INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SANEAMENTO E MORADIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESTOMIA

Bianca Cristine Soares Ferrreira1, Shirley Santos Martins1, Tamires Barradas Cavalcante1, João Ferreira Silva Junior1,*, Sueli Coelho da Silva Carneiro2

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações entre a qualidade de vida (QV) de pessoas com estomia com indicadores sociodemográficos, clínicos, de estilo de vida, de saneamento e moradia. Métodos: Estudo transversal com amostra de 106 indivíduos com estomia entrevistados de maio a dezembro de 2019. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico e o City of Hope - Quality of Life - Ostomy Questionnary. Resultados: O bem-estar espiritual (7,71 ±1,09) foi o domínio com melhor performance. A QV não diferiu entre homens e mulheres (p = 0,372), porém esteve associada à escolaridade (< 0,001) e renda familiar (p = 0,025), ao diabetes (p = 0,008) e etilismo (p = 0,044), às condições da água para consumo (p < 0,001), ao destino do lixo (p = 0,021), em ter energia elétrica (p = 0,034), ao tipo de moradia (p = 0,026) e ao número de cômodos (p = 0,023) e tipo de cobertura da habitação (p = 0,021). Conclusão: Piores indicadores socioeconômicos, de saneamento básico e moradia, parecem impactar negativamente a QV de pessoas com estomias.

DESCRITORES: Estomia. Qualidade de vida. Classe social. Saneamento básico. Estilo de vida. Estomaterapia.

SOCIODEMOGRAPHIC AND SANITATION AND HOUSING INDICATORS ON THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH STOMA

ABSTRACT

Objectives: To analyze the relationships between the quality of life (QOL) of people with stoma with sociodemographic, clinical, lifestyle, sanitation, and housing indicators. Method: Cross-sectional study with a sample of 106 individuals with stoma interviewed from May to December 2019. A sociodemographic and clinical questionnaire and the City of Hope Quality of Life Ostomy Questionnaire were used. Results: Spiritual well-being (7.71 ± 1.09) was the best performing domain. Quality of life did not differ between men and women (p = 0.372), but was associated with education (< 0.001) and family income (p = 0.025), diabetes (p = 0.008) and alcoholism (p = 0.044), drinking water conditions (p < 0.001), garbage disposal (p = 0.021), having electricity (p = 0.034), housing type (p = 0.026), number of rooms (p = 0.023), and housing coverage (p = 0.021). Conclusion: worse socioeconomic, sanitation, and housing indicators appear to negatively impact the QOL of people with stomata.

DESCRIPTORS: Stoma. Quality of life. Social class. Basic sanitation. Lifestyle. Enterostomal therapy.
INTRODUÇÃO

Ostomia, estomia ou estoma é uma palavra de origem grega que significa abertura ou boca e sua confecção é realizada por meio de uma cirurgia com o intuito de construir uma nova cavidade, temporária ou permanente, na parede abdominal cuja função é eliminar fezes, flatos e/ou urina1,2. Dentre as principais causas para essa condição podemos citar o câncer de cólon e reto, os traumas (ferimento por arma de fogo ou branca e acidente automobilístico) e as doenças inflamatórias do intestino (retocolite ulcerativa e doença de Crohn)3.

Após o processo cirúrgico, esses pacientes passam por uma grande reconfiguração de sua anatomia e modificações em sua rotina e funções corporais. A evacuação e a eliminação de flatos ocorrem de maneira completamente diferente, que se dá através de uma estomia e totalmente sem controle, e passam a conviver diariamente com uma bolsa coletora acoplada ao abdômen para armazenar o efluente4,5.

Tais situações promovem um forte impacto emocional para as pessoas com estomia, pois esse processo causa alterações na autoimagem e na autoestima, determinando também outros distúrbios associados. Essa mudança causa vários transtornos em suas vidas, com os quais essas pessoas devem conviver e que prejudicam sua qualidade de vida (QV)6. Acredita-se que determinantes sociais em saúde como o saneamento básico e o tipo de moradia impactam a QV dessa população.

A QV é definida como uma avaliação subjetiva dos aspectos positivos e negativos da vida. É considerada em um conceito amplo e multidimensional, abrangendo a noção de bem-estar holístico, englobando elementos referentes à saúde e estendendo além deles. E, ainda, inclui uma avaliação pessoal sobre suas experiências de vida e bem-estar social7.

