



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação

Enfermagem



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTILENE AKIKO KIMURA

**EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS
ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO
CONTROLADO**

BRASÍLIA - DF 2016



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação

Enfermagem



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTILENE AKIKO KIMURA

**EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS
ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO
CONTROLADO**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Orientadora:
Professora Dra. Dirce Bellezi Guilhem

**BRASÍLIA - DF
2016**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

KK49e Kimura, Cristilene Akiko
Efeitos da dança circular na qualidade de vida em
pessoas estomizadas intestinais: ensaio clínico
randomizado controlado / Cristilene Akiko Kimura;
orientador Dirce Bellezi Guilhem. -- Brasília, 2016.
340 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2016.

1. Qualidade de Vida. 2. Política de saúde. 3.
Ostomia. 4. Terapia através da dança. 5. Ensaio
Clínico. I. Guilhem, Dirce Bellezi , orient. II.
Título.



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

**Programa de Pós-Graduação
Enfermagem**



CRISTILENE AKIKO KIMURA

**EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS
ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO
CONTROLADO**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 22 novembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Dirce Bellezi Guilhem
Instituição: Universidade de Brasília
Presidente

Professora Doutora Cláudia Jaqueline Martinez Munhoz
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso
Membro Efetivo

Professora Doutora Ana Beatriz Duarte Vieira
Instituição: Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Professora Doutora Leides Barroso de Azevedo Moura
Instituição: Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Professora Doutora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Instituição: Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Professora Doutora Alice da Cunha Morales Álvares
Instituição: Universidade de Brasília
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

A minha mãe que é também minha melhor amiga e confidente, tu és a minha protetora me apoia e me incentiva em todos os momentos, é a principal responsável pela construção do meu carácter me guiando por caminhos que me permitiram estar aqui, sem a senhora ao meu lado sendo o meu alicerce minhas vitórias não teriam sentido, pois todas elas eu devo a senhora minha amada mãe. Minha mãe, maior bênção que eu recebi na minha vida, obrigado por tudo, e principalmente pelo seu amor dedicado! “Mulher virtuosa, quem a achará? O seu valor em muito ultrapassa os das mais finas jóias”. Provérbios 31:10.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Criador, Redentor e Salvador, por fortalecer meu viver e me dar saúde e sabedoria nesta caminhada árdua e complexa de minha existência, por ter me amado incondicionalmente, por ter me sustentado e derramado graças sem medidas em todos os momentos, me ajudando a realizar mais um de meus sonhos e subindo mais um degrau na escalada da minha vida profissional.

Aos meus amados pais, Takio Kimura (*in memoriam*) e Rita Ribeiro Kimura, por mais esta vitória alcançada em minha vida, pelo amor e pela sabedoria com as quais me conduziram na minha formação como pessoa e pela satisfação e alegria de me proporcionarem uma família sólida. Por me incentivarem a ser uma pessoa melhor a cada dia, por todos os valores e princípios que me ensinaram e por sua luta incessante para que meus sonhos pudessem se realizar. São minhas fontes de sabedoria e garra, sempre serão mananciais de inspiração em minha vida, devo-lhes tudo o que sou. Amo mais do que possam imaginar!

Ao meu amado esposo André Barros Martins, por ser importante na minha vida, estar sempre ao meu lado. Pela compreensão em todos os momentos, por sempre me apoiar, pela paciência e carinho. Sobretudo pelas palavras de conforto, presença marcante nesse momento tão importante na minha vida, por vivenciar comigo todas as experiências advindas desta etapa. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor este trabalho foi concretizado. Sou feliz ao seu lado, muito obrigada de ser esse maravilhoso esposo e papai. Obrigada por tudo. Te amo!

Ao meu filho Lucas Hiroshi, que durante todo o percurso do doutorado esteve presente, desde meu ventre até o decorrer de seu segundo aninho de vida, concedendo minhas ausências para a realização deste valiosíssimo estudo. Filho, verdadeiro amor, fiz o impossível para estar sempre ao seu lado, estudando nas madrugadas, enquanto você dormia, para acompanhar seu desenvolvimento de perto. Em muitos momentos, você foi a minha motivação para continuar. O meu muito obrigado por fazer parte da minha vida, permitindo que eu experimentasse o amor incondicional, no momento em que passou a fazer parte da minha vida. Lucas, como o próprio significado do seu nome, “*iluminado*”, Hiroshi, “*guerreiro*”. Continue sempre com este brilho especial!

Às minhas amadas irmãs Ayako Kimura, Cristiane Kimura e Crislene Kimura e meu amado irmão Fernando Kimura, companheiros e amigos inseparáveis, pelo apoio e pela

alegria de sermos tão unidos e estarmos juntos em todos os momentos da vida, sempre passando tranquilidade para seguir em frente com meus objetos e não desanimar com os obstáculos encontrados pelo caminho. Por suas companhias no estudo madrugada adentro. Por me escutarem nos meus momentos de cansaço, a despeito dos seus momentos de cansaço, por cada vez que me reestabeleceram o foco e a dedicação. Muito obrigada! Na verdade, esse é o sentimento que sempre surge quando lembro de vocês, queridos irmãos. *“Assim como os perfumes alegam a vida, a amizade sincera dá ânimo para viver”*. (Provérbios 27:9). E minhas amigas e irmãs Mhartha de Figueredo, Zenaide Scherer e Renata Costa Fortes, as quais não tenho palavras para agradecer, pela indescritível solidariedade e afeto inestimável.

Aos meus sobrinhos João Pedro, Matheus, Letícia, Ana Lívia, Maria Clara e Luísa e Davi (*in memoriam*), meus eternos filhos de coração, ternura e amor. Que sempre renovaram minhas forças com demonstrações de carinho, e com as palavras e sorrisos de pureza que vocês emanam. Saibam que em cada minuto de ausência de vocês, a lembrança de seus sorrisos era mais uma das forças que me impeliavam a continuar esse trabalho.

Aos meus cunhados Robson Rezende, Eduardo Prates e Danilo Valin pela dedicação de se fazerem presentes em momentos particularmente difíceis, sempre colaborando para a união de nossa família, com sentimentos e atitudes capazes de emitir imenso carinho, amor e dedicação ímpares. O valor e o peso de tais contribuições transcendem a esfera social, gerando a certeza do sentimento de companheirismo incondicional.

À minha irmã Crislene Kimura e ao cunhado Danilo Valin, meus sinceros e eternos agradecimentos pelo cuidado prestado ao meu amado filho Lucas Hiroshi durante vários finais de semana, que foram capazes de diminuir a angústia da ausência nas atividades cotidianas do meu filho, por meio da doação plena sob as formas mais nobres: amor, carinho, compreensão e cuidado.

À Tia Marina Barros e sogra Lídia Barros Martins pelo cuidado e por todo esforço dispendido à minha família em especial pela delicadeza do momento onde me via dividida entre as atribuições familiares e a responsabilidade como pesquisadora. Tia Marina Barros, muito obrigada pelas palavras de amor e motivação sempre demonstrando um imenso carinho.

À Regina Oliveira, quero expressar minha sincera gratidão por todos os esforços que teve durante esses anos de vida do meu amado filho, sobretudo pelo cuidado e carinho proporcionado.

Às pessoas com estomia intestinal que confiaram em mim e dividiram suas histórias, por possibilitarem a realização desta pesquisa, pela força e pela coragem na busca de um novo

sentido à vida. Aprendi, de fato, com vocês, a essência do processo de cuidar em enfermagem e compartilho meu crescimento não apenas profissional, mas também pessoal em virtude dessa vivência e agradeço pelo auxílio em confeccionar um trabalho dedicado ao auxílio a toda e qualquer pessoa com estomia intestinal no enfrentamento de seus desafios diários.

À Coordenação do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem, a Professora Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues e seus professores pela oportunidade de aprendizado.

Aos Professores Dra. Alice da Cunha Morales Álvares, Dra. Ana Beatriz Duarte Vieira, Dra. Cláudia Jaqueline Martinez Munhoz, Dra. Ivone Kamada, Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura, Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira, Dr. Pedro Sadi Monterio e Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, agradeço aos participantes da banca examinadora do exame de qualificação e da defesa da tese que dividiram comigo este momento tão importante e esperado, pela disponibilidade por valorosas contribuições e aprimoramento na construção desta tese.

Ao querido Professor Dr. Pedro Sadi Monteiro, pelas lições de vida e pelo incentivo ao aprofundamento das práticas vivenciadas pelo acolhimento, atenção e principalmente pelo pensamento aberto crítico ao debate de ideias, que se traduziram sempre em entusiasmadas respostas, continuado estímulo e valiosa parceria, antes circunscrita aos questionamentos existenciais e teóricos nas longas e cúmplices conversas. A disponibilidade irrestrita, a forma simples e inteligente de arguir as ideias. Meus sinceros agradecimentos, tanto pelos conhecimentos ofertados, quanto pela inspiração de vida que representa os ideais por mim adotados.

À Professora Dra. Maria Glória Lima que esteve presente no início da minha trajetória desde ao meu primeiro emprego na minha evolução profissional, obrigada pelas valiosas contribuições a esta pesquisa, sobre um melhor entendimento acerca da análise de conteúdo, pelas diversas discussões e aprendizado suprimindo as potenciais dúvidas que surgiram no processo. Sobretudo pelo acompanhamento com sua atenção e auxílio desde o começo dessa caminhada, meu muito obrigado!E, principalmente, pelas palavras de incentivo e motivação sempre enviando pensamentos positivos.

Às Professoras Dra. Diane Maria Lago e Dra. Maria da Graça Camargo, pelas palavras de incentivo a realização do doutorado, pela experiência de vida e profissional muitas das vezes transmitidas, que foram determinantes ao longo da construção desta tese de doutorado. Dra. Diane Maria Lago pelo apoio e pelas palavras de incentivo e esperança.

Aos Professores Dermeval de Sena Aires e David Aires Filho, Mantenedores da FACESA e do Colégio Sena Aires, pelo convívio e aprendizado com pessoas tão generosas e de caráter admirável, pelo apoio e estímulo intelectual e emocional. São meus exemplos de vida, de sabedoria, honestidade e sensibilidade. Aos senhores, minha imensurável gratidão e o reconhecimento do estímulo ao conhecimento por meio da pesquisa como forma de retorno à comunidade acadêmica e à população em geral, um evento absolutamente raro nos dias de hoje, agindo como figura paterna em relação a essa profissional. Sobretudo, pelo carinho e cuidado fornecendo a figura paterna que hoje não mais disponho nesse plano. Agradeço ainda pelo financiamento da análise bioquímica por meio do Laclisa, em nome dos funcionários Adriana do Lago Alves e Junior Cardoso que não mediram esforços para que os dados fossem coletados com exatidão.

