

Tempos de Colostomizado e de Seguimento no Serviço e a Qualidade de Vida de Pessoas Colostomizadas, com e sem Uso de Métodos de Controle Intestinal*

Time since Colostomy, Follow-up Time at the Health Center and Quality of Life of Colostomy Patients Using or not Using Methods of Bowel Control

Tiempos de Colostomía y del Seguimiento en el Servicio de Salud y la Calidad de Vida de Colostomizados, con y sin Uso de los Métodos de Control Intestinal

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 25 - 31

Isabel Umbelina Ribeiro Cesaretti¹, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos²,
Sandra Soares Schiffan³, Lucila Amaral Carneiro Vianna⁴

Resumo

O tempo que decorre após a cirurgia para confecção da estomia é considerado um período necessário para que as mudanças e a adaptação ocorram na vida das pessoas colostomizadas em direção à reabilitação, mas não foram encontrados estudos sobre a sua influência na qualidade de vida (QV) dessas pessoas. O estudo objetivou verificar se os tempos de colostomizado (TC) e de acompanhamento no serviço (TAS) exercem influência sobre a QV de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de Métodos de Controle Intestinal (MCI). Estudo comparativo e transversal. Amostra de conveniência foi constituída de 50 pessoas usando os dois métodos e 50, nenhum dos métodos (respectivamente, Grupos com e sem MCI), atendidas em Serviço Especializado de Estomaterapia. Utilizou-se o WHOQoL-abreviado por meio de entrevista. Os TC foram 66,64 meses (DP=46,39) e 32,30 (DP=37,81) respectivamente para os grupos com e sem MCI ($p<0,001$) e os TAS foram 56,44 meses (DP=41,7) e 27,12 meses (DP=32,09), respectivamente para os Grupos com e sem MCI ($p<0,001$). Quanto maiores os TC, TAS e de uso do oclisor/obturador de colostomia, maior o escore médio de QV no Domínio Físico. Quanto maiores os TC e TAS, maiores foram os escores médios da QV no Domínio Psicológico e na QV geral. Isso reflete, indiretamente, o papel importante que a equipe de saúde desempenha na reabilitação das pessoas colostomizadas, que usam ou não MCI.

Descritores: Qualidade de vida. Colostomia. Reabilitação.

Abstract

Patients experience changes in lifestyle during the period of time following colostomy when they have to adapt to their new condition, which is considered necessary for their rehabilitation. However, no study on the impact of colostomy in the quality of life (QOL) of patients was found in the literature. The aim of this study was to evaluate whether time since colostomy and follow-up time at the Health Center had an impact on the QOL of colostomy patients using or not using methods of bowel control. This was a comparative cross-sectional study. The sample consisted of colostomy patients seen in a health center, who

Artigo Original

were divided into two groups of 50 individuals each: those using bowel control methods (BCM group) and those not using methods of bowel control [no control method (NCM) group]. The World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF) was administered to all patients as an interview. The mean time since colostomy was 66.64 months (SD = 46.39) for the BCM group and 32.30 months (SD = 37.81) for the NCM group, and the mean follow-up time was 56.44 months (SD = 41.7) for the BCM group and 27.12 months (SD = 32.09) for the NBC group, with significant differences between groups ($p < 0.001$). The longer the length of device use the higher was the mean QOL score in the physical domain. Also, the longer the time since colostomy and follow-up time the higher were the mean QOL scores in the physical and psychological domains and the overall QOL score. This indirectly reflects the importance of the health team in the rehabilitation of colostomy patients using or not using methods of bowel control.

Descriptors: Quality of life. Colostomy . Rehabilitation.

