facetas do formato original, avaliadas por questões únicas, além de duas perguntas de avaliação geral sobre qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1998).

As respostas para todas as questões do WHOQOL-*bref* são obtidas através de uma escala de cinco pontos, que pode variar de 1 a 5, além de duas questões sobre qualidade de vida geral (WHOQOL GROUP, 1998).

Nos últimos 20 anos, diversos autores realizaram estudos visando avaliar a QV da pessoa com estoma. Desses, destaca-se o estudo de Deeny e Mccrea, que objetivou examinar o conceito de qualidade de vida em estomizados a partir das suas necessidades básicas. No Brasil, a literatura acerca desse tema ainda é escassa. Mas parece que se inicia um movimento de mudança, com o surgimento de publicações de dissertações e teses acerca do assunto. Mesmo se tratando de estudos com amostras populacionais ainda pequenas, os mesmos fornecem informações sobre a morbidade e a política de assistência que foram observadas em trabalhos sobre a adaptação na esfera psicossocial, baseados na Teoria da Adaptação de Callista Roy e também no desenvolvimento de uma prática assistencial individualizada ao ostomizado. Os resultados também amparam a busca do sucesso no processo de reabilitação para alcançar a qualidade de vida (SANTOS; CESARETTI, 2000).

#### **4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Para essa pesquisa foi adotada como referencial teórico a prática baseada em evidências. Ela se amparou na revisão integrativa da literatura como referencial metodológico. Esta escolha pauta-se no fato de que, para o desenvolvimento da PBE, há necessidade de produção de métodos de revisão da literatura que permitam buscar, avaliar de forma crítica e sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema investigado (GALVÃO *et al.*, 2003).

##### **Referencial Teórico – Prática baseada em evidências**

A prática baseada em evidências (PBE) teve como um de seus percussores o médico britânico Archie Cochrane e surgiu na década de 1980, inicialmente na área da medicina, mas posteriormente foi adotada por outras áreas, inclusive a enfermagem, sendo denominada de enfermagem baseada em evidências (EBE) (INGERSOLL, 2000).

A PBE enfoca a utilização de resultados de pesquisa como método para aperfeiçoar a tomada de decisão no cuidado em saúde, melhorando a assistência prestada ao paciente e reduzindo custos. Pode ser definida como o uso explícito e judicioso das informações sobre o cuidado dispensado aos indivíduos ou grupos de pacientes, considerando-se as necessidades e preferências individuais (INGERSOLL, 2000).

Infere-se que a consolidação da PBE pode desencadear o avanço do conhecimento científico da profissão, além de ser uma ferramenta importante para aprimorar a assistência prestada ao paciente. Essa abordagem incentiva o profissional a pensar e refletir sobre os problemas oriundos de sua prática clínica, como também buscar, analisar criticamente, implementar e avaliar os dados de pesquisas disponíveis na literatura. A PBE envolve a análise e a avaliação de todos os estudos encontrados para um problema clínico específico e as recomendações para a prática, cuja finalidade é oferecer ao paciente uma assistência de qualidade (POMPEO, 2007).

A adoção da PBE requer do profissional novas habilidades, para que possa definir critérios como eficácia, efetividade e eficiência, para avaliar a qualidade da evidência disponível e para incorporar e praticar os achados sólidos provenientes da pesquisa. Desta forma, é necessário o uso equilibrado da experiência clínica individual e da evidência clínica externa, pois uma sozinha é insuficiente (WANNMACHER, FUCHS, 2000).

Apesar de os estudos apresentarem as vantagens da utilização da PBE, como uma maior qualidade de cuidado, melhora dos resultados dos pacientes, redução de custos e maior

satisfação do enfermeiro quando comparada com as abordagens tradicionais, muitos enfermeiros ainda são inconsistentes na implementação do cuidado baseado em evidências (MELNYK *et al.*, 2010). Várias são as barreiras a serem vencidas para se conseguir, rotineiramente, utilizar resultados de pesquisas na prática assistencial (GALVÃO, SAWADA, 2003).

Para alguns enfermeiros com formação anterior à inclusão da PBE no currículo de enfermagem, faltam habilidades com o computador e internet para a realização de buscas, além de apresentarem dificuldade de assimilação da PBE na atualidade (BRADSHAW, 2010; MELNYK *et al.*, 2010).

Uma das barreiras relevantes para a implementação da PBE parece ser a própria cultura na enfermagem. Como profissão, a enfermagem parece não valorizar o avanço do conhecimento ou vê-lo como crítico para a prática. Em muitos aspectos, é uma profissão baseada em tarefas que enfatizam as tradições, os rituais, a experiência e a opinião do colega ao invés de conhecimento formal (BRADSHAW, 2010).

A interpretação errônea da PBE também tem dificultado sua implementação. Enfermeiros clínicos e educadores vêm se opondo a esse movimento por entenderem que somente as evidências oriundas de estudo com delineamento de pesquisa experimental podem ser utilizadas. Porém, na enfermagem, pesquisas com este tipo de delineamento são restritas, uma vez que a maioria das pesquisas dos enfermeiros ainda descreve os fenômenos que cercam sua profissão (CLOSS, CHEATER, 1999). Embora Thompsom *et al.* (2004) afirmem que a utilização de evidências fortes reduz a incerteza do enfermeiro na condução da sua prática clínica, é necessário trabalhar com evidências disponíveis e a partir daí identificar lacunas e propor o desenvolvimento de novos estudos com evidências mais fortes.

Gerrish *et al.* (2008) e Yañez, Klijn (2007) citam a existência de barreiras relacionadas aos profissionais e às instituições de saúde para a implementação da PBE na enfermagem. Dentre as barreiras relacionadas aos profissionais estão a falta de motivação e de conhecimento na condução de pesquisas, compreensão de métodos estatísticos utilizados e dificuldades com o idioma de estudos desenvolvidos em outros países. As barreiras derivadas das instituições de saúde incluem a sobrecarga de atividades e a falta de tempo disponível para que os enfermeiros possam realizar leituras e implementar as evidências disponíveis, além de muitas vezes serem agravadas por dificuldades no acesso a periódicos e base de dados.

Diante dos obstáculos ou incertezas, enfermeiros pedem opinião a colegas de trabalho ou outros profissionais mais experientes, ao invés de realizarem buscas formais para analisarem as evidências disponíveis sobre o assunto (GERRISH *et al.*, 2008).

Melnyk *et al.* (2010) propõem a implementação da PBE em sete etapas numeradas de zero a seis. A etapa zero é designada como “cultivar o espírito de inquérito”, na qual são feitos questionamentos sobre situações do cuidado e prática cotidianos. Baseado nestes questionamentos passa-se para a primeira etapa, ou seja, a formulação de questões clínicas. Formulada a questão, na segunda etapa buscam-se as melhores evidências com a utilização de palavras-chaves selecionadas. Na terceira é feita a avaliação crítica e síntese das evidências a fim de verificar se os estudos apresentam conclusões similares que justifiquem mudanças na prática. A quarta etapa refere-se à integração das evidências com a experiência clínica, preferências e valores dos pacientes e na quinta etapa é feita a avaliação dos resultados alcançados de modo que os resultados positivos sejam sustentados e os negativos possam ser remediados. Finalmente, o sexto passo refere-se à disseminação dos resultados alcançados.