Ao Professor Me. Francisco de Assis, Diretor Geral da Fasesa, pela compreensão da importância da realização do doutorado não somente para a contribuição de conhecimentos para a Fasesa, mas também para meu crescimento profissional e pessoal. Além disso, pelo todo apoio imensurável desde o primeiro dia que inicei minhas atividades na Fasesa e, sobretudo pelas palavras de incentivo e motivação, jamais esquecerei. Muito obrigada!

Aos meus amigos, Abadia Sousa, Ana Lúcia, Anaceli Maria, Ericka Moraes, Giovane Ribeiro, Jovedir Menezes, Jhonny Rocha, Luiz Augusto, Rejane Medeiros e Vanini Ribeiro. Tais amizades são tão especiais quanto raras, deixando aqui registrado o quão importantes na construção da minha experiência de vida vocês tem sido. Ter amigos é essencial para a existência nesta vida, e que me presenteiam com seus afetos, disposição. *“A amizade não se busca, não se sonha, não se deseja; ela exerce-se (é uma virtude).”* (Simone Weil). E aos queridos colegas e companheiros de trabalho André Percilio Aires, Alexandre Freitas, Aparecida Godoi, Alice Álvares, Carlos Rosa, Elisamar Gomes, Ionice Santana, Jefferson de Abreu, Nisse Carvalho, Karina Ribeiro, Simone Noronha e Walquiria Lene, pelo apoio incondicional, compreensão e paciência e por compartilharem comigo os momentos desta caminhada. À Manuela Melo agradeço a presença, o carinho e as palavras de apoio na defesa do doutorado.

À Pastora Acsa Freitas, obrigada por você existir, você é uma criatura linda que Deus colocou em meus caminhos. É uma joia preciosa que jamais encontrarei em outro lugar. Quero guardar-te sempre em meu coração. Você é simplesmente alguém que me ensinou a ver a vida com outros olhos, encheu de alegria meus dias, ofereceu-me seu ombro amigo, sem pedir nada, simplesmente minha amizade. Que o nosso Deus todo poderoso derrame sobre a

sua vida, sobre a sua família e sobre o seu ministério muita saúde, alegria e bênçãos. Não tenho nada que possa recompensar ter uma amizade tão linda assim. Apenas digo obrigada!

Ao meu amigo, Professor Me. Breno Abreu, pela amizade, apoio, paciência e, sobretudo, pelas orientações no entendimento da análise estatística e discussão desta tese, pela disponibilidade com que atendeu as minhas solicitações aliadas à valiosa contribuição pela força de suas observações e sugestões. Além disso, pelo fortalecimento por meio da leitura atenta dos vários “manuscritos”, não apenas valorizo os comentários e observações críticas a respeito da tese, mas pela amizade e solicitude em todas as fases da tese. *“Para conseguir a amizade de uma pessoa digna é preciso desenvolvermos em nós mesmos as qualidades que naquela admiramos.”* (Sócrates).

Ao Dr Marcos Freire, que me encaminhou com a paciência e compreensão nas vezes em que necessitei compreender melhor sobre o tema abordado, retardando algumas respostas as minhas demandas referentes as Danças Circulares para além destas qualidades, o ensinamento, o apoio e confiança com que me brindou. Que me fez assimilar a singeleza e energia que a Dança traz aos pacientes, o amparo incondicionalmente, incentivando-me a prosseguir e contagiando-me com seu entusiasmo, afeto e profissionalismo.

A Enfermeira Ana Paula com sua demonstração de garra e seu idealismo que tornaram possível o desenvolvimento e conhecimento na prática, desse novo olhar sobre os estomizados e sua qualidade de vida, bem como pelas atuais trocas enriquecedoras com que me brindou e que, certamente levarei pelo resto de minha vida, Soube escutar, elaborar, transformar e sinalizar para mim, andaimes, materiais consolidados, de modo a favorecer a construção de novos conhecimentos, dentro das características do pensamento de um pesquisador.

Ao Professor Dr. Alexandre Gonçalves e Professor Me. Lucas Costa que me ajudaram na sistematizaçãoda caracterizacao bioquímica e da bioimpedância. Professor Me. Lucas Costa sendo essa pessoa que estimulou a propulsão dos meus estudos e me ajudou na efetivação da coleta de dados

Aos alunos e futuros nutricionistas Ludmila Martins Tavares, Lucas Adriano Oliveira, Tayanne Ximenes de Souza recrutados para auxiliarem na coleta de dados. Não tenho como lhes recompensar o estímulo, os prazos que vocês cumpriram ao longo deste período, em especial nos últimos meses de conclusão deste projeto. Em especial, ao Deyvid Henrique Costa Medeiros pela garra e dedicação para o auxilio na coleta de dados, sua generosidade e sensibilidade estiveram presentes durante toda essa trajetória.

A Professora Dr^a. Paula de Sá, que com seu conhecimento e experiência ajudou-me no entendimento da metodologia do estudo Ensaio Clínico Randomizado que se dispôs do seu tempo para me auxiliar, sempre em prontidão a suprir minhas dúvidas seus ensinamentos foram fundamentais e contribuíram de forma incomensurável. Suas palavras de incentivo e de sabedoria foram providenciais em cada momento. És um exemplo de pesquisadora e de ser humano.

Aos Professores Dr. Jonas Rodrigo Gonçalves e Ma. Maria Luzineide, pela revisão linguística e pelas valiosas contribuições a esta tese.

Ao Me. Dermeval de Sena Aires Jr, pela preocupação em partilhar seus conhecimentos e pelo suporte na tradução do resumo.

Aos Pastores Gil Dantas, Augustinho Marques da Silva, Lúcia Dantas, Ana Amélia da Silva, Acsia Freitas e Cleusa Silva, pelas orações, intercessões e apoio, sendo minha referência de disseminadores da Palavra de Deus por meio de gentileza, apoio, amor ao próximo e cuidado, sobretudo de sabedoria, em especial, ao Pastor Augustinho Marques da Silva, pela figura presente fornecendo a figura paterna que hoje não mais disponho nesse plano.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a minha orientadora, Professora Dra. Dirce Bellezi Guilhem, pelo convite para ser sua orientanda, bem como pela sua disponibilidade e incentivo que foram fundamentais para realizar e prosseguir este estudo. Que me confiou liberdade para seguir nesse percurso. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso e, sobretudo pelas palavras de conforto e carinho. Não posso esquecer a sua grande contribuição para o meu crescimento como pesquisadora. Eternamente grata por todo o apoio.

Professora Dra. Ivone Kamada por ser a pessoa que abriu as portas para o início da minha trajetória na pesquisa, pela prontidão com que aceitou o trabalho de orientação da dissertação de mestrado, por ter me acolhido, com as minhas limitações e dificuldades; por ter me dado à oportunidade de aprender. Sendo a percussora sobre o conhecimento no contexto da estomia intestinal. Sobretudo pelo incentivo constante ao aprofundamento do tema, à contínuas reflexões sobre os temas ligados as pessoas com estomia intestinal . Eternamente grata por todo o apoio.



*“Eu te gravei nas palmas das minhas mãos; os teus muros estão sempre diante de mim.”
Isaías 49:16*

RESUMOS
ABSTRACT
RESUMEN

RESUMO

Kimura, Cristilene. **Efeitos da dança circular na qualidade de vida em pessoas estomizadas intestinais: ensaio clínico randomizado controlado**. 2016. 340 p. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

A qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo que implica satisfação pessoal relacionada a vários aspectos, especialmente, àqueles considerados essenciais para a vida da pessoa. A manutenção da integridade física é muito importante para o bem-estar individual e para seu entorno social. A ruptura dessa integridade, a exemplo da confecção de uma estomia intestinal, pode trazer sérios problemas de ordem física, psicológica, espiritual e social. Nessa perspectiva, acredita-se que a abertura e adoção para atividades complementares ao modelo tradicional de atenção, adotado nos serviços de saúde, poderão contribuir para o ajustamento psíquico e a inserção social da pessoa com estomia intestinal. Uma dessas alternativas é a dança, que tem como objetivo trabalhar o corpo do indivíduo harmoniosamente, respeitando suas emoções e estado fisiológico. O objetivo deste estudo foi investigar o efeito da dança circular sobre a QV de pessoas com colostomia do Programa de Assistência Ambulatorial do Estomizado da SES/DF, dos Hospitais Regionais de Sobradinho e Planaltina. Trata-se de um estudo clínico aberto, randomizado, de dois braços, paralelo, controlado e com abordagem qualitativa à luz da análise de conteúdo. Contou-se com a colaboração de 80 colostomizados distribuídos em dois grupos: grupo controle que recebeu os cuidados ambulatoriais previstos para pacientes estomizados e o grupo experimental, recebeu os referidos cuidados e ainda foi submetido a prática da dança circular. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2016. Para a obtenção dos dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, o questionário *COH-QOL-OQ*, entrevista, avaliação clínica, antropométrica e bioquímica. À caracterização descritiva dos dados do questionário sociodemográfico e clínico, além da entrevista dos participantes, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis. Os dados do *COH-QOL-OQ* foram analisados por meio do cálculo da média, desvio padrão e proporções e análise inferencial por meio dos procedimentos estatísticos: intervalo de confiança 95%, teste *t-Student*, teste de Mann-Whitney, Teste de Tukey e *Anova*. A significância estatística aceita foi de 5%, a análise estatística foi realizada no SPSS versão 20.0. Os resultados do *COH-QOL-OQ* apontaram que as questões dos Domínios Bem-estar Físico, Psicológico, Social e Espiritual estão correlacionadas com o escore médio, resultando na significância estatística ($p > 0,05$). No tocante às entrevistas, emergiram quatro categorias. A aparente ausência de alterações antropométricas ou bioquímicas, clinicamente significativas, não deve ser tomada como evidências da inefetividade das práticas das danças circulares. Os resultados dessa pesquisa revelaram que as danças circulares são uma prática que procura unir as pessoas em um único objetivo de dançar, respeitando as limitações e diferenças de cada um e apoiando os demais integrantes da roda. Evidencia-se, a necessidade de se considerar a integralidade como princípio em vários níveis de discussões, em especial na gestão de sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, fundamentada em um novo paradigma. Para tanto, se faz necessário acessar os saberes e as práticas dos usuários no contexto ambulatorial agregados às Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares, promovendo a melhoria na QV tanto da pessoa com estomia intestinal quanto de seus familiares.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida; Política de saúde; Ostomia; Terapia através da dança; Ensaio Clínico.