Resumen

El tiempo que transcurre después de la cirugía para la confección de la ostomía, es considerado un periodo necesario para que los cambios y la adaptación puedan ocurrir en la vida de las personas colostomizadas, para el suceso de la rehabilitación. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre su influencia en la calidad de vida (CV) de esas personas. El estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de los tiempos de colostomizado (TC), y del seguimiento en los servicios especializados (TS) sobre la calidad de vida de las personas colostomizadas, con y sin uso de métodos de control intestinal (MCI). Estudio comparativo y transversal, con una muestra de conveniencia compuesta por 50 personas usando los dos MCI y 50 personas sin usar ninguno de los métodos (Grupos con y sin MCI), atendidas en un servicio especializado de estomaterapia. El WHOQoL-bref fue aplicado por medio de entrevista. Los TC fueron 66,64 meses (DS= 46,39) y 32,30 (DS=37,81) respectivamente para los grupos con y sin MCI ($p < 0,001$) y los TS fueron 56,44 meses (DS=41,7) y 27,12 meses (DS=32,09), respectivamente para los Grupos con y sin MCI ($p < 0,001$). Cuanto mayores los TC, TS y tiempo de uso del obturador de colostomía, mayor la puntuación mediana de CV en el Dominio Físico. Cuanto mayores los TC y TS, mayores fueron las puntuaciones medianas de CV en el Dominio Psicológico y en la CV General. Estos resultados muestran, indirectamente, el importante rol del equipo de salud para la rehabilitación de las personas colostomizadas, que usan o no los MCI.

Palabras clave: Calidad de Vida. Colostomía. Rehabilitación.

Introdução

A perda de controle da eliminação de fezes e gases causada pela estomia intestinal constitui impacto emocional importante e negativo para as pessoas estomizadas, considerando que a estomia altera o esquema corporal e, em consequência, a autoimagem e a autoestima. Tais alterações acarretam vários transtornos em sua vida, com os quais passam a conviver e que, sabidamente, prejudicam a sua qualidade de vida (QV) ¹⁻⁶.

A irrigação e o oclisor/obturador de colostomia constituem dois métodos importantes para o alcance do controle intestinal em pessoas colostomizadas, favorecendo a reabilitação e, conseqüentemente, a melhoria de sua QV ⁷⁻¹⁰. Além de terem boa aceitação por parte dessas pessoas, proporcionam muitas vantagens e podem ser usados de modo isolado ou associadamente. Embora os estudos apontem para a melhoria da QV

proporcionada pelo emprego de tais métodos de controle intestinal (MCI), existem outras duas variáveis importantes que certamente influenciam a vida das pessoas colostomizadas como os tempos de colostomizado e de seguimento no Serviço, principalmente quando se trata de assistência especializada em Estomaterapia.

Segundo alguns dos autores consultados, os primeiros seis meses de convivência com a estomia são os mais difíceis devido a adaptação e ajustamento à nova situação ¹¹; os maiores índices de mudança no estilo de vida acontecem de seis meses a um ano, após a cirurgia geradora de estomia ¹²; a fase de reconstrução da autoimagem se dá a partir dos seis meses após a cirurgia ¹³ e, geralmente, ao final do primeiro ano, a maioria das pessoas já aceitou a estomia ¹⁴. Em todo esse contexto, as modificações temporárias que ocorrem no estilo de vida dessas pessoas estão relacionadas

principalmente às alterações físicas e às suas implicações nas atividades de vida diária^{15,16}. Para outros, existe forte correlação entre o tempo decorrido após a cirurgia e a adaptação da pessoa à estomia^{16,17}; sendo o tempo de estomizado responsável por uma situação física mais estável¹⁸. Concomitantemente, outros estudos sobre a irrigação da colostomia fizeram referência ao tempo, justificando a sua necessidade para que a pessoa colostomizada se recupere física e emocionalmente e se adapte à nova situação^{19,20}.