Os pacientes que precisam conviver com uma estomia passam por uma experiência considerada uma das mais difíceis de suas vidas, mesmo com a possibilidade de ser uma intervenção cirúrgica que pode permitir o aumento da sobrevida nos casos dos pacientes oncológicos, bem como em situações que condicionaria a uma melhor significativa da QV, como no caso das doenças inflamatórias intestinais. Ainda assim, a confecção da estomia é um fenômeno gerador de múltiplos efeitos psicossociais que influenciam diretamente na QV8.

Dentro das alterações no corpo, a utilização dos equipamentos coletores dificulta o convívio, devido à preocupação com a eliminação de gases, odor, vazamento e desconforto físico, fazendo com que a pessoa com estomia adote uma postura de distanciamento, isolamento da convivência social e do ambiente de trabalho, levando-a, até mesmo, à aposentadoria por invalidez5.

Além disso, pode ocorrer o surgimento de complicações, dentre elas hérnia paraestomal, prolapse estomal, estenose, fistula, dermatite ou abcesso periostoma. Ou, ainda, complicações sistêmicas, principalmente relacionadas a distúrbios hidroeletrolíticos em estomias de alto débito, anemia, pneumonia e sepse9.10.11.12.

Portanto, fazem-se necessários estudos que permitam aos profissionais de saúde a identificação dos principais fatores que dificultam a QV dessa população e que geram conhecimentos que sirvam de ferramentas e fator orientador na tomada de decisões.
decisão, desde que integrem novos conhecimentos acerca da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços ofertados a esse público. Facilitando, assim, a compreensão do estado de vida das pessoas com estomia e melhorando a assistência através do fornecimento de subsídios para melhor enfrentamento dos problemas e, consequente, melhoria da QV.

**OBJETIVO**

Analisar as relações entre a QV de pessoas com estomia com indicadores sociodemográficos, clínicos, de estilo de vida, de saneamento e moradia.

**MÉTODOS**

Trata-se de estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo seguiu a estratégia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais. A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2019. O estudo foi desenvolvido no serviço de pacientes externos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), mais especificamente no Ambulatório de Estomaterapia da Unidade Hospitalar Presidente Dutra e no polo de distribuição do Programa de Òrtese e Prótese do Município de São Luís, Maranhão.

A amostra do estudo foi por conveniência, com indivíduos que se mostraram mais acessíveis, colaborativos e disponíveis, a depender de fatores como disponibilidade e frequência nas consultas. Foram entrevistados 106 usuários com estomias de eliminação em caráter temporário ou permanente, que se submeteram à avaliação no ambulatório de estomaterapia. Foram incluídos indivíduos que possuam estomia de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia), tinham idade a partir de 18 anos e estavam cadastrados no programa de órtese e prótese do município. Foram excluídos usuários com estomia há menos de 6 meses, hospitalizados ou com doenças agudas e que não realizaram avaliação ambulatorial de estomoterapia.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, utilizando dois questionários com perguntas fechadas. O primeiro consistiu em um questionário estruturado para avaliar as questões clínicas, sociodemográficas, econômicas, dados habitacionais e de estilo de vida. Esse questionário, confeccionado pela equipe do estudo, continha perguntas referentes à idade, ao sexo, estado civil, número de filhos, à ocupação atual, religião, escolaridade (considerada baixa até o ensino fundamental incompleto; média quando ensino fundamental e ensino médio completo; e alta quando ensino superior incompleto, completo e pós-graduado), renda mensal (considerada baixa até dois salários mínimos; média entre três e quatro salários; e alta quando acima de quatro salários mínimos), quantidade de moradores por domicílio, prática de atividade física e ao etilismo e tabagismo autorreferidos. Os dados clínicos investigados foram: tipo de estomia, tempo de permanência da estomia, a causa da cirurgia e sua respectiva data, presença de comorbidades e complicações apresentadas.