Assim, a implementação da PBE na enfermagem pode levar a um avanço do conhecimento científico da profissão, além de ser uma importante ferramenta para aprimorar a assistência prestada ao paciente. Além disso, esta abordagem incentiva o enfermeiro a pensar e refletir sobre os problemas de pesquisa oriundos de sua prática profissional, como também a buscar, analisar criticamente, implementar e avaliar os dados de pesquisas disponíveis na literatura que podem auxiliar na tomada de decisão (POMPEO, 2007).

### **Referencial Metodológico – Revisão integrativa**

As iniciativas da PBE têm gerado um incremento na necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura. Embora importantes, os métodos de revisão mais utilizados, são a **metanálise** e a **revisão sistemática**, entretanto, nem sempre conseguem contemplar importantes questões de enfermagem relacionadas aos cuidados ou ao impacto da doença ou do tratamento (WHITTEMORE, KNALF, 2005). Para estudo dos temas da área de enfermagem os pesquisadores têm usado a **revisão integrativa**.

A **metanálise** é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos. Na abordagem da metanálise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Subsequentemente, os resultados são

transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

A **revisão sistemática** envolve uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados, além da coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (GALVÃO, SAWADA, 2004).

Outro tipo de revisão amplamente utilizado é a **revisão integrativa**, relatada na literatura como método de pesquisa desde 1980 (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998) e em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE na área da enfermagem (WHITTEMORE, KNALF, 2005). Tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema investigado (SILVEIRA, 2005).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

O propósito primário de uma revisão integrativa é mergulhar no entendimento de determinado fenômeno e isto é fundamental no desenvolvimento conceitual próprio do mesmo, uma vez que a elaboração da revisão é sobre conhecimento já produzido e acarreta a identificação de possíveis lacunas (BROOME, 2000). De acordo com Polit *et al.* (2004), esse método sumariza as pesquisas realizadas sobre determinado assunto, construindo uma conclusão a partir de muitos estudos realizados separadamente, mas que investigam problemas idênticos ou similares.

A revisão integrativa é conduzida para gerar uma fonte de conhecimento atual sobre um problema e para determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática, porém deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitam ao leitor identificar as características dos estudos analisados e permitir um avanço na enfermagem. É considerada como pesquisa de outras pesquisas e, portanto, deve seguir o mesmo rigor metodológico de uma pesquisa com dados primários (GANONG, 1987; BEYEA, NICOLL, 1998; POMPEO *et*

*al.*, 2009). Os objetivos, material, método e resultados devem ser analisados de forma sistemática, para que o leitor possa avaliar o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (BROOME, 2000).

Este método de revisão permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática (POMPEO, 2009). Quando bem delineada, pode contribuir para a qualidade do cuidado prestado ao paciente, uma vez que a síntese realizada reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações sobre fenômenos a partir das informações disponíveis, e facilita a tomada de decisões com relação a ações e intervenções afim de alcançar um cuidado mais efetivo e de melhor custo benefício (BEYEA, NICOLL, 1998).

Vários autores sugerem que sejam percorridas seis etapas distintas para a elaboração da revisão integrativa (GANONG, 1987; BEYEA, NICOLL, 1998; BROOME, 2000; WHITTEMORE, KNALF, 2005). Essas etapas são descritas a seguir.

**Primeira etapa** – Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa:

Esta é a fase norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada (BEYEA, NICOLL, 1998; WHITTEMORE, KNALF, 2005) e consiste na definição da questão de pesquisa que deve ser elaborada de forma clara e específica. Segundo Ganong (1987), essa construção deve ser relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador.

Em relação a intervenção, esta pode ser mais específica ou abrangente, onde são examinadas diversas intervenções ou práticas na área de saúde ou de enfermagem (POLIT *et al.*, 2004). Ao término desta fase são identificadas as palavras-chave (BROOME, 2000).

**Segunda Etapa** – Amostragem ou busca na literatura:

Após definição do tema, são identificadas as palavras-chave e as bases de dados onde a pesquisa será feita para identificação dos estudos que serão analisados de acordo com o assunto de interesse (BROOME, 2000). A melhor abordagem seria a inclusão de todos os estudos encontrados, ou a seleção randomizada dos mesmos, ou caso as duas possibilidades não sejam possíveis, os critérios de inclusão ou exclusão devem ser claramente expostos e discutidos (GANONG, 1987). A busca deve conter referências médica, de enfermagem e relacionadas à área de saúde em geral (BEYEA, NICOLL, 1998).

A descrição do processo deve ser claro e conduzido de forma criteriosa, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador de profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão (GANONG, 1987).

**Terceira Etapa** – Categorização dos estudos:

Após a seleção dos estudos, é realizada a categorização dos dados, que consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento previamente elaborado para reunir as informações chaves (BEYEA, NICOLL1998). A definição prévia dessas informações é a essência de uma revisão integrativa, sendo esta fase análoga à coleta dos dados (GANONG, 1987) e bastante complexa, uma vez que inclui estudos primários com diferentes metodologias (WHITTEMORE, KNALF, 2005).

**Quarta Etapa** – Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:

Essa etapa consiste da avaliação e organização sistemática dos dados de cada pesquisa, que são cruciais para a integridade da revisão integrativa, uma vez que irá ajudar a determinar a utilidade da mesma na prática clínica (BEYEA, NICOLL, 1998).

Os dados extraídos de cada estudo devem ser comparados item, a item de forma que aqueles que apresentam similaridades sejam categorizados e agrupados (WHITTMORE, KNALF, 2005).

**Quinta Etapa** – Interpretação de resultados:

Nesta fase é realizada a discussão dos dados evidenciados na análise dos artigos incluídos na revisão e sua comparação com conhecimento teórico a fim de obtermos as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa elaborada (WHITTMORE, KNALF, 2005).

Podem ainda ser identificadas lacunas, o que permite ao revisor apontar sugestões para o desenvolvimento de futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência á saúde (GANONG, 1987).

**Sexta Etapa** – Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa:

A última fase consiste na síntese dos dados, de maneira a reunir as informações de forma detalhada, permitindo ao profissional avaliar a adequação dos procedimentos realizados

na elaboração da revisão. A proposta da revisão integrativa é sintetizar as evidências obtidas de resultados de pesquisas e essa não terá êxito se for baseada numa metodologia questionável (GANONG, 1987).

A revisão deve incluir informações suficientes e que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, tópico abordado e detalhamento dos estudos incluídos (GANONG, 1987; WHITTEMORE, KNALF, 2005).

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste estudo utilizou-se a revisão integrativa seguindo as recomendações sugeridas pelos autores citados anteriormente.

### **Primeira etapa - Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa:**

Nessa etapa definiu-se pesquisar a qualidade de vida dos estomizados brasileiros e a interferência dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção nessa qualidade. A elaboração da questão da pesquisa foi amparada na estratégia PICO, acrônimo para *patient, intervention, comparison e outcomes*. Essa estratégia consiste em uma proposta atual e auxilia tanto na elaboração da pergunta clínica quanto na identificação dos descritores ou palavras-chave que serão utilizados na localização de estudos (SANTOS et al., 2007).