ABSTRACT

Quality of life is a subjective concept closely related to personal fulfillment regarding life's various aspects, including some essential characteristics of one's life. Health integrity, for instance, is a major issue regarding one's well-being as well as one's social relations. The rupture of such integrity, as observed on the confection of an ostomy, might impact one's life in different ways, such as physically, psychologically, spiritually as well as socially. From this point of view, evidence points towards the ability of the adoption of complementary practices over the traditional health care model, as being adopted on the Brazilian Public Health System, might contribute to psychologic improvement and social insertion of ostomized people. Amongst the complementary practices, the dance configures as a means to work the whole individual in a harmonious way, taking into consideration one's emotions and physiologic state. In order to assess the effects of circular dance over the QoL scores of ostomized people attended at Ambulatorial Assistance for the Ostomized Program from Health Secretariat of Federal District, and on Regional Hospitals of Sobradinho and Planaltina cities. It's an open clinical study, randomized, two branches, parallel, controlled, using a quantitative based content analysis. 80 ostomized people took part on the study, divided into two groups - Control and Experimental ones -. A control group that received the outpatient care provided for stomized patients and the experimental group received these care and was also submitted to circular dance practice. Data collection took place between February of 2016 and June of 2016. To obtain such data, a sociodemographic and clinical survey was applied, along with the COH-QOL-OQ questionnaire, interview and clinical, biochemical and anthropometric evaluation. COH-QOL-OQ results point towards the validation of significative differences between both groups in terms of Quality of Life quantitative analysis. All domains - physical, Psychological, Social and Spiritual well-beings are strongly correlated to the mean COQ-QOL-OQ scores. The interviews have brought up 4 major categories presented in positive and negative aspects of ostomy impact on Quality of Life. No significant clinical alterations on the anthropometric and biochemistry profiles were observed, however, such data shall not be used to corroborate the hypothesis of an eventual inefficacy of circular dance practice. Circular dances is a technique able to unite people for the sole purpose of dancing, respecting limitations and differences of every individual on the group while offering support for everyone dancing along. Along those lines, it's needed to emphasize the importance of "integral and holistic" care as the basis for the care management systems, health care systems and nursing care systems. Looking forward to that, it's necessary to assess the contribution of such practices as described on the National Policy of Integrative and Complementary practices, in order to validate the improvement on Quality of Life of ostomized people as well as their supporters.

Keywords: Quality of Life; Health Policy; Ostomy; Dance Therapy; Clinical Trial.

RESUMEN

Calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo que implica la satisfacción personal con relación a varios aspectos, especialmente, los aspectos considerados esenciales para la vida de las personas. La manutención de la integridad física es muy importante para el bienestar individual y el ambiente social. Una ruptura con dicha integridad, por ejemplo en los casos de ostomía intestinal, puede causar serios problemas físicos, psicológicos, espirituales y sociales. Bajo esta perspectiva, se cree que una apertura para actividades complementarias al modelo tradicional de atención de la salud, adoptada en los servicios de salud, podrá contribuir a un ajuste psíquico positivo y a la inserción social de las personas con ostomía intestinal. Una opción en este sentido es la danza, que tiene el objetivo de trabajar el cuerpo del individuo armoniosamente, respetando sus emociones y su estado fisiológico. El objetivo del presente estudio es investigar el efecto de la danza circular sobre la CV de personas con colostomías del Programa de Atención Ambulatoria a la Persona Ostomizada, del SES/DF, de los Hospitales Regionales de Sobradinho y Planaltina, Distrito Federal, Brasil. Se trata de una investigación clínica abierta, aleatoria, con dos brazos, paralela, controlada y con enfoque cualitativo a la luz del análisis del contenido. Esta investigación ha contado con la colaboración de 80 personas colostomizadas distribuidas en dos grupos: grupo de control que recibió la atención ambulatoria prevista para los pacientes ostomizados y el grupo experimental recibió ese tratamiento y se sometió adicionalmente a la práctica de la danza circular. La recolección de datos ocurrió entre febrero y junio de 2016. Para la obtención de los datos, se ha utilizado el cuestionario sociodemográfico y clínico *COH-QOL-OQ*, añadido de entrevistas y evaluación clínica, antropométrica y bioquímica. Para la caracterización descriptiva de los datos del cuestionario sociodemográfico y clínico, además de la entrevista con los participantes, se ha utilizado la estadística descriptiva de las variables. Se analizaron los datos del cuestionario *COH-QOL-OQ* por el cálculo de la media, desviación típica y proporciones y análisis de inferencia por medio de los siguientes procedimientos estadísticos: intervalo de confianza de 95%, la prueba *t de Student*, la prueba de Mann-Whitney, el test de Tukey y ANOVA. Se aceptó la significancia estadística de 5%, y el análisis estadístico ha sido realizado en el SPSS versión 20.0. Los resultados del *COH-QOL-OQ* indican una correlación entre las cuestiones de los dominios de Bienestar Físico, Psicológico, Social y Espiritual con el score medio, resultando en la significancia estadística de ($p > 0,05$). Con relación a las entrevistas, cuatro categorías han sido identificadas. No se debe interpretar la aparente ausencia de cambios antropométricos o bioquímicos clínicamente significativos como evidencia de la ineffectividad de las prácticas de danza circular. Los resultados del estudio revelan que las danzas circulares buscan unir sus participantes con el único objetivo de bailar, respetándose las limitaciones y diferencias de cada persona, mientras se apoya a los otros integrantes del círculo. Se evidencia la necesidad de considerar la integralidad como un principio en varios niveles de diálogo, en particular con relación a la gestión de sistemas y servicios de salud y enfermería, por un nuevo paradigma. Para ello, se debe acceder a los saberes y prácticas de los usuarios en el ámbito ambulatorio, añadido a las Políticas Nacionales de Prácticas Integradoras y Complementarias, para promover una mejor CV tanto para las personas con ostomía intestinal como para sus familias.

Palabras-clave: Calidad de vida; Política de salud; Ostomía; Terapia através de la danza; Ensayo clínico.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|------------|
| Figura 1 - Dança de Celebração e Alegria..... | 48 |
| Figura 2 - Bernhard Woisen durante um seminário..... | 50 |
| Figura 3 - Dança de roda da Macedônia, Grécia..... | 51 |
| Figura 4 - Dança de roda da Macedônia, Grécia..... | 52 |
| Figura 5 - Localização da colostomia transversa..... | 76 |
| Figura 6 - Localização da colostomia descendente e ascendente..... | 76 |
| Figura 7 - Símbolo Nacional de Pessoa com Estomia Intestinal..... | 84 |
| Figura 8 - Dia Nacional do Estomizado..... | 84 |
| Figura 9 - Fluxograma do Serviço de Atenção à Pessoa com Estomia Intestinal, no Distrito Federal..... | 86 |
| Figura 10 - Distribuição proporcional do CCR estimado para 2016 por sexo no Distrito Federal, Brasil segundo sexo..... | 90 |
| Figura 11 - Locais de manifestação da Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica..... | 94 |
| Figura 12 - Locais da diverticulite e dos divertículos no intestino grosso..... | 96 |
| Figura 13 - Métodos de tratamento cirúrgico da Doença Diverticular..... | 98 |
| Figura 14 - Esquema ilustrando o ciclo biológico da Doença de Chagas..... | 101 |
| Figura 15 - Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)..... | 142 |
| Figura 16 - Desenho típico de um ensaio clínico randomizado | 150 |
| Figura 17 - Desenho para o desenvolvimento do projeto e processo de inclusão nos grupos experimental e controle..... | 150 |
| Figura 18 - Agenda de trabalho para a coleta de dados..... | 153 |
| Figura 19 - <i>COH-QOL-OQ</i> | 155 |
| Figura 20 - Diagrama do grupo experimental..... | 158 |
| Figura 21 - Diagrama Esquemático do grupo controle..... | 159 |
| Figura 22 - PDC com o Grupo Experimental..... | 162 |

| | |
|---|------------|
| Figura 23 - PDC com o Grupo Experimental..... | 162 |
| Figura 24 - Fluxograma da escolha dos participantes para o ensaio randomizado, segundo Guia CONSORT..... | 169 |
| Figura 25 - PDC com o Grupo Experimental..... | 327 |
| Figura 26 - PDC com o Grupo Experimental..... | 327 |
| Figura 27 - PDC com o Grupo Experimental..... | 328 |
| Figura 28 - PDC com o Grupo Experimental..... | 328 |
| Figura 29 - PDC com o Grupo Experimental..... | 329 |
| Figura 30 - PDC com o Grupo Experimental..... | 329 |
| Figura 31 - PDC com o Grupo Experimental..... | 330 |
| Figura 32 - PDC com o Grupo Experimental..... | 330 |
| Figura 33 - PDC com o Grupo Experimental..... | 331 |
| Figura 34 - PDC com o Grupo Experimental..... | 331 |
| Figura 35 - PDC com o Grupo Experimental..... | 332 |
| Figura 36 - PDC com o Grupo Experimental..... | 332 |
| Figura 37 - PDC com o Grupo Experimental..... | 333 |
| Figura 38 - PDC com o Grupo Experimental..... | 333 |
| Figura 39 - PDC com o Grupo Experimental..... | 334 |
| Figura 40 - PDC com o Grupo Experimental..... | 334 |
| Figura 41 - PDC com o Grupo Experimental..... | 335 |
| Figura 42 - PDC com o Grupo Experimental..... | 335 |
| Figura 43 - PDC com o Grupo Experimental..... | 336 |
| Figura 44 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 336 |
| Figura 45 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 337 |
| Figura 46 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 337 |
| Figura 47 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 338 |
| Figura 48 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 338 |

| | |
|---|------------|
| Figura 49 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 339 |
| Figura 50 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 339 |
| Figura 51 - PDC com os Grupos Experimental e Controle..... | 340 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|------------|
| Tabela 1 - Distribuição de pessoas com estomia intestinal cadastradas nos ambulatórios dos hospitais regionais e no sistema prisional da SES/DF, Brasil, 2016..... | 85 |
| Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária..... | 90 |
| Tabela 3 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária no Distrito Federal..... | 90 |
| Tabela 4 - Estimativas para o ano de 2016 de número de casos novos de câncer colorretal, por Estado*, Brasil..... | 91 |
| Tabela 5 - Distribuição dos participantes dos ambulatórios de estomizados do HRPI e HRS da SES/DF, Brasil, 2016..... | 170 |
| Tabela 6 - Amostra dos grupos experimental e controle segundo as características sócio-demográficas. Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 173 |
| Tabela 7 - Amostra dos grupos experimental e controle segundo as características clínicas, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 174 |
| Tabela 8 - Caracterização segundo causa da confecção da estomia intestinal dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 175 |
| Tabela 9 - Caracterização da avaliação clínica dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 175 |
| Tabela 10 - Perfil do consumo de medicamentos dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 175 |
| Tabela 11 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e com o grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 177 |
| Tabela 12 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Físico (BEF), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 179 |
| Tabela 13 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Psicológico (BEP), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 180 |
| Tabela 14 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Social (BES), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 180 |

| | |
|---|------------|
| Tabela 15 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Espiritual (BEE), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 181 |
| Tabela 16 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 181 |
| Tabela 17 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Físico (BEF), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 184 |
| Tabela 18 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Psicológico (BEP), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 185 |
| Tabela 19 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Social (BES), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 185 |
| Tabela 20 - Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Espiritual (BEE), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 186 |
| Tabela 21 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com estomia intestinal dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Físico, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 187 |
| Tabela 22 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com estomia intestinal dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Psicológico Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 188 |
| Tabela 23 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com estomia intestinal dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Social, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 189 |
| Tabela 24 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com estomia intestinal dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Espiritual, Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 190 |
| Tabela 25 - Caracterização por bioimpedância do grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 192 |
| Tabela 26 - Caracterização da análise bioquímica dos grupos experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 194 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|------------|
| Gráfico 1 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 177 |
| Gráfico 2 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 178 |
| Gráfico 3 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 182 |
| Gráfico 4 - Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do <i>COH-QOL-OQ</i> , de acordo com o grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 182 |
| Gráfico 5 - Caracterização da análise bioquímica (DP) do grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016..... | 194 |