O segundo instrumento utilizado foi o *City of Hope - Quality of Life - Ostomy Questionnary (COH-QOL-OQ)*, questionário desenvolvido por Grant e colaboradores a partir de outro instrumento dos próprios autores, com a finalidade de avaliar a QV exclusiva de pacientes com estomia. Esse questionário foi traduzido, adaptado culturalmente e validado no Brasil por Gomboski. O COH-QOL-OQ é composto por 43 questões dispostas em 4 domínios: bem-estar físico (BEF), bem-estar psicológico (BEP), bem-estar social (BES) e bem-estar espiritual (BEE), com respostas apresentadas numa escala de 0 a 10. Domínio BEF: 1 a 11, domínio BEP: 12 a 24, domínio BES: 25 a 36 e domínio BEE: 37 a 43.

Os dados coletados foram imputados no *software Microsoft Excel* e depois importados para o *software estatístico Stata 16.0*. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio-padrão. A normalidade das variáveis contínuas fora verificada pelo teste Shapiro Wilk. Foi realizada análise bivariada entre as variáveis explicativas e o desfecho QV. Para as variáveis dicotômicas foi utilizado o teste *t* de *Student*, para as variáveis poliômicas foi utilizada a análise de variância com um fator (ANOVA *one-way*). A correlação linear de *Pearson* foi utilizada para analisar as variáveis contínuas normais. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de *p* < 0,05.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação sobre a função sexual e a qualidade de vida de pessoas estomizadas”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer nº 3.077.936. Os participantes foram informados quanto aos aspectos de privacidade e confiabilidade das
informações, ficando assegurando o direito de desistência da participação a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos usuários que aceitaram participar da pesquisa. O estudo está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 106 pessoas com estomias, com idade média de 46,85 (±15,46) anos. Dessas, 61 (57,55%) eram do sexo masculino, 53 (50,00%) afirmaram residir na capital do estado, 70 (66,04%) se autodeclararam da cor parda e 41 (38,68%) eram casados. Ainda, 56 (52,83%) tinham média escolaridade (entre fundamental completo e médio completo). Em relação à renda familiar, 86 (81,13%) afirmaram receber abaixo de 3 salários mínimos, e 61 (57,55%) afirmaram pertencer à religião católica (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de indivíduos com estomias e associações com a Qualidade de Vida (n=106). São Luís (MA) – 2020.

| Variável               | Média (±DP) ou Freq. (%) | p valor |
|------------------------|--------------------------|---------|
| Idade                  | 46,85 (15,46)            | 0,388¹  |
| Sexo                   |                          | 0,372²  |
| Masculino              | 61 (57,55)               |         |
| Feminino               | 45 (42,45)               |         |
| Município de residência|                          | 0,505³  |
| Capital do estado      | 53 (50,00)               |         |
| Região metropolitana   | 16 (15,09)               |         |
| Município do interior  | 36 (33,96)               |         |
| Outro estado           | 01 (0,94)                |         |
| Etnia                  |                          | 0,395³  |
| Amarela                | 02 (01,89)               |         |
| Branca                 | 21 (19,81)               |         |
| Preta                  | 13 (12,26)               |         |
| Parda                  | 70 (66,04)               |         |
| Estado Civil           |                          | 0,359³  |
| Casado (a)             | 41 (38,68)               |         |
| Solteiro (a)           | 28 (26,42)               |         |
| Viúvo (a)              | 02 (01,89)               |         |
| Divorciado (a)         | 02 (01,89)               |         |
| Separado (a)           | 04 (03,77)               |         |
| União estável          | 29 (27,36)               |         |
| Escolaridade           | < 0,001³                 |         |
| Baixa                  | 41 (38,68)               |         |
| Média                  | 56 (52,83)               |         |
| Alta                   | 09 (08,49)               |         |
| Renda                  |                          | 0,025³  |
| Baixa                  | 86 (81,13)               |         |
| Média                  | 10 (09,43)               |         |
| Alta                   | 10 (09,43)               |         |
| Religião               |                          | 0,063³  |
| Católica               | 61 (57,55)               |         |
| Espírita               | 03 (02,83)               |         |
| Evangélica             | 33 (31,13)               |         |
| Testemunha de Jeová    | 01 (0,94)                |         |
| Nenhuma                | 06 (05,66)               |         |
| Outra                  | 02 (01,89)               |         |