Enfocando especificamente a QV, alguns autores relatam que a preocupação, a autopercepção e os problemas apresentados pelas pessoas colostomizadas foram mais intensos nos três primeiros meses de pós-operatório e associaram o uso de equipamentos coletores adequados como fator contribuinte para a melhoria da QV, considerados a segurança e o conforto que lhes proporcionavam²¹. A QV de pessoas colostomizadas por câncer colorretal mostrou-se pior no pós-operatório precoce e tendeu a mudar com o tempo^{22,23}. Outro estudo destaca que quanto maior o tempo decorrido entre a alta hospitalar e a primeira coleta de dados, maior foi o escore de QV da amostra pesquisada e que a atuação do enfermeiro especialista também se associou positivamente à QV de pessoas estomizadas quando houve maior interesse e melhor relacionamento entre ambos²⁴. Esse fato mostra a importância do trabalho em equipe e da atuação do enfermeiro na assistência a essas pessoas.

Em síntese, os autores¹¹⁻²⁴ confirmam a necessidade de existir um período de tempo em que as mudanças ocorram e a situação de vida das pessoas colostomizadas evolua positiva e adequadamente, mas não foram encontrados estudos que apresentassem resultados comprobatórios sobre a influência que o tempo acarreta sobre a QV dessas pessoas. Dessa forma, este estudo objetivou verificar se os tempos de colostomizado e de acompanhamento no Serviço Especializado exercem influência sobre a QV de pessoas colostomizadas que utilizam e não utilizam os métodos de controle intestinal (MCI), ou seja, a irrigação e o oclisor/obturador de colostomia.

Métodos

Trata-se de um estudo comparativo e transversal, com análise secundária dos dados obtidos no estudo original de Cesaretti²⁵, que objetivou avaliar e comparar a QV de pessoas colostomizadas que utilizam e não os MCI. O estudo primário²⁵ foi realizado no Setor de Estomizados do Ambulatório Regional de Especialidades do Hospital Heliópolis, após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e da referida Instituição.

A amostra foi de conveniência, constituída de 100 pessoas colostomizadas, divididas em dois grupos: grupo com métodos de controle intestinal (com MCI) constituído de 50 pessoas colostomizadas, dos sexos masculino e feminino, que praticavam a irrigação e usavam o oclisor de colostomia e grupo sem uso de métodos de controle intestinal (sem MCI), composto de igual número de pessoas colostomizadas (50), de ambos os sexos, que não praticavam a irrigação nem usavam o oclisor de colostomia. As pessoas foram abordadas durante as consultas de enfermagem em Estomaterapia e, após serem orientadas e aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o alcance do objetivo do presente estudo, estabeleceram-se as seguintes definições operacionais:

a) *Tempo de colostomizado (TC)* – é o espaço decorrido entre a realização da cirurgia e o momento da entrevista.

b) *Tempo de acompanhamento no Serviço (TAS)* – é o espaço decorrido entre a primeira consulta agendada no Setor de Estomizados e o momento da entrevista realizada para o estudo.

c) *Tempo de Uso de Irrigação da Colostomia (TIC)*- o espaço decorrido entre o início do treinamento para uso do método e o momento da entrevista.

d) *Tempo de Uso do Oclisor de Colostomia (TOC)*- o espaço decorrido entre o início do treinamento para uso do método e o momento da entrevista.

e) *Tempo de Permanência do Oclisor de Colostomia*

Artigo Original

(TPOC)- o período de tempo, em horas, decorrido entre a colocação e a remoção desse sistema da colostomia.

A coleta de dados foi realizada por duas das autoras, a pesquisadora principal e a enfermeira estomaterapeuta da Instituição, por meio de entrevista, em local reservado, a fim de garantir a privacidade das pessoas colostomizadas.