LISTA DE SIGLAS

ABL - Academia Brasileira de Letras

ABRASO - Associação Brasileira de Ostomizados

AC% - Porcentagem de Água Corporal

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AOB - Associação de Estomizados de Brasília

APS - Atenção Primária em Saúde

BEE - Bem-estar Espiritual

BEF - Bem-estar Físico

BEP - Bem-estar Psicológico

BES - Bem-estar Social

CAAE - Certificado de apresentação para apreciação Ética

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCR - Câncer Colorretal

CERPIS - Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

COH-QOL-OQ - Quality of life – Ostomy Questionnaire

COH-NMC - City of Hope National Medical Center

CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials

DALYs - Disability-Adjusted Life Year

DEXA - Absorptometria de raio x de dupla energia

DII - Doenças Inflamatórias Intestinais

DODF - Diário Oficial do Distrito federal

DC - Doença de Crohn

DD - Doença Diverticular

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

FAN - Fator Antinuclear

FC - Frequência cardíaca

FR - Frequência respiratória

GAB/SES - Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde

GC - Gordura Corporal

GEB - Gasto Energético Basal

GM - Gabinete do Ministro

GETRIS - Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas

GT-PDPIS - Grupo de Trabalho Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde

GERPIS - Gerência de Práticas Integrativas em Saúde

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HUB - Hospital Universitário de Brasília

HRPL - Hospital Regional de Planaltina

HRS - Hospital Regional de Sobradinho

IARC - International Agency for Research on Cancer

IMC - Índice de Massa Corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IOA - International Ostomy Association

ITA/DF - Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal

LACLISA - Laboratório de Análises Clínicas e Saúde

LODF- Lei Orgânica do Distrito Federal

MCA - Medicina Complementar/Alternativa

MM - Massa livre de gordura

MS - Ministério da Saúde

MT - Medicina Tradicional

NASF- Núcleo de Atenção a Saúde da Família

NUMENATI -Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração

OAS - Ostomy Adjustment Scale

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão arterial

PAB - Perfuração por Arma Branca

PAF - Perfuração Arma de Fogo

PICs - Práticas Integrativas e Complementares

PIS - Práticas Integrativas em Saúde

PDC - Prática da dança circular

PDPIS - Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde

PCR - Proteína C - Reativa

PNH - Política Nacional de Humanização

PNCQ - Programa Nacional de Controle de Qualidade

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PT - Peso total

PTH - Paratormônio

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

RUI - Retocolite Ulcerativa Inespecífica

SES/DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SOBEST - Associação Brasileira de Estomaterapia

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS-DF - Sistema Único de Saúde do Distrito Federal

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SPSS - Statistical Package of the Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMB - Taxa metabólica basal

TSH - Tireoestimulante Hormônio

T3 TOTAL - Iriodotironina

T4 TOTAL - Ietraiodotironina

UnB - Universidade de Brasília

USI - Unidade de Saúde Integral de Planaltina

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 35 |
| 1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... | 35 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA..... | 40 |
| 1.3 HIPÓTESES..... | 40 |
| 1.4 OBJETIVOS..... | 41 |
| 1.4.1 Objetivo geral..... | 41 |
| 1.4.2 Objetivos específicos..... | 41 |
| 1.4.3 Objetivos exploratórios..... | 42 |
| 1.5 APLICABILIDADE DO CONSORT..... | 42 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 45 |
| 2.1 DANÇA..... | 45 |
| 2.1.1 Origens da dança..... | 45 |
| 2.1.1 Sobre Danças Circulares Sagradas /Danças Circulares..... | 49 |
| 2.1.2 O Simbolismo do Círculo..... | 53 |
| 2.1.3 Arquétipos nas Danças Sagradas..... | 54 |
| 2.1.4 O Repertório das Danças Circulares..... | 55 |
| 2.1.5 Danças Circulares na Saúde..... | 56 |
| 2.2 QUALIDADE DE VIDA..... | 61 |
| 2.2.1 Qualidade de Vida: aspectos conceituais e teóricos..... | 61 |
| 2.2.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)..... | 65 |
| 2.2.3 Qualidade de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal..... | 67 |
| 2.3 ESTOMIA INTESTINAL..... | 71 |
| 2.3.1 Aspectos conceituais e trajetória histórica da estomia intestinal..... | 71 |
| 2.3.2 Colostomia..... | 75 |
| 2.3.3 Aspectos políticos e direitos da atenção à Pessoa com Estomia Intestinal..... | 79 |
| 2.3.4 Cadastro das pessoas com estomia intestinal no Distrito Federal..... | 84 |
| 2.3.5 Causas determinantes na indicação da confecção da estomia intestinal..... | 87 |
| 2.3.5.1 Câncer colorretal..... | 87 |
| 2.3.5.2 Doenças Inflamatórias Intestinais..... | 93 |
| 2.3.5.3 Doença Diverticular..... | 95 |
| 2.3.5.4 Doença de Chagas..... | 99 |
| 2.3.5.5 Síndrome de Fournier..... | 102 |
| 2.3.5.6 Traumas abdômino perineais..... | 104 |
| 2.4 IMPACTO DA ESTOMIA INESTINAL NO BEM ESTAR FISÍCO, BEM-ESTAR PSCICOLÓGICO, BEM-ESTAR SOCIAL E BEM-ESTAR ESPIRITUAL..... | 106 |
| 2.4.1 Bem-estar Físico da Pessoa com Estomia Intestinal..... | 107 |
| 2.4.2 Bem-estar Psicológico da Pessoa com Estomia Intestinal..... | 110 |
| 2.4.3 Bem-estar Social da Pessoa com Estomia Intestinal..... | 115 |
| 2.4.4 Bem-estar Espiritual Pessoa com Estomia Intestinal..... | 120 |
| 2.5 CUIDADO, POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM..... | 124 |
| 2.5.1 Desvelando o processo de cuidado, de políticas e de práticas em saúde e enfermagem..... | 124 |
| 2.5.2 Contextualização do cuidado integrado no contexto dos Sistemas de Saúde | 127 |
| 2.5.3 As concepções das Práticas de Saúde | 127 |
| 2.5.4 Clínica Ampliada e Compartilhada..... | 130 |
| 2.5.5 As concepções das Práticas de Cuidado..... | 132 |
| 2.5.6 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde..... | 134 |
| 2.5.7 A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e o contexto das PIS no SUS/DF..... | 137 |

| | |
|---|------------|
| 2.6 GESTÃO DOS SISTEMAS E DE SERVIÇOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM..... | 140 |
| 2.6.1 Concepções da humanização na Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem..... | 140 |
| 2.6.2 Concepções de saúde e cuidado na Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem..... | 143 |
| 3 MÉTODOS..... | 149 |
| 3.1 DESENHO DO ESTUDO..... | 149 |
| 3.2 RECRUTAMENTO..... | 151 |
| 3.3 PARTICIPANTES..... | 151 |
| 3.3.1 Critérios de elegibilidade..... | 151 |
| 3.3.2 Informações e locais de onde foram coletados os dados..... | 151 |
| 3.3.3 Procedimento..... | 152 |
| 3.4 ETAPAS DO ESTUDO..... | 153 |
| 3.4.1 Instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos..... | 153 |
| 3.4.2 Mensuração da percepção sobre a QV da Pessoa com Estomia Intestinal - Instrumento de avaliação - Questionário <i>COH-QOL-OQ</i> | 154 |
| 3.4.3 Avaliação clínica..... | 155 |
| 3.4.4 Roteiro para coleta de dados qualitativos..... | 156 |
| 3.4.5 Avaliação antropométrica por bioimpedância..... | 160 |
| 3.4.6 Avaliação bioquímica..... | 160 |
| 3.4.7 Prática da dança circular: intervenção..... | 161 |
| 3.5 DESFECHOS..... | 163 |
| 3.5.1 Desfecho primário..... | 163 |
| 3.5.2 Desfechos secundários..... | 163 |
| 3.5.2 Desfechos exploratórios..... | 163 |
| 3.6 TAMANHO DA AMOSTRA..... | 163 |
| 3.7 RANDOMIZAÇÃO: SEQUÊNCIA DE GERAÇÃO..... | 164 |
| 3.8 ALOCAÇÃO, MECANISMO DE OCULTAÇÃO..... | 164 |
| 3.9 IMPLEMENTAÇÃO..... | 164 |
| 3.10 CEGAMENTO..... | 165 |
| 3.11 MÉTODOS ESTATÍSTICOS..... | 165 |
| 4 RESULTADOS..... | 168 |
| 4.1 FLUXO DE PARTICIPANTES..... | 168 |
| 4.2 DADOS DE BASE..... | 170 |
| 4.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos grupos experimental e controle..... | 170 |
| 4.3 NÚMEROS ANALISADOS..... | 176 |