DP: Desvio padrão; *Média e DP; Freq. frequências absolutas; °Correlação linear de Pearson; °teste t de student para amostras independentes; °Oneway ANOVA.
Clinicamente, observou-se que o tipo de estomia mais predominante foi a colostomia, para 60 (56,60%) participantes. Entre as causas para a construção da estomia, o câncer de reto com 21 (19,81%) e intestino com 18 (16,98%), e as doenças inflamatórias com 18 (16,98%) casos foram as mais citadas. No entanto 56 (52,83%) estomias eram temporárias (Tabela 2). A dermatite mostrou-se ser a principal complicação, para 41 (38,68%) entrevistados. Os participantes tinham em média 52 meses de confecção da estomia (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil clínico e de estilo de vida de indivíduos com estomias e associações com a Qualidade de Vida (n=106). São Luís (MA) – 2020.

| Variável                             | Média (±DP) ou Freq. (%) | p valor |
|--------------------------------------|--------------------------|---------|
| **Tipo de estomia**                  |                          | 0,798¹  |
| Colostomia                           | 60 (56,60)               |         |
| Ileostomia                           | 36 (33,96)               |         |
| Urostomia                            | 09 (08,49)               |         |
| > 1 estomia                          | 01 (0,94)                |         |
| **Permanência da estomia**           |                          | 0,021¹  |
| Temporária                           | 56 (52,83)               |         |
| Definitiva                           | 40 (37,74)               |         |
| Indeterminada                        | 10 (09,43)               |         |
| **Causa da confecção da estomia**    |                          | 0,301¹  |
| Câncer de reto                       | 21 (19,81)               |         |
| Câncer de intestino                  | 18 (16,98)               |         |
| Trauma por arma de fogo              | 15 (14,15)               |         |
| Trauma por arma branca               | 05 (04,72)               |         |
| Doença inflamatória                  | 18 (16,98)               |         |
| Fístula retovaginal                  | 01 (0,94)                |         |
| Diverticulite                        | 02 (01,89)               |         |
| Abdome agudo obstrutivo              | 13 (12,26)               |         |
| Outra                                | 13 (12,26)               |         |
| **Hipertensão arterial**             |                          | 0,139²  |
| Sim                                  | 20 (18,87)               |         |
| Não                                  | 86 (81,13)               |         |
| **Diabetes**                         |                          | 0,008²  |
| Sim                                  | 13 (12,26)               |         |
| Não                                  | 93 (87,74)               |         |
| **Tempo de confecção da estomia**    | 52,92 (62,95)’           | 0,214¹  |
| **Recebe coletores do governo**      |                          | 0,421²  |
| Sim                                  | 88 (83,02)               |         |
| Não                                  | 18 (16,98)               |         |
| **Complicações**                     |                          | 0,990¹  |
| Hérnia paraestomal                   | 13 (12,26)               |         |
| Retração                             | 02 (01,89)               |         |
| Prolapso                             | 11 (10,38)               |         |
| Dermatite                            | 41 (38,68)               |         |
| Estenose                             | 01 (0,94)                |         |
| Outra                                | 03 (02,83)               |         |
| Mais de uma complicação              | 24 (22,64)               |         |
| Nenhuma                              | 11 (10,38)               |         |
| **Etilismo**                         |                          | 0,044²  |
| Não                                  | 90 (84,91)               |         |
| Sim                                  | 16 (15,09)               |         |
| **Tabagismo**                        |                          | 0,188²  |
| Não                                  | 94 (88,68)               |         |
| Sim                                  | 12 (11,32)               |         |
| **Atividade física**                 |                          | 0,238¹  |
| Nenhuma                              | 72 (67,92)               |         |
| Esporádica                           | 24 (22,64)               |         |
| Semanal                              | 08 (07,55)               |         |
| Outra                                | 02 (01,89)               |         |

DP: Desvio padrão; ‘Média e DP; Freq: Frequências absolutas; ‘Oneway-ANOVA; ‘Teste t de student para amostras independentes; 3Correlação linear de Pearson;
Dos 106 indivíduos, 60 (60,38%) possuíam água encanada em casa e 67 (63,21%) consumiam água filtrada diariamente. A coleta pública de lixo foi a principal forma de descarte de resíduos sólidos, para 90 (84,91%) indivíduos da amostra. Apenas 33 (31,13%) afirmaram ter rede de esgoto em suas casas e 103 (97,17%) afirmaram ter energia elétrica (Tabela 3).