No PICO atribui-se a **P** (paciente ou população), a descrição das características da doença ou estágio da doença, da população em investigação ou definição da condição de interesse; a **I** (intervenção ou indicador), a descrição do que será realizado seja com a população, pacientes ou participantes; ao **C** (comparação ou controle), a descrição dos critérios para avaliação da efetividade da intervenção; e ao **O** (outcomes), a descrição do desfecho clínico, ou seja, a resposta obtida (SANTOS *et al.*, 2007).

Para essa revisão integrativa elaborou-se a estratégia PICO:

- P**      pessoa com estoma de eliminação
- I**      qualquer tipo de equipamento coletor ou equipamento de proteção
- C**      A comparação com nenhum equipamento coletor (sem bolsa coletora), um equipamento com outro (diversos tipos de bolsa coletora), com ou sem adjuvante de proteção.
- O**      qualidade de vida

Desta forma, formulou-se a questão: qual é a qualidade de vida da pessoa estomizado brasileira e qual a influência do equipamento coletor e adjuvante de proteção sobre a mesma?

### **Segunda etapa - Amostragem ou busca na literatura:**

Os estudos capazes de responder a pergunta dessa pesquisa foram identificados na Base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), por meio dos descritores controlados, ou seja, aqueles estruturados e organizados para facilitar o acesso à informação (SILVEIRA, 2008):

- ***Surgical Stomas*** (estomas cirúrgicos): com a definição em português de aberturas artificiais criadas pelo cirurgião por razões terapêuticas. Quase sempre se referem a abertura desde o trato gastrointestinal através da parede abdominal até o exterior do corpo. Podem também se referir aos dois extremos de uma anastomose cirúrgica;
- ***Ileostomy*** (ileostomia): com a definição em português de criação cirúrgica de um orifício externo no íleo para desvio ou drenagem fecal. A substituição do reto é criada normalmente em pacientes com enteropatias inflamatórias graves. Os procedimentos em alça (continentes) ou tubo (incontinentes) são empregados com maior frequência;
- ***Colostomy*** (colostomia): com a definição em português de construção cirúrgica de uma abertura entre o cólon e a superfície do corpo.
- ***Ostomy*** (estomia): com a definição em português de com a definição em português de construção cirúrgica de um orifício artificial (estoma) para fistulização externa de um ducto ou vaso por inserção de um tubo com ou sem sonda de apoio. Criação cirúrgica de uma abertura artificial (estoma) "para fistulização externa";
- ***Quality of Life*** (qualidade de vida, com sinônimo em português, nível de vida): com a definição em português de conceito genérico que reflete um interesse com a modificação e o aprimoramento dos componentes da vida, ex. ambiente físico, político, moral e social; a condição geral de uma vida humana;
- ***Urinary Diversion (Derivação Urinária)***: Derivação temporária ou permanente do fluxo urinário através do ureter distante da bexiga na presença de uma doença na bexiga ou após cistectomia. Há várias técnicas: anastomose direta do ureter e intestino, ureterostomia cutânea, ileal, jejunal ou colo, ureterossigmoidostomia, etc.

Para a localização e seleção dos estudos foram utilizados bancos de dados eletrônicos, considerados pelos centros internacionais de prática baseada em evidências, por isso considerou-se respectivamente Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *National Library of Medicine* (PubMed).

A BVS é o modelo de promoção do acesso *on-line* eficiente e universal à informação tecno-científica relevante para o desenvolvimento da saúde proposto e desenvolvido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). As tecnologias e metodologias utilizadas no Modelo BVS são multiplataforma e de uso livre.

O PubMed é um serviço da Biblioteca Nacional de Medicina Americana (NLM) e provê acesso a quase 20 milhões de citações bibliográficas (MedLine) catalogadas desde meados de 1960. Contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4000 títulos de revistas biomédicas publicadas nos EUA e outros 70 países, e que cobrem as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. O acesso é gratuito.

O acesso à BVS e à PubMed permitiu identificar artigos indexados nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE), além da Biblioteca Cochrane. Essa última é uma coleção de fontes de informação atualizada sobre a PBE, que inclui diferentes bases de dados, dentre as quais ressalta-se Cochrane de Revisões Sistemáticas (CDRS) e Registro Cochrane de Ensinos Controlados (CENTRAL).

Para a seleção dos estudos foi utilizado como eixo norteador a questão da presente revisão integrativa, além de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão considerados foram artigos publicados na íntegra nos idiomas espanhol, inglês e português, no período de 2004 a 2012. Foram aceitos quaisquer estudos independentes do desenho da pesquisa, cuja amostra seja de pessoas brasileiras adolescentes, adultas ou idosas, sem restrição ao gênero, mas que apresentassem estoma de eliminação (intestinal ou urinário) e fizessem ou não uso de equipamento coletor ou adjuvante de proteção e tiveram a sua qualidade de vida avaliada por qualquer instrumento de avaliação. Foram excluídos estudos realizados com criança e artigos de estudos não disponíveis na íntegra online.

Nas estratégias de busca foram utilizados os descritores controlados e para ampliar a possibilidade de identificação de maior número de artigos foram acrescentados dois descritores não controlados: *dispositivo coletor* e *bolsa de colostomia*.

Para a combinação dos descritores foram utilizados os operadores booleanos, que são delimitadores das bases de dados representados pelos termos AND, OR e NOT, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente.

A estratégia de busca e o processo de seleção do artigo estão no Quadro 1.

## QUADRO 1

Identificação, seleção e obtenção dos estudos para composição da amostra. Belo Horizonte, 2013

Base de dados	Descritores	Estratégia de Busca	Artigos		
			Identificados	Selecionados	Obtidos
<b>PubMed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colostomy</li> <li>-Surgical Stomas</li> <li>-Ileostomy</li> <li>-Ostomy</li> <li>-Quality of Life</li> <li>-Urinary Diversion</li> </ul>	(("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields]) AND (((("equipment and supplies"[MeSH Terms] OR ("equipment"[All Fields] AND "supplies"[All Fields]) OR "equipment and supplies"[All Fields]) OR ("colostomy"[MeSH Terms] OR "colostomy"[All Fields]) OR ("ileostomy"[MeSH Terms] OR "ileostomy"[All Fields]) OR (Sewers[All Fields] AND Collectors[All Fields]))) AND ("ostomy"[MeSH Terms] OR "ostomy"[All Fields]) OR ("surgical stomas"[MeSH Terms] OR ("surgical"[All Fields] AND "stomas"[All Fields]) OR "surgical stomas"[All Fields])) AND (("2004/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))	331	04	04
<b>BVS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colostomy</li> <li>-Surgical Stomas</li> <li>-Ileostomy</li> <li>-Ostomy</li> <li>-Quality of Life</li> <li>-Urinary Diversion</li> </ul>	(("Qualidade de Vida" OR "Calidad de Vida" OR "Quality of Life") AND (estomia OR estomía OR ostomy OR "Estomas Cirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Surgical Stomas")) AND ("Equipamentos e Provisões" OR "Equipos y Suministros" OR "Equipment and Supplies" OR colostomia OR colostomía OR colostomy OR ileostomia OR ileostomía OR ileostomy OR colectores OR colectores OR "Sewers Collectors" OR "bolsa de colostomia" OR "colostomy bag" OR "bolsa de colostomía" OR "dispositivo coletor" OR "dispositivo colector" OR "collector device") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND year_cluster:("2012" OR "2011" OR "2010" OR "2009" OR "2008" OR "2007" OR "2006" OR "2005" OR "2004").	78	01	01
<b>TOTAL</b>			<b>409</b>	<b>05</b>	<b>05</b>

Ao realizar a pesquisa no banco de dados BVS foram identificadas 370 referências bibliográficas; inicialmente foram utilizados os critérios idioma (português, inglês e espanhol) e tempo de publicação (5 anos), que resultaram em 56 artigos. A partir deste resultado foi feito uma leitura criteriosa dos resumos, aplicando os demais critérios de inclusão e exclusão que resultaram na escolha de uma referência (estudo) para compor a amostra desse estudo.