| | |
|---|------------|
| 4.4 DESFECHOS E ESTIMATIVAS..... | 176 |
| 4.4.1 Comparação da qualidade de vida entre o grupo experimental e grupo controle no tempo inicial e final do estudo..... | 176 |
| 4.4.2 Associação do grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial) entre as questões e seus respectivos domínios..... | 178 |
| 4.4.3 Comparação da qualidade de vida entre o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final)..... | 181 |
| 4.4.4 Associação do grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final) entre as questões e seus respectivos domínios..... | 183 |
| 4.4.5 Categorização da percepção da qualidade de vida das pessoas com colostomia nos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual..... | 186 |
| 4.5 ANÁLISES AUXILIARES..... | 191 |
| 4.5.1 Caracterização antropométrica por bioimpedância do grupo experimental (tempo final)..... | 191 |
| 4.5.2 Caracterização da análise de bioquímica do grupo experimental (tempo final)..... | 192 |
| 4.6 DANOS..... | 195 |
| 5. DISCUSSÃO | 197 |
| 5.1 LIMITAÇÕES | 197 |
| 5.2 GENERALIZAÇÃO | 198 |
| 5.3 INTERPRETAÇÃO..... | 198 |
| 5.4 ANÁLISE DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLE..... | 198 |
| 5.5 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE O GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO INICIAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO INICIAL)..... | 205 |
| 5.6 ASSOCIAÇÃO DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO INICIAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO INICIAL) ENTRE AS QUESTÕES E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS..... | 205 |
| 5.7 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE O GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO FINAL)..... | 215 |
| 5.8 ASSOCIAÇÃO DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO FINAL) ENTRE AS QUESTÕES E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS..... | 215 |
| 5.9 ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DOS DIAGRAMAS ESQUEMÁTICOS DOS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLE..... | 224 |
| 5.10 ANÁLISE DA BIOIMPEDÂNCIA DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL)..... | 254 |
| 5.11 ANÁLISE DA AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL)..... | 255 |
| 5.12 OUTRAS INFORMAÇÕES DO ESTUDO..... | 257 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 259 |
| REFERÊNCIA..... | 265 |
| ANEXO A - LISTA DE INFORMAÇÕES CONSORT 2010 PARA INCLUIR NO RELATÓRIO DE UM ESTUDO RANDOMIZADO..... | 305 |
| ANEXO B- APROVAÇÃO DO CEP/FS..... | 309 |
| ANEXO C- APROVAÇÃO DO CEP/FEPECS..... | 310 |
| ANEXO D- APROVAÇÃO DO ReBEC..... | 311 |

| | |
|---|-----|
| ANEXO E- VERSÃO ADAPTADA DO <i>COH-QOL-OQ</i> (VADPT) <i>COH-QOL-OQ</i> – CITY OF HOPE - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA ESTOMIZADOS..... | 312 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..... | 318 |
| APÊNDICE B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ..... | 321 |
| APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO..... | 322 |
| APÊNDICE D - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA..... | 324 |
| APÊNDICE E - ENTREVISTA - QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM COLOSTOMIA..... | 325 |
| APÊNDICE F - FICHA DA BIOIMPEDÂNCIA..... | 326 |
| APÊNDICE G – FOTOS DOS PARTICIPANTES NAS PDCs NO CERPIS, PLANALTINA (BRASÍLIA/DF), BRASIL..... | 327 |



“O ser humano sempre expressou seus sentimentos por meio da dança, onde ele manifesta sua comunhão com o universo.”

(Joakim Antonio)

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

"*Conhece-te a ti mesmo.*"

(*Sócrates*)

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo está inserido na linha de pesquisa em gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, que abarca o planejamento, a organização, o gerenciamento e a avaliação de ações e serviços de saúde e enfermagem, sobretudo compreende também o cuidado, políticas e práticas em saúde e enfermagem. Como temática central, têm-se efeitos da dança circular na qualidade de vida (QV) em pessoas colostomizadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995).

Sob essa perspectiva, trata-se de um conceito subjetivo que implica satisfação pessoal relacionada a vários aspectos, especialmente, àqueles considerados essenciais para a vida da pessoa. A manutenção da integridade física é muito importante para o bem-estar individual e para o entorno social. A ruptura dessa integridade, a exemplo de uma confecção de uma estomia intestinal, pode trazer sérios problemas de ordem física, psicológica, espiritual e social (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; KIMURA, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012).

A confecção de uma estomia intestinal é um procedimento cirúrgico para desvio temporário ou definitivo do efluente colônico, em virtude de diversas situações como doenças inflamatórias intestinais, traumas e neoplasias colorretais (KIMURA *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; BURCH, 2012). Observa-se que o perfil de pessoas com estomia intestinal apresenta um predomínio de fatores causais envolvendo neoplasias colorretais (TORRES *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; BONILL-DE-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012), sendo a técnica cirúrgica comumente empregada a exteriorização de uma porção intestinal, podendo ser o colón ou íleo, denominadas, respectivamente, colostomia e ileostomia (KIMURA, 2013; KIMURA *et al.*, 2009).

Neste sentido, a pessoa com estomia intestinal enfrenta várias perdas que podem ser reais ou simbólicas. A perda do controle da eliminação de fezes e gases, a preocupação com odor, vazamento e desconforto físico, e a perda da condição mandatória para a vida em

sociedade podem ocasionar o isolamento psicológico e social, fio condutor para sentimentos negativos que afetam as relações interpessoais. Além disso, o equipamento coletor passa a representar a parte perdida do corpo, estabelecendo novos hábitos por meio de uma aprendizagem, principalmente, para o autocuidado (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; MAHJOUBI *et al.*, 2012).

Para mais, a estomia intestinal altera o papel da pessoa estomizada na família e na sociedade (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; LENZA *et al.*, 2013; KIMURA, 2013). Após a cirurgia, muitas pessoas com estomia intestinal passam a depender dos cuidados familiares, mesmo que temporariamente, além de vivenciarem as incapacidades impostas socialmente e de se afastarem dos atributos de independência, de eficiência e de produtividade (MARTINS *et al.*, 2015; LENZA *et al.* 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Outrossim, a pessoa com estomia intestinal encontra-se com a imagem corporal distorcida e a autoestima diminuída, provocando em si mesma sentimentos de repugnância em relação à sua nova condição. O significado da alteração no corpo físico e o sofrimento, quanto ao novo estilo de vida, afetam os aspectos físicos e psicológicos, assim como as relações sociais e o meio ambiente, comprometendo sua QV (KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; DABIRIAN, 2011).

Diante deste cenário, a pessoa com estomia intestinal requer cuidados especializados que devem ser mantidos, promovendo a sua independência, e a elevação da QV, quer para si, quer para os seus familiares e os seus cuidadores (MARTINS *et al.*, 2015; LENZA *et al.* 2013; KIMURA *et al.*, 2013). As necessidades de cuidados especializados permitem uma reabilitação, de modo a que seja possível aprender a viver com a sua estomia, prevenindo complicações, promovendo dietas adequadas, acessando a todos os produtos de estomias, suporte emocional em qualquer momento, cuidados efetuados por uma equipe multidisciplinar (KIMURA, 2013; BURCH, 2012).

Fundamentados por essas características intrínsecas à estomia intestinal, múltiplos estudos têm abordado a QV nesta população como temática relevante e atual para o contexto da saúde. Apesar de ser considerada uma percepção complexa, a QV pode ser mensurada. Para isso, foram desenvolvidos instrumentos com os quais se podem investigar o efeito de uma doença sobre a vida do ser humano, que abrangem os aspectos bem-estar físico, psicológico, ambiental e emocional, e contribuem para o planejamento e a avaliação de

possíveis tratamentos. No Brasil, a avaliação da QV de pessoa com estomia intestinal tem sido realizada com o emprego de instrumentos genéricos ou com estudos que utilizam abordagem qualitativa (SOUSA, 2015).

Os instrumentos genéricos abarcam determinados aspectos relacionados à saúde e à QV de indivíduos ou grupos, no entanto, não têm especificidade para detectar a melhora ou a piora do aspecto específico em estudo (GOMBOSKI, 2013). Neste estudo, optou-se por trabalhar com um instrumento específico, com o intuito de mensurar a QV da pessoa com colostomia – o City of Hope (*COH-QOL-OQ*) - Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado – e elegeu-se uma definição bem disseminada e proposta pelo instrumento, na qual a QV é compreendida como um conceito multidimensional, definido por meio do bem-estar e da satisfação com a vida e o quanto a vida é afetada pela doença, acidentes ou tratamento (SOUSA, 2015; KIMURA, 2013).

Os estudos têm sido realizados por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. No que se refere à Enfermagem, observou-se evidências apontando que os sentimentos negativos originados no processo de adoecimento e realização da estomia intestinal podem dificultar o aprendizado do autocuidado e da adaptação à nova condição dos clientes, contudo aqueles que são orientados no período pré-operatório adaptam-se melhor à situação (SOUSA, 2015; SOUSA, 2015; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013). Nesse sentido, a gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem para a pessoa com estomia intestinal e para sua família é imprescindível na sua reabilitação, na autonomia e no exercício de seu papel na sociedade, de forma digna e humana.

Nessa perspectiva, crê-se que ao se dar abertura e atenção a atividades complementares ao modelo tradicional de atenção adotado nos serviços, poderá haver uma contribuição para o ajustamento psíquico e a inserção social da pessoa com estomia intestinal. Uma dessas alternativas é a dança, que tem como objetivo trabalhar o organismo do indivíduo, harmoniosamente, respeitando suas emoções e estado fisiológico. Contribui ainda, para o desenvolvimento de habilidades motoras e autoconhecimento, traz benefícios como: prevenção e combate de situações estressantes; estimulação da oxigenação do cérebro; melhora o funcionamento das glândulas; reforça os músculos e a proteção das articulações; auxilia no aumento do desempenho cognitivo, da memória, da concentração e da atenção; favorece a cooperação, colaboração e contato social; estimula a criatividade, melhora a autoestima e autoimagem, e favorece o resgate cultural (KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; BEHRENDIS; MULLER; DZIOBEK, 2012; SOUZA *et al.*, 2010; AKTAS; OGCE, 2005).

É possível verificar que, historicamente, a dança é uma manifestação inerente às sociedades humanas, pois mesmo antes de expressar-se pela palavra, o homem já se manifestava por padrões rítmicos os seus movimentos. A etimologia da palavra dança expressada em todas as línguas europeias – danza, dance, tanz –, deriva da raiz “tan” que em sânscrito, significa “tensão”. Portanto, dançar é vivenciar e exprimir, com o máximo de intensidade, a relação do homem com a natureza, com a sociedade, com o futuro e com seus deuses (JANYACHAROEN *et al.*, 2013; KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; WOSIEN, 2000).

A modalidade denominada danças circulares é capaz de produzir inúmeros benefícios para seus praticantes. Contribui para melhorar a disposição física e mental, a flexibilidade, a postura, a força e a resistência musculares, a consciência ou esquema corporais, reduzindo tensões e dores, precipitando bem-estar (JÚNIOR *et al.*, 2014; BAPTISTA *et al.*, 2012; KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; SOUZA *et al.*, 2010, WOSIEN, 2002). Atua no campo mental e emocional, já que permite à pessoa trabalhar atenção, memória, cognição, linguagem, bem como se expressar, socializar e minimizar os sentimentos de isolamento e solidão (JÚNIOR *et al.*, 2014; AKTA; OGCE, 2005; WOSIEN, 2000).

Além disso, durante a roda ou círculo, e, na dança circular, é o momento em que se forma na atividade o equilíbrio entre a pessoa e o coletivo, com a experiência de enraizamento e de união, cujos componentes do grupo percebem que não estão sozinhos, pelo contrário, encontram-se amparados e reconhecem a igualdade no centro da roda, visualizando a presença singular e insubstituível de cada componente ali presente. Assim, o estilo de dança é um convite, e ao aceitá-lo pressupõe-se a abertura ao encontro do outro, do múltiplo no mundo, dentro e fora de si mesmo, e com tal abertura, a pessoa permitirá ser tocada, favorecendo um processo de transformação, conforme o grau de interação e entrega (BEHREND; MULLER; DZIOBEK, 2012; FRISSON, 2011; WOSIEN, 2002).