| Variável                  | Média (±DP) ou Freq. (%) | p valor |
|---------------------------|--------------------------|---------|
| Abastecimento de água     |                          |         |
| Poço                      | 40 (37,74)               |         |
| Rio                       | 02 (01,89)               |         |
| Rede geral                | 64 (60,38)               |         |
| Condições de uso da água  |                          |         |
| Filtrada                  | 67 (63,21)               |         |
| Mineral                   | 27 (25,47)               |         |
| Sem cuidado prévio        | 12 (11,32)               |         |
| Destino do lixo           |                          |         |
| Coleta pública            | 90 (84,91)               |         |
| Queimado                  | 16 (15,09)               |         |
| Destino dos dejetos       |                          |         |
| Esgoto                    | 33 (31,13)               |         |
| Fossa negra**             | 27 (25,47)               |         |
| Fossa séptica**           | 42 (39,62)               |         |
| Céu aberto                | 04 (03,77)               |         |
| Energia Elétrica          |                          |         |
| Sim                       | 103 (97,17)              |         |
| Não                       | 03 (02,83)               |         |
| Tipo de habitação         |                          |         |
| Casa                      | 97 (91,51)               |         |
| Apartamento               | 05 (04,72)               |         |
| Quarto                    | 03 (02,83)               |         |
| Outro                     | 01 (0,94)                |         |
| Posse da moradia          |                          |         |
| Própria                   | 88 (83,02)               |         |
| Alugada                   | 11 (10,38)               |         |
| Cedida                    | 07 (06,60)               |         |
| Número de cômodos         |                          |         |
| 1 a 3                     | 19 (17,92)               |         |
| 4 a 6                     | 66 (62,26)               |         |
| 7 a 9                     | 19 (17,92)               |         |
| > 9                       | 02 (01,89)               |         |
| Tipo de cobertura         |                          |         |
| Telha                     | 19 (17,92)               |         |
| Telha e forro             | 66 (62,26)               |         |
| Laje***                   | 19 (17,92)               |         |
| Palha                     | 02 (01,89)               |         |

Quanto à QV, o bem-estar espiritual (7,71 ± 1,09) foi o domínio com melhor performance avaliada, e o bem-estar social (5,29 ± 1,80) foi o domínio mais comprometido entre as pessoas com estomias (Tabela 4). Não houve diferença significativa na QV’ (p = 0,372) entre homens e mulheres (Fig. 1).
Indicadores sociodemográficos e de saneamento e moradia na qualidade de vida de pessoas com estomia

Homens

Mulheres

Bem-estar físico

Bem-estar social

Bem-estar psicológico

Bem-estar espiritual

Qualidade de vida – City of Hope

Figura 1. Qualidade de Vida de pessoas com estomia, de acordo com o sexo. São Luís (MA) – 2020.

As variáveis analisadas que se associaram significativamente com a QV das pessoas com estomias foram escolaridade, pois pessoas com maior escolaridade tiveram maiores escores de QV (p < 0,001); renda familiar, visto que pessoas com maior renda tiveram melhor pontuação de QV (p = 0,025); e previsão de permanência da estomia, já que pessoas com estomias definitivas apresentaram maiores médias quando comparadas às pessoas com estomias com prognóstico indeterminado (p = 0,021). Quem apresentava comorbidades, como diabetes (p = 0,008) e era etilista (p = 0,044) também apresentou piores pontuações de QV.

Quanto aos indicadores de saneamento básico e moradia, os resultados mostraram que aqueles que consumiam água sem tratamento possuíam piores níveis de QV (p < 0,001). Quem não possuía coleta pública de lixo tinha pior QV (p = 0,021). Quanto pior a moradia (p = 0,026) e menor a quantidade de cômodos (p = 0,023), pior foi a QV. As moradias com energia elétrica conferiram maior QV a esse público (p = 0,034). Quem morava em casa com cobertura de palha obteve piores níveis de QV (p = 0,021).