No banco de dados PubMed foi realizado o mesmo processo descrito no parágrafo anterior sendo, identificadas 475 referências. Ao se aplicar os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um resultado de 150 artigos. Ao realizar a leitura dos resumos foram escolhidos dois artigos para compor a amostra.

### **Terceira Etapa – Categorização dos estudos:**

Para facilitar a análise dos dados, foi elaborado um instrumento de coleta (APÊNDICE A). Durante a segunda leitura dos três artigos da amostra, os dados foram extraídos para preenchimento do instrumento de coleta de dados. Foram analisados quanto as variáveis relacionadas a publicações, autores e estudo, sendo as duas principais variáveis a QV do brasileiro com estoma de eliminação e a influência do equipamento coletor e adjuvante de proteção na QV.

### **Quarta Etapa – Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:**

Para se aferir o nível de evidência das pesquisas recomenda-se realizar uma classificação de acordo com o delineamento metodológico. Na classificação proposta por Stetler *et al.* (1998), estudiosos da enfermagem, as evidências encontradas podem ser estratificadas em seis níveis. Essa classificação pode ser visualizada no quadro 2.

**QUADRO 2**  
Classificação dos níveis de evidências

<b>Nível de evidência</b>	<b>Fontes de evidência</b>
Nível I	Metanálise de estudos controlados randomizados.
Nível II	Estudo individual com delineamento experimental controlado randomizado.
Nível III	Estudo quase experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós-teste ou estudos emparelhados tipo caso controle.
Nível IV	Estudo não experimental: descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável ou dados de programas de avaliação.
Nível VI	Opinião de especialistas na área, de órgãos de regulamentação ou legais.

Fonte: STETLER et al. Utilization-focused reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v.11. n.4, p. 195-2006, Nov. 1998.

**Quinta Etapa** – Interpretação de resultados:

A discussão dos resultados foi amparada na leitura referente ao tema estudado. O resultado dessa pesquisa deverá embasar o conhecimento dos profissionais acerca da QV do brasileiro com estoma de eliminação e influência ou não do dispositivo coletor e adjuvantes na qualidade de vida na QV.

**Sexta Etapa** – Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa:

Os resultados obtidos são apresentados na forma de Monografia e, posteriormente em artigo.

## 6 RESULTADOS

Os cinco estudos da amostra foram codificados em E1, E2, E3, E4 e E5. Estavam publicados no idioma português. Os dados referentes a publicação encontram-se QUADRO 03.

### QUADRO 3

Apresentação das variáveis referentes ao periódico e artigo da amostra. Belo Horizonte, 2013

Código	Periódico			Artigo		
	Base de dados	Nome	Ano	Título	Autores	Local da pesquisa
E1	Scielo	Rev Latino Americana Enfermagem	2004	Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia	-Adriana P.C Michelone; -Vera L.C.G Santos	XIV Divisão Regional da Secretaria de Saúde - São Paulo
E2	Scielo	Rev Inst Ciências Saúde	2007	Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias	-Eliete C.Borges; -Glauce C. Camargo; -Marcos O. Souza; -Natália A.Pontual; -Tatiana S. Novato;	Núcleo de Ostomizados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba - São Paulo
E3	Scielo	Revista Brasileira de Enfermagem	2010	Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal	-Isabel U.R. Cesaretti; -Vera L.C.G. Santos; -Lucila A C. Vianna	Setor de Estomizados do Ambulatório Regional de Especialidades do Hospital Heliópolis - São Paulo
E4	Scielo	Rev Bras. de Coloproctologia	2010	Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados	-Raquel C. Attolini; -Carin W.Gallon	Laboratório de Oncoproctologia do Laboratório Central da Universidade de Caxias do Sul - Rio Grande do Sul
E5	Scielo	Revista Latino Americana Enfermagem	2012	Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados	-Adriana OS Pereira; -Cláudia B. Cesarino; -Marelza R.I Martins; -Maria H. Pinto; -João G. Netinho	Núcleo Gestacional de Assistência de São José do Rio Preto- São Paulo

Todos os estudos foram identificados na base de dados Scielo, três estudos em revistas de enfermagem, sendo duas publicações na Revista Latino Americana e uma na Revista

Brasileira de Enfermagem. Os dois estudos restantes foram publicados em periódicos médicos. Os estudos foram publicados entre 2004 e 2012, sendo que dois foram publicados em 2010 e um em 2012.

Os cinco estudos foram realizados por dezessete profissionais da saúde (enfermeiros, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico) e graduandos de enfermagem e nutrição. O número de autores variou de duas a cinco pessoas, dando uma média de 3,4. Destaca-se que houve uma distribuição equitativa de estudos desenvolvidos por dois e cinco autores, com duas publicações cada.

Quanto à formação do primeiro autor, em três estudos (60%) os autores eram enfermeiros, sendo um mestre e um doutorando e no terceiro estudo não foi especificado e em dois (40%) eram graduandos, do curso de enfermagem (01) e nutrição (01). Em um estudo não se informou a qualificação do primeiro autor e nos outros quatro, um era graduando do 8º período do curso de enfermagem e um era graduando do curso de nutrição.

Os estudos da amostra caracterizam a QV estomizados do estado de São Paulo e Rio Grande do Sul. Em São Paulo foram realizadas quatro pesquisas, sendo duas na capital e duas no interior (Sorocaba e São José do Rio Preto). No Rio Grande do Sul, a pesquisa foi realizada na cidade de Caxias do Sul.

## QUADRO 4

Apresentação das variáveis referentes ao objetivo e metodologia dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013

Estudo	Objetivo	Delineamento	Amostra			Nível de evidência
			Cálculo amostral	Tamanho e composição da amostra	Tempo de estoma	
E1	Analisar e comparar a QV dos doentes com câncer colorretal atendidos pelo SUS, conforme ausência e presença de estoma	Descritivo exploratório,	Não	48 com estoma intestinal, adultos e idosos (31 sem estoma e 17 com estoma)	Não mencionado	IV
E2	Avaliar as dificuldades encontradas pelas mudanças no estilo de vida dos portadores de ostomia em decorrência do câncer colorretal ou outras patologias	Descritivo exploratório, transversal	Não	59 pacientes adultos e idosos (58% com estoma em decorrência de câncer colorretal e 42% com estoma em decorrência de outras patologias)	A maioria possui há mais de 3 anos	IV
E3	Avaliar e comparar a QV de pessoas colostomizadas que utilizam ou não os métodos de controle intestinal	Comparativo, transversal	Não	100 colostomizados (50 colostomizados que usavam os dois métodos ou grupo com métodos de controle intestinal e 50 que não utilizavam ou grupo de métodos de controle intestinal).	Não mencionado	III
E4	Relacionar a qualidade de vida e o perfil nutricional em pacientes com câncer colorretal colostomizados	Descritivo, transversal	Não	20 colostomizados adultos e idosos (9 homens e 11 mulheres)	Mínimo de 1 mês e máximo de 6 anos (média de 15,1 meses)	IV
E5	Identificar os fatores sociodemográficos e clínicos dos pacientes com estoma intestinal definitivo, causado pelo câncer colorretal	Descritivo, transversal	Não	60 estomizados adultos e idosos (34 homens e 26 mulheres)	Tempo médio de 87,5 a 90,7 dias	IV

Quanto ao desenho das pesquisas, dos cinco estudos um foi descritivo exploratório, outro descritivo exploratório transversal, o terceiro comparativo e em outros dois descritivo transversal. Em nenhum dos estudos houve cálculo amostral.