Além de dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade, religião/crença, situação conjugal ou com quem mora e situação de trabalho) e clínicos (doença de base ou condição geradora da colostomia, presença de doença associada, tratamento adjuvante, tempo de colostomizado, tempo de acompanhamento no Serviço, tempo de uso de irrigação da colostomia, tempo de uso do ocluser/obturador de colostomia e tempo de permanência do ocluser/obturador de colostomia), a QV foi obtida por meio da aplicação do WHOQoL-abreviado. Esse instrumento foi selecionado, tendo-se em vista seu aspecto transcultural e sua disponibilidade em versão validada para o Brasil, com propriedades psicométricas testadas e confirmadas em nosso meio ²⁶, apesar de seu caráter genérico ²⁷. É composto de quatro domínios: Físico (DF), Psicológico (DP), Relações Sociais (DRS) e Meio Ambiente (DMA). Cada um dos domínios é composto por facetas, perfazendo um total de 24, acrescidas de mais duas para Qualidade de vida (QV) e Saúde Geral (SG), que não são incluídas nos sub escores dos Domínios. Cada faceta é avaliada por apenas um item ou questão, somando-se, portanto, 26 questões ²⁶⁻²⁹. São usados quatro tipos de escalas de intervalo para as respostas (tipo Likert, com pontuação de 1 a 5), que foram projetadas e testadas para refletir intensidade, capacidade, frequência e avaliação ^{26,27}. Para o estudo primário, a confiabilidade do WHOQoL-abreviado (itens e domínios) foi atestada ³⁰ por meio da análise de sua consistência interna, obtendo-se Coeficientes Alfa de Cronbach que variaram de 0,70 a 0,93 para os domínios e para a Qualidade de Vida Geral. Além da confiabilidade, validades de critério e discriminante também foram atestadas ^{10,25}.

Os dados foram analisados por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov (aderência à

distribuição normal); paramétricos *t-Student* e *ANOVA* (para comparação de grupos com distribuição normal); não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskall-Wallis* (para comparação de grupos sem distribuição normal); *de múltiplas comparações de Bonferroni* (para identificar entre quais grupos estava a diferença estatisticamente significativa, quando da comparação entre mais de dois grupos); *Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher* (para avaliar a associação entre variáveis categóricas); e *Coeficientes de Correlação de Pearson e de Spearman* (avaliar a magnitude da correlação entre duas variáveis quantitativas), utilizados para as variáveis que não tiveram aderência à distribuição normal. A magnitude de correlação, quando estatisticamente significante, foi classificada em: fraca < 0,30; moderada = 0,30 a 0,60; forte = 0,60 a 0,99; perfeita = 1,00 ³¹.

Os resultados foram considerados estatisticamente significantes ao nível de 5%. Os dados foram analisados utilizando-se o programa de *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), conforme orientação da Organização Mundial de Saúde ²⁷.

Resultados

Comparadas as variáveis sociodemográficas, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas colostomizadas dos Grupos com e sem MCI. No que tange às variáveis clínicas, somente aquelas referentes aos tempos mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra que os tempos médios de colostomizado e de acompanhamento no Serviço Especializado foram significativamente superiores para o Grupo com MCI (p-valor <0,001).

Os dados da Tabela 2 mostram que quanto maiores os TC, TAS e TOC, maior o escore médio de QV no Domínio Físico (correlações positivas e fracas). Quanto maiores os TC e TAS, maiores os escores médios de QV no Domínio Psicológico e na Qualidade de Vida Geral (correlações positivas e fracas).

Tabela 1: Média e desvio-padrão do fator tempo nas variáveis clínicas das pessoas colostomizadas, com e sem MCI. São Paulo; 2006.