Face ao exposto, embora as políticas públicas sejam elaboradas e implementadas para atender os agravos à saúde de forma geral, as necessidades e especificidades pessoais não podem ser desconsideradas (BERNARDES; ARAÚJO, 2012). O processo de atenção à saúde, ou seja, a política de saúde deve estar comprometida com a possibilidade de assegurar o respeito pelas pessoas e o resgate da dignidade humana, valores tão caros à Bioética (SILVA; GUILHEM; BAMPI, 2012).

Os conflitos morais que emergem da prática cotidiana – como, por exemplo, a atenção ofertada pelo serviço *versus* as expectativas pessoais frente às necessidades vivenciadas – foram alguns dos elementos propulsores para surgimento e consolidação da bioética na

contemporaneidade (DINIZ; GUILHEM, 2008; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Os conflitos aumentaram e se diversificaram em função dos avanços científicos e tecnológicos e da complexidade da atenção à saúde. Houve necessidade de ampliar o leque de atenção para situações tradicionalmente silenciadas, dando visibilidade às pessoas excluídas dos estudos éticos: crianças, mulheres, pobres, deficientes e outros grupos, ou seja, às pessoas vulneráveis (DINIZ; GUILHEM, 2008). A Teoria Crítica de Inspiração Feminista evidenciou que “a mediação dos conflitos morais em contextos de desigualdade social não pode ser solucionada por princípios absolutos” (BERNARDES; ARAÚJO, 2012). Deveriam ser incluídos “mecanismos éticos de intervenção frente a todos os tipos de desigualdade”, adotando-se a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade moral e social (DINIZ; GUILHEM, 2008; GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

Com base no que foi mencionado anteriormente, a oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) por meio do Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF/Brasil) para as pessoas com estomia intestinal torna-se importante no contexto da gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, sobretudo nas políticas públicas, uma vez que o CERPIS executa na Regional de Saúde de Planaltina-DF as propostas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde e da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, que têm interfaces com outras Políticas Nacionais, como as de Promoção de Saúde, de Plantas Medicinais, de Educação Popular em Saúde, de Humanização, de Educação Permanente e de Atenção Básica.

Neste contexto, analisar os efeitos da dança circular na QV de pessoas com colostomia, no que tange ao entendimento das suas representações, nas quais as pessoas com estomia intestinal possuem em relação a sua realidade biopsicossocial, se faz presente, neste estudo, ora proposto. Ademais, como há possibilidade de alterações nos vários domínios no Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual, a avaliação da QV das pessoas colostomizadas pode apresentar-se adequada por ter uma abordagem ampla e por possibilitar a sua avaliação e possíveis modificações.

1.2 JUSTIFICATIVA

O Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual para a pessoa com colostomia estão pautados na reabilitação, tornando-se um desafio para a equipe multidisciplinar. A aproximação desta junto a essa clientela no dia a dia exige uma reflexão sobre os diferentes modos de ser da pessoa com estomia intestinal. Justamente por isso, e pelo fato de que as pessoas com estomia intestinal são vulneráveis, torna-se necessário encontrar estratégias - como é o caso da dança circular, que faz parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) - e verificar os benefícios para melhoria de sua QV.

Verificar o efeito da dança circular sobre a QV de pessoas com colostomia proporcionando uma visão mais ampliada sobre os sentimentos aflorados frente à doença, à confecção da estomia intestinal, às suas sequelas e à reabilitação para os profissionais de saúde, a fim de contribuir com a gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem na apresentação de estratégias de intervenção que possam cooperar para a melhoria da QV e do ajustamento social de pessoas com estomia intestinal. Além disso, contribuir na elaboração e implementação das políticas públicas para as necessidades e especificidades da pessoa com estomia intestinal.

Posto isso, a prática da dança circular (PDC) é capaz de melhorar a QV de pessoas com colostomia?

1.3 HIPÓTESES

Pesquisas discorrem sobre o aspecto psicológico, ressaltando que a dança circular apresenta melhora a autoestima, a motivação e a autodeterminação, fazendo com que pessoas se sintam livres, tranquilas e realizadas (JANYACHAROEN *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2010; AKTA; KOCH; MORLINGHANS; FUCKS, 2007; OGCE, 2005). No aspecto social, a dança revela às pessoas uma forma de diversão, uma maneira de buscar novas amizades, manter as que já existem, um meio de inclusão na sociedade e na sua própria família que é o fator principal para elas (BEHRENDTS; MULLER; DZIOBEK, 2012; SOUZA *et al.*, 2010;).

Pari passu, a *American Dance Therapy Association* relata que os benefícios físicos da terapia de dança, como exercício, estão bem documentados. Estudos têm mostrado que a atividade física é conhecida por aumentar substâncias neurotransmissoras especiais no cérebro (endorfinas), que criam um estado de bem-estar. E o movimento total do corpo, tais como a dança aumenta as funções de outros sistemas do corpo, como circulatório, respiratório, esqueléticas e musculares (KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; AKTAS; OGCE, 2005).

De tal modo, o presente estudo apresenta as possíveis hipóteses:

- H_0 (hipótese nula): A adoção da intervenção integrativa da dança circular por 12 (doze) semanas, bissemanalmente, em pacientes com colostomia não gera alterações perceptíveis sobre aspectos de qualidade de vida mensurados por meio do *COH-QOL-OQ* entre o grupo experimental e o grupo controle.
- H_1 (hipótese alternativa): A adoção da intervenção integrativa da dança circular por 12 (doze) semanas, bissemanalmente, em pacientes com colostomia, gera melhorias significativas perceptíveis sobre aspectos de qualidade de vida mensurados por meio do *COH-QOL-OQ* entre o grupo experimental e o grupo controle.

1.4 OBJETIVOS

Assim, o estudo ora proposto tem como objetivos:

1.4.1 Objetivo geral

Verificar o efeito da dança circular sobre a qualidade de vida de pessoas com colostomia do Programa de Assistência Ambulatorial do Estomizado da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, dos Hospitais Regionais de Sobradinho e Planaltina do instrumento validado *COH-QOL-OQ*.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os domínios Bem-estar físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar social e Bem-estar espiritual na qualidade de vida no grupo experimental e no grupo controle;
- Verificar os escores de qualidade de vida antes e, após a intervenção experimental (dança circular), compará-la com o grupo controle;
- Analisar se a dança circular gera melhorias significativas perceptíveis sobre aspectos de qualidade de vida mensurados por meio do *COH-QOL-OQ* nas pessoas com colostomia;

- Conhecer a percepção sobre qualidade de vida e a interpretação da realidade biopsicossocial de pessoas com colostomia.

1.4.4 Objetivos exploratórios

- Caracterizar o impacto da intervenção no que diz respeito ao perfil antropométrico, obtido por meio de bioimpedância, nas pessoas com colostomia submetidas à PDC;

- Caracterizar o perfil de marcadores bioquímicos e pró-inflamatórios, por meio da coleta de sangue venoso nas pessoas com colostomia submetidas à PDC.

1.5 APLICABILIDADE DO CONSORT

O *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), é específico para o relato de estudos randomizados. Foi publicado pela primeira vez em 1996 e revisado periodicamente. Fornece um conjunto de 25 (vinte e cinco) itens – uma espécie de Checklist – que segue a estrutura do artigo científico original (PEREIRA, 2011). Outrossim, o preenchimento do referido Checklist está descrito no Anexo A. Há ainda a sugestão de compor um diagrama sobre o fluxo dos participantes na investigação e incluí-lo no artigo (PEREIRA, 2011). O qual encontra-se na Figura 24.

Ademais, o CONSORT foi endossado por influentes entidades, dentre as quais, o Grupo Vancouver, a Associação Mundial dos Editores Médicos (*World Association of Medical Editors*) e o Conselho de Editores Científicos (*Council of Science Editors*). Outrossim, o foco do CONSORT é o delineamento tradicional, de comparação de dois grupos paralelos (PEREIRA, 2011).

O relato de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) deve conduzir o leitor, de forma transparente, a tomar amplo conhecimento dos motivos que o levaram a ser feito e de como foi conduzido. Por exemplo, a ausência da descrição adequada da metodologia de randomização pode se associar a uma tendenciosidade (bias) na avaliação da eficácia das intervenções. Para avaliar as limitações e o poder de um ECR, os leitores precisam conhecer a qualidade da metodologia empregada em que, apesar do avanço científico de forma geral, ainda apresenta falhas de esclarecimento. As falhas no relato dificultam ou tornam impossível a interpretação adequada de um ECR e, além disso, contribuem para decisões possivelmente não éticas na prática clínica, quando os resultados decorrentes de uma tendenciosidade recebem uma credibilidade desmerecida (DAINESI; ALIGIERI, 2005).

Em suma, as recomendações do CONSORT destinam-se a aperfeiçoar o relato de qualquer ECR, levando o leitor a compreender melhor a sua condução e, conseqüentemente, validade e aplicabilidade de suas conclusões (DAINESI; ALIGIERI, 2005). De mais a mais, essa tese atende na íntegra as recomendações do CONSORT.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende".

(Leonardo da Vinci)

A revisão de literatura é um componente relevante para o incremento de uma pesquisa, pois subvenciona a análise dos dados, sobretudo edifica um diálogo constante entre os resultados obtidos, a teoria e os saberes advindos da prática profissional.

Objetivanto a apresentação de conceitos teóricos importantes para a compreensão da presente obra, foi realizado um levantamento bibliográfico que permitisse a facilitação da incorporação de conceitos chave, conforme elencados: Dança, Qualidade de Vida, Estomia Intestinal, Impacto da Estomia no Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual, Cuidado, Políticas e Práticas em Enfermagem e Gestão dos Sistemas e de Serviço em Saúde e Enfermagem.

2.1 DANÇA

2.1.1 Origens da dança

A dança nasceu junto com o próprio universo, a partir da observação instintiva de que o ritmo era o elemento fundamental que domina o universo cósmico. Todo o Cosmo se encontra em eterno movimento. Galáxias, estrelas, planetas e satélites constituem, desde o princípio infinito de sua existência, uma grande criação rítmica movendo-se por meio do espaço: planetas circundando seus sois; satélites circulando em torno de seus planetas; nosso próprio planeta girando em torno de seu eixo. O desenho deste movimento eterno repete-se em cada átomo da matéria, e produz a sucessão também rítmica do dia e da noite, das marés, das fases da lua, das estações do ano. Neste Cosmo em perpétuo movimento, a vida segue um ciclo rítmico de nascimento, crescimento e morte que se mantém, graças ao ritmo dos batimentos cardíacos e aos outros reflexos automáticos do organismo humano (RODRIGUES, 2013).