Em todos os estudos a amostra foi composta por pacientes estomizados, sendo que em dois deles foi especificado em pacientes colostomizados. Em 80% foi descrito população adulta e idosa e apenas em um estudo (20%) não foi especificado. Apresentou variação de 17 a 100 participantes, sendo que na maioria (60%) ultrapassou 50 pacientes.

Dos cinco estudos um não mencionava porcentagem em relação ao sexo, nos outros quatro houve uma pequena diferença, onde, em dois obteve-se predominância do sexo masculino (56,6%) e em outros dois do sexo feminino (55%).

Os sujeitos dos estudos eram adultos e idosos, exceto no E3 que não mencionava esta informação. A idade na maioria dos estudos (80%) está entre 57 e 66 anos, exceto no E3 que não menciona média de idade e que a maioria (57,39%) dos participantes era casada e um menor número (41,9%) solteiros.

Outro fator apresentado foi que na maioria (60%) os participantes possuíam baixa escolaridade e na minoria (40%) não foi mencionado. Em um estudo 76% dos pacientes moravam na zona urbana e 24% na zona rural

No E1 aponta-se que 70,6% dos participantes não retornaram ao trabalho após a confecção da estomia. No E4 tem-se uma média um pouco acima de um salário mínimo e no E4, 31,25% recebem de um a dois salários mínimos e 43,86% são aposentados.

Apenas no E5 menciona-se a respeito da demarcação antes da confecção da estomia, onde a maioria (66,45%) dos participantes não tiveram a demarcação e 68,97% não foram orientados que portariam um estoma antes da cirurgia.

Em 60% dos estudos é descrito o tempo médio de permanência do estoma. No E2 a maioria dos pacientes possui há mais de 3 anos, sendo 44% em caráter definitivo. No E4 obteve-se uma média de 15 meses e no E5 uma média de 87,5 a 90,7 dias.

Apenas no E4 relata-se que após o uso da bolsa, 45% dos estomizados tiveram mudança no apetite após o uso do dispositivo coletor e 90% dos entrevistados não praticavam atividades físicas.

Quanto à apresentação dos critérios de inclusão para a composição amostral, em quase todos os estudos (80%), essa informação foi explicitada. Mas a definição dos critérios de exclusão foi citada em um número menor de estudos (60%).

Em todos os estudos teve-se como objetivo avaliar a qualidade de vida do estomizado, para isso foi utilizado o instrumento com esta finalidade. Na maioria dos estudos (80%) o nível de evidência foi IV e na minoria (20%), nível III.

#### QUADRO 5

Apresentação das variáveis referentes a Qualidade de Vida, complicações no estoma e pele, uso de dispositivo coletor e adjuvante de proteção. Belo Horizonte, 2013

<b>Estudo</b>	<b>Tipo de instrumento</b>	<b>QV estomizado</b>	<b>Complicação no estoma ou pele</b>	<b>Dispositivo usado</b>	<b>Uso de adjuvante</b>
<b>E1</b>	WHOQOL- <i>bref</i>	Satisfatória	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado
<b>E2</b>	WHOQOL- <i>bref</i>	Satisfatória	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado
<b>E3</b>	WHOQOL- <i>bref</i>	Satisfatória	Não mencionado	Oclisor após irrigação	Não mencionado
<b>E4</b>	WHOQOL- <i>bref</i>	Insatisfatória	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado
<b>E5</b>	WHOQOL- <i>bref</i>	Satisfatória	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

Em apenas um estudo (20%) o tipo de dispositivo usado pelo paciente é mencionado; e em todos os estudos não foi mencionado se houve ou não uso de adjuvantes e complicações na pele.

A Organização Mundial da Saúde elaborou um instrumento, o WHOQOL-100. Com a necessidade de uma versão mais curta que demandasse pouco tempo para o seu preenchimento, levou o mesmo grupo ao desenvolvimento da forma abreviada do WHOQOL-100, ou seja, o WHOQOL-*bref* que manteve a adequação das propriedades psicométricas do instrumento original (WHOQOL GROUP, 1998). Em todos os estudos foi utilizado o instrumento WHOQOL-*bref* para avaliar qualidade de vida, sendo que na maioria (80%) a qualidade de vida pode ser considerada satisfatória, e na minoria (20%), insatisfatória.

## QUADRO 6

Apresentação do rigor metodológico dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013

<b>Estudo</b>	<b>Clareza na identificação da trajetória metodológica</b>	<b>Metodologia empregada suficientemente descrita de forma a ser replicada</b>	<b>Metodologia adequada aos alcances dos objetivos</b>	<b>Identificação de limitações ou vieses</b>
<b>E1</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>E2</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>E3</b>	Não	Não	Sim	Sim
<b>E4</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>E1</b>	Sim	Sim	Sim	Sim

Na maioria dos estudos (80%) foi considerado que o mesmo teve clareza na trajetória metodológica, que a metodologia descrita foi suficiente para o leitor replicá-la e em apenas 20% isso não foi observado.

Em todos os estudos a metodologia proposta foi suficiente para alcançar os objetivos propostos pelos autores e também foram percebidos limitações e vieses, como em alguns estudos, o tipo de paciente estomizado não foi especificado e não houve cálculo amostral.

## 7 DISCUSSÃO

A multiplicidade do número de autores dos artigos da amostra sugere a complexidade do tema, a grande demanda de tempo para a realização da pesquisa e a necessidade de conhecimento necessário para a obtenção do sucesso no desenvolvimento da pesquisa.

No período de publicação dos estudos percebeu-se uma tendência no aumento de publicações nos últimos três anos, pois a partir de 2010 foram realizados três estudos, concentrando um maior número de artigos sobre a QV do estomizado. Podemos perceber que o interesse pela qualidade de vida da pessoa estomizada vem aumentando por parte dos profissionais da saúde, assim diminuindo o tempo de publicações entre eles.

Todos os estudos informaram a profissão do primeiro autor, havendo predominância de enfermeiros. Esse fato sugere que esses profissionais têm interesse em desenvolver pesquisas sobre o tema, talvez por conviver com a dificuldade da pessoa com estoma em retornar a sua rotina de vida prévia à cirurgia.

Mais da metade dos autores dos estudos era mestre ou doutorando, mesmo quando o primeiro autor era graduando, esse tinha supervisão de um professor, que era um dos autores com formação acadêmica, reforçando que, no Brasil, a produção científica ainda não faz parte do cotidiano do profissional assistencial. Esses dados sugerem que a realização de estudos científicos exige habilidades e conhecimento, muitas vezes adquiridos somente em cursos de pós-graduação.