Características clínicas	Geral	Com MCI	Sem MCI	Teste	(p-valor)
TC (meses) (média/DP)	49,47(45,50)	66,64(46,39)	32,30(37,81)	-5,25	<0,001** ^a
Mínimo-Máximo	6-222	19-222	6-156		
Mediana	32,50	57,00	14,50		
TAS (meses) (média/DP)	41,78(39,83)	56,44(41,7)	27,12(32,09)	-4,54	<0,001** ^a
Mínimo-Máximo	1-185	1-185	2-131	-	-
Mediana	27,5	50,5	12,0		
TIC (meses) (média/ DP)	43,72(35,45)	43,72(35,45)	-	-	-
Mínimo-Máximo	8-150	8-150	-	-	-
Mediana	31,00	31,00	-	-	-
TOC (meses) (média/DP)	28,86(26,85)	28,8(26,85)	-	-	-
Mínimo-Máximo	6-120	6-120	-	-	-
Mediana	20,00	20,00	-	-	-
TPOC (horas) (média/DP)	26,02(11,56)	26,02(11,56)	-	-	-
Mínimo-Máximo	6-48	6-48	-	-	-
Mediana	24,00	24,00	-	-	-

**Teste Mann-Whitney. ^ap valor significativa ($p < 0,05$). T. = Tempo

Tabela 2: Coeficientes de correlação entre o fator tempo (em meses) nas variáveis clínicas com os domínios do WHOQoL-abreviado e a QV Geral. São Paulo; 2006.

Variáveis Domínios	TC ^a	TAS ^a	TOC ^b	TPOC ^b	TIC ^b
DF	0,24 (0,02)*	0,24 (0,01)*	0,28 (0,04)*	0,26(0,06)	0,27 (0,06)
DP	0,24 (0,02)*	0,25(0,01)*	0,18 (0,21)	0,24(0,09)	0,17(0,23)
DRS	0,08(0,44)	0,14(0,17)	0,08(0,59)	0,10(0,48)	0,3(0,85)
DMA	0,18 (0,07)	0,13(0,21)	0,27(0,06)	0,20(0,15)	0,13(0,37)
QV Geral	0,25(0,01)*	0,21(0,04)*	-0,52(0,72)	0,15(0,29)	0,07(0,65)

^a Para os dois Grupos. ^b Para o Grupo com MCI. * *p*-valor estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que o TC e o TAS associaram-se a ganhos nos diferentes aspectos de vida das pessoas colostomizadas, com e sem o uso de MCI, principalmente nos domínios físico, psicológico e na QV geral, as quais passam a incorporá-los e a valorizá-los, ou seja, o processo de reconstrução

da autoimagem e a incorporação da estomia no seu esquema corporal. Isso torna menos difícil o processo de viver e conviver com a colostomia.

O dia a dia da pessoa colostomizada, caminhado através do *tempo de colostomizado*, é marcado pela aquisição de conhecimentos na *área cognitiva*, traduzidos pelo entendimento e pela compreensão da estomia como terapêutica eleita

Artigo Original

para a solução de seu problema de saúde, pelo aprendizado e desenvolvimento de habilidades necessárias ao manuseio da estomia e dos equipamentos coletores e adjuvantes e pela realização de ações de autocuidado da estomia e pele periestoma, incluindo o uso de MCI. Também é responsável pela aquisição de conhecimentos na *área psicossocial*, traduzidos pelos relacionamentos e participação dessas pessoas no seu contexto social e nos grupos de autoajuda, no trabalho e lazer, ou seja, ao retorno à vida social. Destaca-se que grande parte do sucesso dessa participação social nada mais é do que o reflexo da segurança em relação ao autocuidado da estomia e da reorganização de seu estilo de vida ²⁵.

Consideradas as alterações causadas pela abertura de uma estomia, bem como as mudanças na imagem corporal e outros fatores limitantes, destaca-se que a pessoa com estomia precisa de um período de tempo individual para adaptar-se e organizar-se, a fim de enfrentar e superar a situação, porque cada pessoa tem suas crenças, valores próprios e atitudes diferentes de enfrentamento. Ressalta-se a importância da família para ajudá-la a inserir-se novamente no convívio social e a recuperar a sua capacidade produtiva ¹.