Tabela 4. Qualidade de Vida de indivíduos com estomias atendidos em um Hospital Universitário (n=106). São Luís (MA) – 2020.

| Variável                  | Média (±DP) | Mínimo-máximo |
|---------------------------|-------------|---------------|
| Bem-estar físico (0-11)   | 5,61 (1,93) | 1,37 a 9,17   |
| Bem-estar psicológico (0-13) | 6,72 (1,54) | 2,78 a 9,75   |
| Bem-estar social (0-12)   | 5,29 (1,80) | 1,40 a 8,86   |
| Bem-estar espiritual (0-7) | 7,71 (1,09) | 4,02 a 9,44   |
| Escore total* (0-10)      | 6,20 (1,36) | 3,56 a 9,16   |

DP – Desvio Padrão; *City of Hope – Quality of Life- Ostomy Questionnary (COH-QOL-OQ).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a maioria das pessoas com estomias era do sexo masculino e tinha idade entre 40 e 50 anos, esse achado vai ao encontro das evidências de outro estudo, apresentando a mesma prevalência de gênero e idade. Esses resultados podem estar justificados pelo fato da população masculina utilizar com menor frequência os serviços de saúde e as medidas preventivas, levando-os a procurar o atendimento médico tardiamente, quando apresenta manifestações do agravamento das doenças. Além disso, os homens apresentavam maior exposição a acidentes e lesões ocasionadas por causas externas.
Com relação ao estado civil, a maioria era casada e a cor da pele autodeclarada foi parda, resultados que corroboram estudos semelhantes\textsuperscript{16,17}. Apesar de a maioria ser casada, existe um sentimento de medo e insegurança com relação ao parceiro, devido à nova condição em que se encontra fisicamente, a convivência com a estomia e o equipamento coletor geram problemas psicológicos e emocionais, trazendo sentimento de vergonha e desinteresse sexual\textsuperscript{14,16}.

No tocante à escolaridade e renda familiar mensal, os resultados mostraram uma situação de dificuldade e exclusão social vivida por essa clientela, podendo impossibilitar e dificultar a aquisição de materiais necessários ao tratamento enquanto pessoas com estomias, assim como itens básicos de vida, como alimentação, saúde, moradia, educação, lazer e segurança, indispensáveis para ter QV\textsuperscript{18}. Os resultados apontaram que pessoas com escolaridade e renda alta tiveram melhores escores de QV, na mesma direção de um estudo norte-americano em que pessoas com maior renda apresentaram melhor QV\textsuperscript{19}.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, houve predominância da baixa escolaridade, assim como em outros estudos semelhantes\textsuperscript{14,16,20}. O baixo nível de escolaridade é um fator preocupante, tratando-se de cidadania e direitos, visto que quanto menor o nível de conhecimento mais difícil será o entendimento e aprendizado quanto ao problema de saúde e a capacidade de assimilar orientações com relação ao autocuidado\textsuperscript{21}. Entretanto é importante ressaltar que essa variável não se apresenta como um empecilho na atuação profissional junto a essa população, pois esses têm buscado estratégias da translação do conhecimento junto a esse público através da interação prática e do uso de um vocabulário mais acessível, facilitando a compressão sobre o tratamento.

O vínculo religioso-espiritual de predominância católica foi observado na amostra, assim como foi o domínio de QV melhor pontuado. O apoio espiritual é de extrema importância nessa fase de mudanças e adaptação para as pessoas com estomias, pois nele encontram fonte de resiliência e enfrentamento dos seus problemas físicos e psicológicos relacionados à estomia\textsuperscript{20}.

Com relação aos dados clínicos, o tipo de estomia prevalente foi a colostomia, tendo como causa o câncer intestinal, e quanto à temporalidade, a maioria era de caráter temporário. Esses achados foram também encontrados em estudos anteriormente realizados\textsuperscript{6,22}. Dentre as complicações, as principais citadas foram a dermatite e o prolapse, semelhante aos dados encontrados em outras pesquisas nacionais\textsuperscript{5,6,14,17}.

Quanto à QV, o bem-estar espiritual foi o domínio com melhor performance avaliada, e o bem-estar social foi o domínio mais comprometido entre as pessoas com estomias, em concordância com um estudo na população chinesa\textsuperscript{23}. Nossos resultados não apontaram diferenças significativas na QV entre homens e mulheres, porém um estudo observou que mulheres possuíam escores mais baixos em comparação aos homens\textsuperscript{21}. Uma revisão sistemática recente apontou que as estomias impactam negativamente a QV dessa população, entretanto não houve evidências conclusivas que indicadores como idade, sexo e tempo de tratamento tenham um efeito específico na QV de pessoas com estomias, corroborando nossos achados\textsuperscript{24}.