Um dos objetivos deste estudo era avaliar a qualidade de vida do estomizado brasileiro, porém os estudos que compõem a amostra se referem apenas a dois estados, tanto na capital quanto cidades do interior, o que nos mostra que ainda há dificuldade em comparar e avaliar a qualidade de vida do estomizado em nível de Brasil. Esse estudo retrata um pouco melhor a QV da pessoa com estoma do estado de São Paulo, uma vez que, dos cinco estudos da amostra, quatro foram realizados nesse estado.

Os estomizados da amostra eram predominantemente idosos, confirmando os achados de outros autores (KAMEO, 2006), cujos participantes estavam na faixa etária entre 60 e 70 anos, apresentando maior incidência de carcinoma reto-anal, considerada a principal causa de indicação estoma. Supõe-se que quanto mais jovem for o paciente estomizado, maior preocupação e intranquilidade podem aparecer. Essa afirmativa já se justifica pelo fato do jovem em si mesmo ser inquieto e buscar prazeres da vida que podem ser afetados pelo fato de ser estomizado. Mas, isto é apenas uma suposição, uma vez que esses sentimentos estão relacionados às expectativas de vida de cada ser humano (SANTOS; CESARETTI, 2000).

Houve predominância de mulheres e homens em dois estudos cada. As mulheres tendem a demandar menos tempo para a reabilitação, embora demonstrem significantes graus de desespero, depressão e medo no período pré-operatório. Os homens, principalmente aqueles que desenvolvem impotência sexual, demoram um tempo maior para responder de forma satisfatória às atividades rotineiras, inclusive apresentam dificuldades mais acentuadas para o autocuidado. (MACEDO *et al.*, 2005)

A maioria dos estomizados era casada, tornando-se este dado relevante, quando se considera que o companheiro contínuo e permanente é um apoio para o enfrentamento do estado e para a estabilidade emocional, uma vez que a qualidade de vida encontra-se intimamente ligada ao estado emocional de qualquer ser humano (FREITAS, 2005). A sexualidade parece ser afetada quando o estoma é recente ou quando o paciente não possui parceiro fixo, pois se tornam inseguros, envergonhados, com medo da aceitação ou não do parceiro (BERCHARA *et al.*, 2005).

Houve um grande número de pacientes com baixa escolaridade. Pinheiro (2011) refere que, quanto menor é o nível de escolaridade, mais a percepção da imagem corporal fica comprometida. Outros autores como Bellato *et al.* (2006), apontam que, quanto mais baixa a escolaridade, mais desconfortável é a capacidade de questionamento aos profissionais acerca de seus problemas de saúde, do cuidado a ser efetivado e aos direitos que lhe são garantidos. Porém vale ressaltar que isso não é um empecilho para o atendimento, mas o profissional que fizer o acompanhamento deste paciente deve adequar sua linguagem e esclarecer dúvidas para que seu entendimento seja eficaz.

Em um dos estudos 70% dos entrevistados vivia na zona rural, podendo essas pessoas apresentar dificuldade na aquisição de dispositivos coletores e adjuvantes e também no acesso aos programas de atendimento aos estomizados disponíveis em algumas cidades.

No E1 a maioria dos participantes (70,6%) não retornou ao trabalho após a confecção do estoma. Geralmente as pessoas estomizadas têm grandes dificuldades para retornar ao trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar. A ausência de atividade laborativa pode levá-las à ociosidade e ao isolamento social (SILVA e SHIMIZU, 2006).

Segundo Violin *et al.* (2008) a situação socioeconômica pode interferir na qualidade de vida do estomizado. A maior parte da amostra tinha renda mensal igual ou inferior a três salários mínimos. Essa questão pode ser um fator dificultador para se adquirir os equipamentos e adjuvantes necessários para uma boa qualidade de vida, quando alguns desses artigos não são fornecidos pelos programas de assistência ao estomizado.

A assistência prestada ao estomizado parece ter relação com a QV. No E5, a maioria dos participantes não teve o local do estoma demarcado no pré-operatório. Esse procedimento é considerado capaz de evitar complicações no pós-operatório. A demarcação do estoma é realizada no pré-operatório e são levados em conta fatores como facilidade de manuseio do dispositivo e a visualização do estoma pelo paciente. As complicações no estoma e pele ao redor geralmente decorrem da localização inadequada do estoma, além da associação a outros fatores como idade, fragilidade da musculatura abdominal e aumento de peso no pós-operatório (MEIRELLES E FERRAZ, 2001; MENDONÇA *et al.*, 2007).

Na maior parte dos estudos houve tempo de estoma superior a um ano. De acordo com a *United Ostomy Association* (2004), adaptar-se a condição de estomizado é um processo longo e contínuo, e está relacionado à doença de base, ao grau de incapacidade, aos valores, além da personalidade individual da pessoa.

No início a pessoa com estoma não consegue olhar para a perda de sua integridade. Com o passar do tempo, ela percebe que o estoma é uma necessidade para tratar o mal que possui. Nesse momento, todos os medos e anseios se intensificam, porque a pessoa se mantém alerta por achar que outras complicações podem surgir, mesmo porque ela não tem previsão do restabelecimento do trânsito intestinal (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

A dieta do estomizado deverá ser realizada de acordo com o tipo de estoma, mas em geral, a ingesta hídrica deverá ser de 1,5 a 2 litros/dia. A dieta deverá ser restrita em resíduos, para evitar diarreia e rica em fibras, para regularizar o hábito intestinal. Em relação à eliminação de gases e ao odor das fezes, os pacientes deverão ser orientados a testar os alimentos, a fim de identificar aqueles que são prejudiciais, evitando assim a exclusão desnecessária da dieta (SANTOS, CESARETTI, 2000).

Outras alterações que podem ocorrer advindas da presença do estoma estão relacionadas a atividades de lazer e recreação. As atividades de lazer, tidas como passivas como cinemas, televisão e leituras, não sofrem habitualmente alterações. Contudo, as atividades ativas, como viajar, realizar exercícios físicos, podem não ocorrer. A justificativa para tal fato é a insegurança derivada da qualidade dos dispositivos, problemas físicos, dispositivos em higienizar a bolsa e vergonha e medo de problemas gastrintestinais (SOUSA, 1999).

O uso da bolsa coletora de qualidade é crucial para a reabilitação do estomizado, por isso infere-se que o dispositivo possa ter relação com a QV do estomizado. Entretanto, nessa pesquisa apenas um estudo (E3) mencionou o tipo de dispositivo usado, o oclisor após irrigação, e nenhum estudo citou se houve uso de adjuvantes e complicações na pele. Para

Cesaretti (2008), o uso do oclusor e da irrigação pode se tornar um aliado dos pacientes colostomizados, uma vez que possibilita regular a eliminação intestinal, permitindo que estes estomizados participem de atividades que são constrangedoras ou dificultadas na presença da drenagem dos efluentes, em uma atividade física, como a natação ou mesmo durante o ato sexual.

Cascais (2007) destaca que uma bolsa coletora adequada representa “segurança” para a pessoa com estoma e faz diferença na adaptação, favorecendo sua socialização, bem como a realização de atividades de lazer. Segundo Sonobe *et al.* (2002), a bolsa coletora representa a mutilação sofrida, além de ter relação direta com a perda da sua capacidade produtiva, onde, muitas vezes, o paciente incorpora o estigma social, tendo dificuldades em sua própria aceitação.