Nenhuma iniciação antiga é feita sem dança. Dois mil anos antes de Cristo, os sacerdotes de Osíris, que se dedicavam ao estudo da astronomia, já interpretavam seus conhecimentos por meio das danças. Nelas, um altar colocado no centro do templo simbolizava o sol. Dançarinos giravam em torno, no sentido da evolução dos corpos celestes,

com uma rotação calculada que evocava o espaço etéreo, como se estivesse flutuando junto aos planetas e estes lhes desvendassem sua misteriosa vida (RODRIGUES, 2013).

Os homens primitivos desenvolveram danças rituais para cada evento de sua vida; com elas expressavam suas alegrias e tristezas, seus temores; curavam doenças relatavam seu contato e o controle da terra; programavam a colheita e saudavam as chuvas (RODRIGUES, 2013). Ademais, segundo Costa (2013) o homem primitivo dançava em todas as ocasiões: nos momentos de alegria, sofrimento, amor, medo; dançava ao amanhecer; na morte e no nascimento. Sinônimo de vida em seus aspectos essenciais, a dança era uma ação espontânea, parte integrada do seu dia.

Ainda, segundo Bonetti (2013), o homem primitivo dançava para preparar a terra no equinócio vernal: para o plantio, no dia primeiro de maio; para que as sementes germinadas dessem bons frutos no solstício de verão. Celebrava a colheita e a distribuição dos alimentos no equinócio de outono; dançava para que os mortos fossem conduzidos para *Samhaim*, o outro plano. E, mesmo no inverno mais rigoroso, durante o solstício de inverno, *Saturnália*, o homem dançava para se aquecer e lembrar que nada é permanente, e que o sol logo voltaria a brilhar, iniciando um novo ciclo de vida.

Outrossim, desde os tempos antigos, a consciência coletiva nos pede para prestarmos atenção nas leis naturais da existência e no seu ritmo cíclico. O homem primeiro observa os movimentos dos astros e estrelas no céu, analisa seus efeitos e reflete sobre as relações entre eles. Com sua ilimitada sabedoria, esses filósofos da natureza e abnegados mestres da humanidade criaram uma filosofia embasada nestes conhecimentos, para ajudar o homem a compreender sua essência e as diferentes formas da experiência humana, explicando a verdadeira relação do homem com o universo e sua dança cósmica sagrada (BONETTI, 2013).

Na vida das antigas culturas altamente desenvolvidas e dos povos naturais, a dança atuou profunda e amplamente em sua existência. O que restou disto para a região Europeia se cindiu em divertimentos sociais, dança como apresentação em sua forma artisticamente mais elevada, o balé e as danças de roda populares mantidas mais ou menos vivas. Nas danças, por exemplo, da Grécia, a sua origem cültica é nitidamente sensível (WOSIEN, 2000).

Assim, Wosien (2000) relata que “não se trata somente de um caminho do encontrar-se-a-si-mesmo, mais também, do encontrar-a-comunidade. O passo do individual para o grupo encontra, aqui, a sua expressão mais intensa”. Como o conhecimento da época era limitado e poucos eram os recursos disponíveis, sobre os efeitos do movimento que os astros exerciam

sobre as pessoas e diferenciaram dez diferentes qualidades de vida. Cada uma dessas qualidades era um caminho que retratava, em essência, o teor da vida de uma pessoa, independentemente do seu estilo particular de vida. O amor foi escolhido como o verdadeiro caminho – o caminho do centro da vida (BONETTI, 2013).

Primitivamente, a dança constituía um meio de expressão própria para os homens - era sua comunicação. Por meio de movimentos corporais livres, ele expressava ritmicamente seus sentimentos, comunicando - se com seu semelhante, criou, assim, formas de pensar, sentir e agir no espaço e no tempo. A dança, enquanto linguagem, nasceu da espontaneidade expressiva dos gestos (JÚNIOR *et al.*, 2014; BONETTI, 2013).

O homem dançou para expressar seus sentimentos mais profundos, enraizados em todas as suas experiências vitais. Dançava o seu cotidiano buscando o contato com o que eles sentiam que havia sido separado dele – Deus. A sua dança expressava as emoções vividas na busca da transcendência, por meio dos temas do Amor, da Morte, das Guerras, de Deus, dentre outros (BONETTI, 2013).

Diante do exposto, torna-se importante descrever acerca do conceito e tipologia da dança, assim sendo, a dança é a expressão representativa de diversos aspectos da vida do homem. Pode ser considerada uma linguagem social que permite a transmissão de sentimentos, emoções e afetividade vivida nas esferas da religiosidade, da saúde, da guerra, e de todos os momentos importantes da existência (BONETTI, 2013).

Como manifestação espontânea do ser humano, a dança pode ser individual ou coletiva. Quando expressa a imaginação, as emoções básicas, os fenômenos da natureza ou ações objetivas em geral, podem ser chamadas figurativas e, quando representa configurações simbólicas do inconsciente, diz-se abstrata (BONETTI, 2013).

Pari passu, dançar é celebrar, ou seja, é a demonstração dos sentimentos quando as palavras são insuficientes. É a manifestação do instinto de vida que busca encontrar o êxtase da unidade primava. É a união, o encontro entre o corpo e alma, criador e criação, uma volta ao Ser Uno de onde tudo emana (BONETTI, 2013, RAMOS, 2002). Para mais, Roger Garaudy (1980) considera que a dança não era apenas expressão e celebração da continuidade orgânica entre o homem e a natureza. Era também realização da comunidade viva dos homens, pois, desde a origem das sociedades, foi por meio da dança e do canto que o homem se afirmou como membro de uma sociedade que o transcende. Trata-se, portanto, de uma história comum a todas as grandes civilizações, pois, mesmo nas mais remotas organizações sociais, a dança sempre esteve presente. Como todas as artes, está condicionada pelo tempo,

pelas ideias e aspirações, pelas necessidades e esperanças de uma situação histórica particular. A Figura 1 apresenta a dança de celebração e alegria.

Figura 1: Dança de Celebração e Alegria



Fonte: Wosien, 2000, p.94

Ainda, Roger Garaudy (1980) discorre que Tan é a raiz da palavra dança em vários idiomas. Em sânscrito significa tensão, “Dançar é vivenciar e exprimir, com o máximo de intensidade, a relação do homem com a natureza, com a sociedade, com o futuro e com seus deuses. Dançar é participar do movimento cósmico e do domínio sobre ele”.

Nesta perspectiva, dançar é uma forma de integrar o corpo, movimento, expressão, pensamento e sentimento. É um instrumento facilitador do potencial criativo, da auto percepção, da comunicação, das transformações do indivíduo e de suas relações com tudo o que o envolve.

Segundo Costa (2013), a dança como fonte de conhecimento, coloca-nos em contato com uma linguagem completa e complexa, proveniente da única propriedade verdadeira e inseparável de que o homem dispõe para manifestar sua essência, sua cultura e sua história: o corpo. Assim, a dança é a única arte que não depende de nenhum elemento intermediário para concretizar-se: o ser humano dançante é ao mesmo tempo criador e criação. Além disso, é uma atividade que, por intermédio do corpo em movimento, inspira e motiva o homem, desde tempos imemoriais, a expressar seus sentimentos mais nobres e mais profundos, a organizar-

se como membro de uma sociedade, e a compreender as transformações do mundo, da realidade e de seu próprio ser.

E, de acordo com Maria Gabriele Wosien (1996), a dança, como todas as artes, é fruto da necessidade de expressão do homem. É parte de sua natureza, tão antiga quanto ele, ou até mesmo anterior à sua existência.

A dança é a forma artística mais antiga, pois, mesmo antes de expressar sua experiência de vida por meio dos materiais, o homem o fez com o próprio corpo, Wosien (2000) afirma que a dança era o modo mais natural do homem harmonizar-se com os poderes cósmicos. O movimento rítmico seria a chave para a compreensão das leis que governavam as manifestações desses poderes sendo, portanto um meio de estar em contato com a fonte da vida.

De mais a mais, a dança é a linguagem figurativa mais imediata que fluiu do hábito do movimento. Ela é tida, enfim como o primeiro testemunho de comunicação criativa. Nos povos que ainda atribuem um sentido ao invisível, a dança é, ainda hoje, pedido e oração. Nela, o homem consegue exteriorizar todos os atos primevos da alma, desde o medo até a entrega libertadora. Mas um número de povos que consegue se elevar, a partir de seus medos primitivos, ao verdadeiro encantamento e à loucura, no êxtase da dança, é cada vez menor (JÚNIOR *et al.*, 2014; WOSIEN, 2000).

2.1.1 Sobre Danças Circulares Sagradas /Danças Circulares

Inicialmente as Danças Circulares Sagradas e/ou Danças Circulares, iniciaram com Bernhard Wosien (1908- 1986) – bailarino alemão, coreógrafo e professor de danças – que se interessou em pesquisá-las, a partir de 1952, a Figura 2 ilustra Bernhard Wosien. As danças foram por ele denominadas “Sagradas” porque expressam conseqüentemente, nos fazem experimentar a sabedoria da alma dos povos e as qualidades espirituais que são considerados conteúdos primordiais da nossa própria alma. Em 1976, Wosien visitou a comunidade Findhorn, na Escócia e, a pedido de Peter Caddy, momento em que um dos fundadores da comunidade, ensinou pela primeira vez uma coletânea de Danças Folclóricas para seus moradores. Bernhard Wosien já tinha passado dos 60 (sessenta) anos e, há algum tempo, andava procurando uma forma corporal mais orgânica de expressar seus sentimentos. Frequentando grupos de Danças Folclóricas, percebeu que ali estava o que procurava, vivenciou a alegria, a amizade e o amor (JÚNIOR *et al.*, 2014; JONES, 2013).

Figura 2 - Bernhard Wosien durante um seminário



Fonte: Wosien, 2000, p.71

A comunidade de Findhorn existia há mais ou menos 15 anos quando Wosien ensinou as danças pela primeira vez, em 1976. Foi um sucesso absoluto, Wosien teve inspiração divina de trazer às Danças Folclóricas o poder do círculo. Adaptou-as à formação circular, conectando as pessoas na roda se, por um acaso, já não tivessem esse costume por tradição (JÚNIOR *et al.*, 2014; JONES, 2013).

Findhorn é uma fundação, em forma de vilarejo, localizada nas proximidades do mar do Norte, com um extenso programa de cursos voltados para o desenvolvimento humano. A história de Findhorn é belíssima, quase surreal. Ali vivem pessoas de todos os continentes, reunidas em uma experiência ímpar de amorosa convivência e de interesse comum pelo estabelecimento de valores mais humanos na vida pessoal e coletiva (JONES, 2013).