Em estudo ⁴ acerca da percepção sobre a saúde e qualidade de vida de 211 pessoas com estomias de diferentes tipos, principalmente colostomias, a maioria do sexo masculino e com idade superior a 60 anos, comparadas a um grupo com igual número de pessoas, não estomizadas e características demográficas semelhantes, constatou-se que as pessoas estomizadas apresentavam percepções significativamente piores comparativamente àquelas não estomizadas. No entanto, similarmente ao presente estudo, as percepções dos estomizados mostraram-se influenciadas favoravelmente conforme o maior período de tempo após a cirurgia.

Referente ao TAS, vale enfatizar que o caminho percorrido pelas pessoas colostomizadas é de importância fundamental para o êxito de sua chegada à reabilitação e melhor QV. Durante toda a sua trajetória, a presença constante do suporte assistencial oferecido por todos os integrantes da equipe de saúde, destacando-se a assistência especializada prestada pelo enfermeiro, o apoio da

família, a atuação dos grupos de autoajuda e das políticas de saúde, emite ecos constantes de apoio e estímulos que confluem para um ponto comum - o viver com qualidade ou a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas ²⁵.

O acompanhamento continuado pela enfermeira estomaterapeuta é um fator decisivo na assistência à pessoa com estomia, porque a ajudará na aceitação do conceito de ser/estar estomizada, na reconquista do sentido da vida, bem como na manutenção e/ou reorganização das atividades sociais, de trabalho e lazer como antes da cirurgia⁶. Ajudar a pessoa a viver e conviver com a estomia, de modo satisfatório, é um destaque no papel do estomaterapeuta ³².

Vale ressaltar que a QV de pessoas com estomia, em especial, daquelas com colostomia, tem sido objeto freqüente de preocupação para os integrantes da equipe de saúde. Portanto, deve ser vista como um bem maior a ser mantido e/ou recuperado, para que possam viver felizes e em harmonia no seu contexto de vida particular. Para tanto, a Medicina, a Enfermagem e outras ciências afins, por intermédio dos profissionais que compõem a equipe de saúde, não devem medir esforços para que a QV dessas pessoas seja o desfecho da assistência prestada ²⁵. Nesse particular, reforça-se que o uso de MCI constitui um recurso fundamental na concretização da melhoria da QV de pessoas colostomizadas, devendo ser divulgado e mais frequentemente prescrito pelos coloproctologistas, com capacitação dos pacientes pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Enfim, todo esse contexto coloca em evidência a atuação da equipe de saúde na reabilitação de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de MCI, e possibilita o processo de reencontro dessas pessoas consigo mesmas e com a experiência de vida próxima daquela que tinham anteriormente à cirurgia. Somente assim, a sua vida readquirirá o valor real e sentir-se-ão valorizadas diante de si mesmas e da própria vida ²⁵.

Estudos prospectivos, utilizando instrumentos específicos de avaliação, permitirão confirmar os resultados aqui obtidos e verificar outros fatores mediadores da melhora ou piora da QV de pessoas com estomias, em geral, intestinais e urinárias, transitórias e permanente.

Conclusões

O estudo acerca da influência dos tempos de colostomizado e de seguimento no Serviço permitiu chegar às seguintes conclusões:

- Quanto maior o TC ($r=0,24$; $p=0,02$), o TAS ($r=0,24$; $p=0,01$) e o TOC ($r=0,28$; $p=0,04$), maior o escore da QV no DF.

- Quanto maior o TC ($r=0,24$ e $p=0,02$; $r=0,25$; $p=0,01$) e o TAS ($r=0,25$ e $p=0,01$; $r=0,21$ e $p=0,04$), maiores os escores de QV respectivamente no DP e na QV Geral.