Um segundo fator que se infere ter relação com a qualidade de vida do estomizado é o uso de protetores cutâneos ou barreiras protetoras de pele. O protetor tem por finalidade proteger e tratar a pele periestomal. As barreiras de resina sintética são compostas de gelatina, pectina e carboximetilcelulose e são encontradas em forma de placa, anel, pasta, tira e pó (SILVA *et al.*, 2009).

Foi percebido na maioria dos estudos que a QV foi considerada satisfatória. Ribeiro (2005) refere que a avaliação da qualidade de vida depende dos valores, expectativas e percepções individuais, daí que qualquer uma das suas características pode ser determinante para a percepção da qualidade de vida. Segundo Baburtti (2008), para o estomizado a qualidade de vida é caracterizada pelo alcance máximo de bem-estar e autonomia, além de sua volta às atividades diárias.

Quanto ao delineamento das pesquisas, baseado nos níveis de evidência proposto por Stetler *et al.* (1998), verificou-se que todos os estudos possuem nível de evidência IV, onde se enquadram estudos não experimentais e descritivos, característicos de estudos de prevalência. O conhecimento da hierarquia das evidências fornece dados para elaboração de diretrizes que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica das pesquisas, ou seja, conhecer a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida consiste em aspecto crucial para a utilização dos resultados na prática profissional e, conseqüentemente, a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem (GALVÃO *et al.*, 2003).

Os estudos apresentaram alguns vieses e limitações. Uma importante limitação foi a realização da pesquisa com amostras pequenas e sem o cálculo amostral. Em alguns não foi especificado o tipo de estoma e também há dificuldade em repetir a metodologia empregada.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho permitiu identificar algumas dificuldades enfrentadas pelos estomizados após a confecção do estoma, tanto na aceitação de sua nova condição física, quanto em sua reinserção na sociedade.

Com os dados desse estudo não foi possível identificar a QV do estomizado brasileiro, porque os estudos estavam restritos aos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul. Nessas regiões, concluiu-se que a qualidade de vida do estomizado é satisfatória. Os resultados restritos a dois estados com bom desenvolvimento econômico e onde ocorre a distribuição de dispositivos considerados de qualidade faz suscitar a dúvida se a QV satisfatória é inerente aos estomizados dos demais estados do Brasil.

O segundo objetivo desse estudo, que era avaliar a influência do equipamento coletor e adjuvante de proteção na qualidade de vida da pessoa com estoma de eliminação, não foi respondido por meio dessa revisão integrativa. Os estudos da amostra sobre a QV não avaliaram o dispositivo em uso pelo estomizado, apesar dos profissionais da prática clínica perceberem a importância desses materiais e as maneiras pelas quais eles podem influenciar na vida dessas pessoas e no processo de reabilitação.

Esse trabalho é um avanço na medida em que confirmou a existência de poucos estudos acerca da qualidade de vida dos estomizados brasileiros, o que mostra o quanto ainda é preciso avançar nessa área. Ressalta-se, ainda, que o tema é suficientemente complexo e instigante para permitir ou indicar a realização de estudos mais abrangentes, utilizando a mesma metodologia criteriosamente descrita, além de referendar o uso do *WHOQOL-bref* em nosso meio e junto à pessoa com estoma de eliminação. O presente estudo permitiu inclusive comparar a QV de pessoas com os diversos tipos de estomas de eliminação e a influência do dispositivo na QV. Por isso recomenda-se aos especialistas em estomaterapia procurar entender as necessidades das pessoas com estoma e o que é possível fazer para contribuir para a sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

- E1** MICHELONI, A.P.C; SANTOS, V.L.C.G. **Qualidade de Vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.** Rev. Latino- Americana de Enfermagem v12 n.6 nov/dez, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000600005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000600005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em 19 mai 2012.
- E2** BORGES, E.C. et al.. **Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias** Rev Inst Ciênc Saúde, 2007; 25(4):357-63
- E3** CESARETTI, I.U.R. et al. **Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal.** Revista Brasileira de Enfermagem. v.63, n1 jan/fev 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100003)>. Acessado em 18 mai 2012.
- E4** ATTOLINI, R.C GALLON, C.W. **Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados.** Rev. Brasileira de Coloproctologia. V30 n°3 jul/set 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n3/a04v30n3.pdf>>. Acessado em 19 mai 2012.
- E5** PEREIRA, A.P.S. et al.. **Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(1):[08 telas] jan.-fev. 2012

## REFERÊNCIAS

APO – Associação Portuguesa de Ostmizados. Disponível em <<http://apostomizados.pt/ostomizados.asp>>.

ARCHER, E. et al. **Procedimentos e Protocolos.:** Série Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Editora LAB; 2005

BARBUTTI, R.C.S; SILVA, M.C.P; ABREU, M.A.L. Ostomia uma difícil adaptação. Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.27-39, dez. 2008.

BECHARA, R.N; et al. **Abordagem Multidisciplinar do Ostmizado.** Rev bras Coloproct, v.25, n.2, p. 146-149, 2005.

BEYEA, S.C, NICOLL, L.H. **Writing an integrative review.** AORN Journal. V.67, n.4, p.877-80, 1998. .

BRADSHAW, W. G. Importance of nursing leadership in advancing evidence-based nursing practice. **Neonatal Network** , v.29, n.2, p.117-22, 2010.

BROOME ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 231-50.

CASCAIS, A.F.M.V. Representações sociais da condição de estar estomizado por câncer. 2007. 149f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

CASTRO, A. A, SACONATO, H., GUIDUGLI, F., CLARCK, O. A. C. **Curso de revisão sistemática e metanálise.** [Internet]. 2002. [citado 2008 out 20]; São Paulo (SP): LEDDIS/ UNIFESP. Disponível em: [www.virtual.epm.br/cursos/metanalise](http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise).

CASTRO, M.E. Adaptação do Ostmizado como Processo de Desenvolvimento Humano: Abordagem do Modelo de Callista Ray. Fortaleza: Editora Gráfica LCR, 2001.

CESARETTI, I.U.R. Cuidando da pessoa com estoma no pós-operatório. Revista Estima. São Paulo, v.6, n.1, p.27-32, jan./fev./mar. 2008.

CLOSS, S. J.; CHEATER, F.M. **Evidence for nursing practice: a clarification of the issues.** Journal of Advanced Nursing. V.30, n.1, p.10-17, 1999.

CRUZ, E.J.E.R; SOUZA, N.D.O.S, MAURICIO, V.C. **Reinserção da Pessoa com Estomia Intestinal no Mundo do Trabalho: uma Revisão Bibliográfica.** Rev Estima. São Paulo, v.9, n.2,p.31-38. abr/mai/jun 2011.

FLECK, M. P. A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref). Rev Saúde Pública, v.34, n.2, p.178-83. 2000.

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

GALVÃO C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. **A busca das melhores evidências.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. V.37, n.4, p.43-50, 2003.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N.O., TREVIZAN, M. A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(3):549-56.

GAMBOSKI, G. Adaptação cultural e validação do City of Hope - *Quality of Life - Ostomy Questionnaire* para a língua portuguesa no Brasil. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010. 159p

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research.** Res Nurs Health. 1987;10(1):1-11.

GERRISH, K. et al. **Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses.** Journal of Advanced Nursing. V.62, n.1, p.62-73, 2008.