As associações encontradas entre os indicadores de saneamento básico e de moradia refletem a percepção que pessoas de condições socioeconômicas mais baixas têm sobre suas QV, isso se deve tanto à baixa escolaridade e pior acesso a serviços de saúde mais evidente nesse estrato social\textsuperscript{14,20}, como também pode estar relacionado ao bom ajuste da ostomia, independente de outros fatores\textsuperscript{25}.

Este estudo encontrou significativas associações entre fatores socioeconômicos, demográficos, clínicos e de saneamento básico com a QV de indivíduos com estomias. Ter renda baixa, baixa escolaridade, nenhum serviço de saneamento e pior moradia contribuíram para piores escores de QV desses indivíduos quando comparados a indivíduos com melhor renda e escolaridade. Isso representa a necessidade de políticas públicas mais efetivas, que impactem não somente o tratamento da doença que provocou a estomia, mas que melhore as condições socioeconômicas da população.

Na perspectiva dos determinantes sociais em saúde, a QV da população em geral pode ser afetada pelas condições de saneamento e moradia, sobretudo indivíduos vivendo com estomias\textsuperscript{3}. Fatores relacionados às condições de vida, escolaridade, emprego, disponibilidade de alimentos, medicamentos e acesso aos serviços de saúde têm relação direta com o processo.
saúde-doença dessa população, e indicam que pessoas em desvantagem social apresentam exposições e grau de vulnerabilidades diferentes aos riscos à saúde.

Diante desse cenário, enfatiza-se a importância de implantação de políticas públicas capazes de garantir condições mínimas de sobrevivência e assegurar os direitos humanos de cidadania dessa população, diante da necessidade de ressignificar hábitos de vida e cuidado, requerendo custos extras com medicamentos, higiene, alimentação apropriada, locomoção para tratamento e acesso a serviços de saúde de qualidade, no intuito de otimizar sua sobrevida.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo foi a amostra por conveniência, entretanto não se encontra na literatura estudos com grandes amostras para esse público, visto a dificuldade logística e de manuseio das estomias. Outra limitação foi o desenho transversal, estudos longitudinais com análises de QV antes e depois das estomias poderiam trazer achados mais consistentes.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Compreender as complicações das estomias e fatores demográficos, clínicos e de QV pode melhorar a assistência para esses usuários, evitar o desenvolvimento de complicações e ajudar na construção de linhas de cuidados mais equitativas e com intervenções eficazes com vista a reduzir o impacto negativo das estomias na QV.

CONCLUSÃO

Observou-se a existência de relações significantes entre a QV de pessoas com estomias e indicadores sociodemográficos, de estilo de vida, de saneamento e moradia. Indivíduos com pior contexto social apresentaram uma pior QV. Essa relação corrobora estudos anteriores e evidencia o impacto negativo das estomias em domínios fundamentais da QV, como as limitações sociais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização: Ferreira BCS, Martins SS e Cavalcante TB; Metodologia: Silva Junior JF; Investigaçã: Martins SS; Redação – Primeira versão: Ferreira BCS, Cavalcante TB e Silva Junior JF; Redação – Revisão & Edição: Silva Junior JF; Recursos: Martins SS e Cavalcante TB; Supervisão: Carneiro SCS.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Todos os dados foram gerados e analisados no presente estudo.

FINANCIAMENTO

O estudo foi realizado com recursos próprios dos autores.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pela disponibilidade dos bancos de dados institucionais para estratificação da população estudada e o local da coleta de dados.
REFERÊNCIAS

1. Colwell JC, Bain KA, Hansen AS, Droste W, Vendelbo G, James-Reid S. International Consensus Results: Development of Practice Guidelines for Assessment of Peristomal Body and Stoma Profiles, Patient Engagement, and Patient Follow-up. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2019;46(6):497-504. http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000599

2. Salomé GM, Lima JA, Muniz KC, Faria EC, Ferreira LM. Health locus of control, body image and self-esteem in individuals with intestinal stoma. J Coloproctol. 2017;37(3):216-24. http://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.04.003

3. Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Quality of life of people with intestinal stomas. ACTA Paul Enferm. 2017;30(2):144–51. http://doi.org/10.1590/1982-0194201700023

4. Silva JO, Gomes P, Gonçalves D, Viana C, Nogueira F, Goulart A et al. Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients’ QoL. J Coloproctol. 2019;39(1):48-55. https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006

5. Oliveira IV, Silva MC, Silva EL, Freitas VF de, Rodrigues FR, Caldeira LM. Care and health of ostomy patients. Rev Bras Promoç Saúde. 2018;31(2):1-9. http://doi.org/10.5020/18061230.2018.7223

6. Salomé GM, Almeida SA, Mendes B, Carvalho MRF, Massahud Junior MR. Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. J Coloproctol. 2015;43(3):168-74. http://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.03.002

7. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. J Clin Nurs. 2019;28(15-16):2880-8. http://doi.org/10.1111/jocn.14876

8. Nieves CB, Díaz CC, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Ostomy patients’ perception of the health care received. Rev Lat-Am Enfermagem. 2017;25:e2961. http://doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961

9. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saúde Publica. 2010;44(3):559-65. http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021

10. Grant M, Ferrell B, Dean G, Uman G, Chu D, Krouse R. Revision and psychometric testing of the City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire. Qual Life Res. 2004;13(8):1445-57. http://doi.org/10.1023/B:QURE.0000040784.65830.9f

11. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res Nurs Health. 1997;20(3):269-74. https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g

12. Gomposki G. Adaptação cultural e validação do City Of Hope - Quality of Life - Ostomy Questionnaire para a língua portuguesa no Brasil [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

13. Santos VLCG, Augusto FS, Gomposki G. Health-related quality of life in persons with ostomies managed in an outpatient care setting. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(2):158-64. http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000210

14. Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HM, Andrade EMLR, Moura ECC. Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina. ESTIMA. 2016;14(1):29-35. http://doi.org/10.5327/Z1806-31830141-001

15. Skube SJ, Lindgren B, Fan Y, Jarosek S, Melton GB, McGonigal MD et al. Penetrating Colon Trauma Outcomes in Black and White Males. Am J Prev Med. 2008;35(5 Suppl1):S5-13. http://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.005

16. Moreira WC, Vera SO, Sousa GN, Araújo SNM, Damasceno CKCS, Andrade EMLR. Sexuality of patients with bowel elimination ostomy. Rev Fund Care Online. 2017;9(2):495-502. http://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.495-502

17. Maurício VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. Biopsychosocial determinants of the labor inclusion process of the person with a stoma. Rev Bras Enferm. 2014;67(3):415-21. http://doi.org/10.5935/0034-8910201400300021

18. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV.Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Rev Bras Colo-proctol. 2010;30(4):385-92. http://doi.org/10.1590/S0101-98802010000400001

19. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008;35(5):493-503. http://doi.org/10.1097/01.WON.0000335961.68113.cb

20. Andrade RS, Martins JM, Madeiros LP, Souza AJG, Torres GV, Costa IKF. Aspectos sociodemográficos, clínicos e de autocuidado de pessoas com estomas intestinais. Rev Enferm UERJ. 2017;25:e19368. http://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19368

21. Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto L, Santos MG, Lima MS. The teaching of self-care to ostomy patients and their family: an integrative review. Rev Bras Promoç Saúde. 2013 [citado 2020 ago 23]; 26(1):139-45. Disponível em: http://www.bioline.org.br/pdf/rbp/2013/v26n1/19368.pdf

22. Aguiar JC, Pereira APS, Galisteu KJ, Lourenção LG, Pinto MH. Clinical and Sociodemographic Aspects of People With a Temporary Intestinal Stoma. REME Rev Min Enferm. 2017;21:e-1013. http://doi.org/10.1590/1415-2762.20170023
23. Geng Z, Howell D, Xu H, Yuan C. Quality of Life in Chinese Persons Living with an Ostomy: A Multisite Cross-sectional Study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(3):249-56. http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000323

24. Vonk-Klaassen SM, Vocht HM, Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. Qual Life Res. 2016;25(1):125-33. http://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3

25. Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R. Exploring the relationship between resilience and ostomy adjustment in adults with a permanent ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(3):274-9. http://doi.org/10.1097/WON.000000000000222