Referências

1. Barbutti RCS, Póvoas da Silva MC, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev SBPH. 2008; 11(2):27-39.
2. Menezes MMPNC. Satisfação conjugal, autoestima e imagem corporal em indivíduos ostomizados [tese]. Porto: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2008.
3. Cassero PAS, Aguiar E. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. Rev Saud Pesq. 2009;2(2):23-27.
4. Santos CSVB. Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação [tese]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 1999.
5. Cesaretti IUR, Santos VLGC, Vianna LAC. Influência do tempo de colostomizado e de acompanhamento no serviço sobre a qualidade de vida de pessoas colostomizadas [resumo]. In: 11º Congresso Brasileiro de Estomaterapia; 2011; Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: SOBEST; 2011.
6. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. Enferm Foco 2012;3(1):12-15.
7. Rey JG. Sistemas continentales de colostomías (I): sistema de irrigación. Rev Rol Enferm. 1994; 17(195):69-72.
8. Rey JG. Sistemas continentales de colostomías (II): el obturador. Rev Rol Enferm. 1994;17(194):71-74.
9. Santos VLGC, Cesaretti IUR, Ribeiro AM. Métodos de "controle" intestinal em ostomizados: auto-irrigação e sistema oclusor. In: Santos VLGC, Cesaretti IUR, org. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 245-262.
10. Cesaretti IUR, Santos VCG, Vianna LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):16-21.
11. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. Rev Bras Coloproct. 2005;25(2):146-149.
12. Castillo P, Coto MV, Gil L, et al. Irrigación de la colostomia. Rev Rol Enferm. 2000;146:59-61.
13. Cohen A, Zierstein R. Drawing your body image. World Council Enterostom Ther J. 1995;15(3):30-31.
14. Harisi R, Bodoky G, Borsodi M et al. Rectal cancer therapy: decision making on basis of quality of life? Zentralbl Chir. 2004;129:139-148.
15. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal resection for rectal cancer. Ann Surg. 2001;233(2):149-156.
16. Piwonka MA, Merino JM. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999;26(6):298-305.
17. Turnbull G, Colwell JC, Erwin-Toth P. Quality of life: pre, post and beyond ostomy surgery. Ostomy Wound Manage. 2004; 50(7A Suppl):1-12.
18. Trentini M, Pacheco MAB, Martins ML, et al. Vivendo com um ostoma: um estudo preliminar. Rev Gaúcha de Enferm. 1992;13(2):22-28.
19. Ito N, Tanaka M, Kazuma K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(3):179-183.
20. Woodhouse F. Colostomy irrigation: are you offering it enough? Br J Nurs. 2005;14(16 Sup):14-15.
21. Rogenski NMB, Baptista CMC, Rogenski KE. Auto-irrigação: avaliação de resultados. Rev Esc Enf USP 1999; 33(N. especial):50-54.
22. Rauch P, Miny J, Conroy T, et al. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. J Clin Oncol. 2004;22:354-360.
23. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. Objective assessment of quality of life following panproctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis. Ann R Coll Surg Engl. 2001;83(5):321-324.
24. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy Wound Manage. 2003;49(2):48-55.
25. Cesaretti IUR. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem; 2008.
26. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação abreviado de qualidade de vida WHOQoL-bref. Rev Saúde Públ. 2000;34(2):178-183.
27. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQoL. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQoL): 1998. Coordenação de Marcelo Pio de Almeida Fleck. [Texto na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. [citado 2006 Nov 9]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>.
28. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):7-18.
29. Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N, org. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina: Qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006. p. 11-18.
30. McDowell I, Newell C. Measuring health: guide to rating scales and questionnaires. 2nd Ed. New York: Oxford University Press; 1996.
31. Levin J, Fox JA. Estatística para ciências humanas. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
32. Orsted HL. Health Related Quality of Life for the person with an ostomy. World Council Enterostom Ther J. 2007;27(1):34-37.

Artigo recebido em: 29/11/2012

Aceito para publicação em: 06/12/2013

*Artigo extraído de: Cesaretti IUR. *Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem; 2008.

¹Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

²Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Professor Associado 3 da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Comitê de Educação do WCET.

³Enfermeira estomaterapeuta. Enfermeira do Hospital Ipiranga de São Paulo.

⁴Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.