GUERREIRO, M.D., TORRES, A; CAPUCHA, L. (org.) (2007). *Quotidiano e Qualidade de Vida, Portugal no Contexto Europeu*, Celta Editora, Lisboa, ISBN 978-972-774-253-0

HORNQUIST, JO. **Quality of Life: concept and assessment.** Scand. J. Soc. Méd., v. 18, n. 4, p. 69-79, 1990.

INGERSOLL, G. L. **Evidence-based nursing**. Nursing Outlook. V.48, n.4, p.151-2, 2000.

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

MACEDO, M.S; NOGUEIRA, L.T, LUZ, M.H.B.A. **Perfil dos estomizados atendidos em hospital de referência em Teresina**. Revista Estima. 2005; 3 (4):25-28.

MARTINS M. et al. A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. IN: KALINOWSKI, C.E. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap.6, p.127-166.

MEIRELLES, C.A; FERRAZ, C.A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, p. 42-38, set/out. 2001.

MELNYK, B. M. et al. **Evidence-based practice step by step. The seven steps of evidence based practice**. Journal of Advanced Nursing. V.110, n.1, p.51-3, 2010.

MENDONÇA, R.S et al. A importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 53, n. 4, p. 431-435. 2007.

MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2005.

NOSELLA VD; MARTINS, MRI; NEINHO, JG. **Qualidade de vida e atividades cotidianas dos pacientes ostomizados definitivos**. Rev Prat Hosp 2006; 8(44): 98-107.

POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell, 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

POLIT, D. F., BECK, C.T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em paciente no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, D. A., ROSSI, L. A., GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem. V.24, n.2, p.434-8, 2009.

RIBEIRO, P.( 2005).**Saúde e Qualidade de vida**, Livro de Atas, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Porto

ROMAN, A. R., FRIEDLANDER, M. R. **Revisão Integrativa de pesquisa aplicado à enfermagem**. Cogitare Enfermagem. V.2, n.2, p.109-12, 1998.

SANTOS, C. M. C., PIMENTA, C. A. M., NOBRE, M. R. C. A. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.15, n.3, p. 508-11, 2007.

SANTOS, V.L.C.G; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado**. São Paulo: Atheneu; 2000.

SILVA, A.L; SHIMIZU, H.E. **O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva**. Revista Latino-Am Enferm. 2006;14(4):483-90.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I. B. **Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem**. 2ª edição revisada e ampliada, editora Yendis, São Caetano do Sul, 2009, p 211 a 236.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A; MEIRELES, I.B. **Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem**. 2ª edição revisada e ampliada, editora Yendis, São Caetano do Sul, 2009, p 211 a 236.

SILVEIRA, R. C. C. P. **Filme transparente de poliuretano: evidências para a sua utilização de cateter venoso central de longa permanência**. 2008. 170 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, RCCP. **Filme transparente de poliuretano: evidências para a sua utilização no curativo de cateter venoso central de longa permanência** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental; 2008.

SONOBE, H.M; BARICHELLO,E; ZAGO, M.M.F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia Revista Brasileira d Cancerologia, v.48, n.3, p.341-348, jul./set. 2002.

SOUSA, S.M.A. Qualidade de vida em clientes ostomizados. Texto Contexto Enfermagem, p. 162-182, set./dez. 1999.

STETLER et al. Utilization-focused reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v.11. n.4, p. 195-2006, Nov. 1998.

STETLER, C. B. *et al.* Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**. v.

THOMPSON, C. et al. **Nurses, information use, and clinical decision making the real world potential for evidence-based decisions in nursing**. Evidence-Based Nursing. V.7, n.3, p. 68-72, 2004.

UNITED OSTOMY ASSOCIATION. **Guia de Colostomia**. 2004. Disponível em: <<http://www.uoaa.org/ostomy-info/pubs/uoaa-colostomy-es.pdf>>.

VIOLIN, M.R; MATHIAS; T.A.F, UCHIMURA, T.T. **Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados**. Rev Eletr Enf. 2008;10(4):924-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a05.htm>

WANNMACHER, L., FUCHS, F. D. **Conduta terapêutica embasada em evidências**. Revista da Associação Medica Brasileira 2000; 46(3):237-41.

WHITTEMORE, R., KNALF, K. **The integrative review: update methodology**. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.

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

YAÑEZ, A. O.; KLIJN, T. P. **Enfermería basada em evidencia: barreras y estrategias para su implementacion.** Ciencia y Enfermería. V. 13, n.1, p.17-24, 2007.

## APÊNDICE A

## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

## 1. Identificação do artigo

<b>Título</b>	
<b>Ano de publicação:</b>	
<b>Idioma</b>	( ) inglês ( ) espanhol ( ) português
<b>Nome do autor:</b>	
<b>Qualificação do autor</b> (primeiro autor, se mais de um):	( ) Pós-doutorado ( ) Doutorado ( ) Mestrado ( ) Especialista ( ) Graduado ( ) Acadêmico ( ) Não informado

## 2. Periódico

<b>Nome:</b>	
<b>Base de dados</b>	( ) LILACS ( ) MEDLINE ( ) CINAHL ( ) BDNF ( ) COCHRANE

## 3. Características metodológicas do estudo

<b>Cidade e estado</b>	
<b>Objetivo(s) do estudo</b>	
<b>Tipo de estudo</b>	( ) Estudo experimental individual randomizado controlado ( ) Estudo quase-experimental como grupo único ( ) Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional ( ) Estudo de caso
<b>Amostra</b>	<b>Seleção:</b> ( ) Randômica ( ) Conveniência ( ) Outra: _____ <b>Cálculo amostral:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Características: Faixa etária</b> ( ) Adolescente ( ) Adultos ( ) Idosos <b>Sexo:</b> Masculino ( ) Feminino ( ) <b>Tipo de estoma:</b> ( ) Ileostomia ( ) Colostomia ( ) Urostomia <b>Presença de complicações no estoma ou pele:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Tipo de complicação:</b> <b>Tempo de existência do estoma:</b> mínimo: ----/ máximo: ---- média: ----- <b>Tamanho Total:</b> inicial _____ final _____ <b>Nº por Grupo: 1: ----- 2: ----- 3: -----</b> <b>Justificativa de perda</b> (se houver):
<b>Intervenção</b>	<b>Equipamento coletor:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Adequado ao estoma:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Tipo:</b> <b>Adjuvante de proteção:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Tipo:</b> <b>Justificativa para o uso:</b>
<b>Instrumento utilizado para avaliar a QV</b>	
<b>QV encontrada</b>	
<b>Nível de evidência do estudo</b>	( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI

## 4. Avaliação do rigor metodológico

<b>Clareza na identificação da trajetória metodológica</b>	Método empregado: ( ) Sim ( ) Não Sujeitos participantes: ( ) Sim ( ) Não Critérios de inclusão: ( ) Sim ( ) Não Critérios de exclusão: ( ) Sim ( ) Não Intervenção: ( ) Sim ( ) Não Resultados: ( ) Sim ( ) Não
<b>Metodologia empregada estava suficientemente descrita de forma a ser replicada?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>A metodologia estava adequada aos alcances dos objetivos?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>Identificação de limitações ou vieses:</b>	( ) Sim ( ) Não Descrever quando presente:

## ANEXO

<b>WHOQOL-bref</b>						
Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**