Em Findhorn, a Dança Sagrada traduz, em gesto e movimento, as ideias que conduzem a vida do lugar. Em forma de roda, linha ou espiral, a dança adquire um poder indescritível para aproximar os homens: a roda da dança, em Findhorn, demonstra que independentemente de raça, credo, sexo ou idade, somos todos partícipes de uma mesma condição humana e pelo fato de ser realizada em conjunto, a experiência torna-se ainda mais intensa (JONES, 2013).

De 1976 para os dias de hoje, centenas de Danças foram incorporadas ao conjunto do que passou a se chamar “Danças Circulares Sagradas”, ou somente, “Danças Circulares”. Como diz Céline Lorthiois, “Bernhard Wosien foi o pai das Danças Sagradas e a Comunidade

de Findhorn, a mãe”. De Findhorn, as Danças Circulares Sagradas se espalharam pela Europa, e recentemente, pelo mundo todo (JÚNIOR *et al.*, 2014; JONES, 2013).

Para esta tese, foi utilizado, sempre que possível, o uso da terminologia “danças circulares”, em razão ao seu emprego estar mais comumente presente no meio científico e acadêmico.

Vale ressaltar, que como a maioria das Danças Circulares originaram-se de pequenos povoados ou aldeias, encontramos instrumentos característicos, típico de cada região, tais como violinos, acordeão (acorde do coração), bajpipe (gaita de fole), tamburitza, flauta e tambores (RODRIGUES, 2013).

As Danças Circulares sobreviviam por longo tempo e, aos poucos, foram perdendo sua função ritual. No século XVIII, deixaram as igrejas, nas quais acompanhavam os ritos religiosos, e invadiram os salões europeus. Hoje as encontramos nas danças folclóricas da Europa Oriental e de Israel, nas Danças indígenas e nas brincadeiras de roda infantis (RODRIGUES, 2013). Neste sentido, as Danças Circulares representam uma retomada de antigas formas de expressão de diferentes povos e culturas, acrescidas de novas criações, coreografias, ritmos e significações próprias do homem inserido na realidade atual. Uma vez que a maioria dessas danças está ligada à história dos povos, trazem, na sua essência, a qualidade de estimular a socialização e de resgatar o caráter participativo, incluindo todos os indivíduos, sem distinção ou hierarquia (COSTA, 2013). As Figuras 3 e 4 exibem as Danças de roda da Macedônia na Grécia.

Figura 3 - Dança de roda da Macedônia, Grécia.



Fonte: Wosien, 2000, p.99

Figura 4 - Dança de roda da Macedônia, Grécia.



Fonte: Wosien, 2000, p.98

Os diversos ritmos e passos experimentados possibilitam uma ampliação no repertório de movimento de cada participante. Compartilhando-os com o grupo, cria-se uma linguagem particular que se estabelece com a dança e que vai sendo decifrada e assimilada por cada indivíduo à sua maneira. Ao dançar em roda, o indivíduo coloca-se em contato com seu corpo em movimento, com o seu ser em expressão e com o grupo, estabelecendo e transformando suas relações sociais. É um instrumento para a ampliação da consciência individual e grupal (COSTA, 2013). Além do mais, Stewart (2000) afirma que o movimento foi a primeira linguagem do homem, e ainda é nossa grande linguagem quando queremos expressar algo além das palavras, algo além da razão. Acrescenta, ainda, que com as danças circulares podemos simplesmente expressar o que sente o corpo ritmicamente.

O grande potencial formativo e informativo das Danças Circulares representa uma ferramenta muito eficaz nas aulas de Educação Física, levando transcrição do ato simples de movimentar-se, e dando ao movimento um significado maior e mais profundo. Com a dança, o movimento passa a complementar um processo muito mais amplo, cujo objetivo principal é resgatar a consciência da comunhão de cada indivíduo com o todo, que é representado pelo círculo (SAMPAIO, 2013).

Desenvolvendo no indivíduo a percepção de sua individualidade, de suas características e diferenças em relação aos outros, a dança consegue, de maneira simples e direta, preservar a identidade pessoal dentro da coletividade. E, com a individualidade garantida, em comum – unidade com os outros, conduz também à percepção mais clara do

meio em que o indivíduo vive, conscientizando-o da sua importância enquanto parte deste meio (SAMPAIO, 2013).

Deste ponto de vista, visualizam-se três níveis de cooperação nas Danças Circulares:

- a cooperação consigo mesmo;
- a cooperação com o outro;
- a cooperação com o meio.

Estes três universos de relações cooperativas representam um processo que desenvolve, no indivíduo, a capacidade de interagir em harmonia nestes níveis, convivendo em unidade dentro da diversidade.

2.1.2 O Simbolismo do Círculo

A formação circular presente nessas danças expressa um significado importante, pois o círculo – como um dos símbolos mais poderosos e uma das grandes imagens primordiais da humanidade – representa a totalidade completa, quer no tempo, quer no espaço (COSTA, 2013).

Segundo Joseph Campbell (1990), o aspecto espacial é definido, na medida em que “tudo dentro do círculo é uma coisa só, circundada e limitada”, enquanto o aspecto temporal diz respeito ao fato de que “você parte, vai a algum lugar e sempre retorna”.

São infinitas as imagens circulares encontradas em todo o mundo. Ainda de acordo com Costa (2013), esses símbolos continuam tão vivos hoje quanto sempre estiveram, e têm seu lugar não só na arte e na religião, mas também nos processos da psique individual, manifestados em sonhos e fantasias. Para o autor, enquanto o homem existir, a perfeição continuará a manifestar-se “como o círculo, a esfera e o redondo”, expressões do estado perfeito em que os opostos estão unidos.

De acordo com Wosien (2004) o círculo é uma forma geométrica sagrada que espelha a natureza e o cosmos em sua unidade, e o seu centro é o “símbolo da força da criação divina, que flui incansavelmente para o aqui e agora”. Para Wosien (2004, p.12,14), a linguagem da dança utiliza símbolos:

Que reproduzem o divino, principalmente o círculo, que está relacionado com o centro, por meio da roda de raios ou mandala, por meio da cruz como árvore do mundo, por meio do semi-círculo como símbolo da lua e por meio das diferentes formas de meandros. O dançarino, por meio das formas geométricas, que se interligam e relacionam, por meio gestos do seu corpo, constrói na dança sagrada uma ordem que corresponde à ordem do cosmos, sendo que seu corpo é o cosmos minimizado [...].

Com o direcionamento para o centro e andando ao redor do círculo, o dançarino procura sempre tornar presente o centro do círculo como contrapartida divina. Do ponto de vista religioso, a dança circular é a tentativa de realizar na terra o espetáculo do movimento celestial.

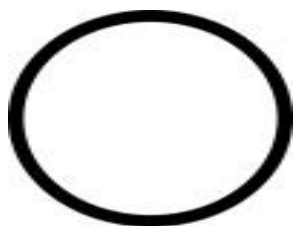
Em suas obras, Jung (1990) refere-se às “mandalas”- palavra sânscrita que significa círculo como símbolo do “si mesmo”, a totalidade da personalidade. Para ele, a meta do desenvolvimento psíquico é o “si mesmo”, e a aproximação em direção a ela não é linear, mas circular. Apresentada desta forma, a mandala simboliza também a individuação, pois tornar-se a expressão do caminho que conduz ao centro.

Em uma estrutura circular, todos os pontos giram em torno de um centro e estão a mesma distância dele, fato que confere a esse símbolo qualidades de igualdade e unidade. Da mesma forma, dançar em círculo nivela todos os indivíduos, eliminando a hierarquia e permitindo que por meio do olhar, todos se reconheçam como participantes igualmente valiosos nessa configuração (JÚNIOR *et al.*, 2014; COSTA, 2013).

2.1.3 Arquétipos nas Danças Sagradas

Os verdadeiros símbolos, os símbolos de poder, são aqueles que, quando contemplados, nos remetem às grandes verdades, às leis universais, pois guardam em si uma energia própria, capaz de nos fazer evocar a memória da evolução, os chamados Arquivos Acásicos, o inconsciente coletivo (BERNI, 2013).

Temos, assim, nas rodas de danças circulares, os seguintes símbolos arquétipos¹:



O círculo: o centro

Assim como dissemos no começo de nossa apresentação, a maior lei que podemos admitir é a da conexão das coisas, a da unidade do universo. E o símbolo arquétípico encontrado pelo homem para representá-la foi o CÍRCULO, que é reproduzido na dança por meio de todas as mãos dadas na roda.

¹ Esses símbolos arquétipos são considerados representações.

A espiral: o movimento



Outra grande lei representada é a do próprio movimento, do devir, da mutação, simbolizada pelo andar em círculo. Cada tradição tem um jeito preferencial de fazer o círculo rodar. Às vezes, numa dança, a roda vai só para um lado; às vezes segue para um lado, e volta. De maneira geral, o movimento simboliza o movimento do tempo, que nos dá a sensação de passado, presente, futuro, mas que, no fundo, são um “continuum” inseparável.

Outra forma de vivenciarmos esse arquetípico nas danças do tipo “**Labirinto**” é o movimento em espiral, que nos lembra de que o movimento, a mutação não é simplesmente cíclica, mas sim evolutiva, como uma espiral tridimensional.

O Círculo como um ponto: o fogo



É comum, nas danças de Findhorn, que o focalizador estabeleça um centro. O centro do círculo é a manifestação. É a criação.

Neste centro pode haver uma vela. Esta vela tem a função psicológica de ser catalisador da atenção, ao mesmo tempo em que simboliza a luz da consciência, a luz menor que está dentro do homem, a sabedoria que está envolvida na busca da harmonização com os ritmos cósmicos, pois: “assim como é em cima é embaixo”.

2.1.4 O Repertório das Danças Circulares

As Danças Circulares Sagradas englobam em seu movimento as chamadas Danças Étnicas. A palavra étnica significa: “relativa, pertencente ou peculiar a uma raça ou nação”. Portanto, as danças étnicas remontam à cultura de um determinado povo, simbolizando sua expressão musical e corporal (RAMOS, 2013).

Em 1976, Bernhard Wosien, depois, de pesquisar o folclore dos povos mais próximos de seu país natal, entrou em contato com a fundação Findhorn, na Escócia, onde um grande grupo de pessoas já estava vivendo em regime de comunidade há 15 anos, sob novos conceitos espirituais canalizados por seus fundadores. Wosien achou que ali seria o lugar ideal para levar sua primeira coletânea de músicas e danças folclóricas, adaptadas para o movimento circular. O sucesso foi instantâneo e a Fundação Findhorn pode se considerada o ponto inicial dessa nova maneira de trabalhar as danças folclóricas (RAMOS, 2013).

Portanto, as Danças Circulares utilizam, principalmente, as músicas do folclore dos povos, dançadas na maioria das vezes com passos originais, isto é, aqueles que foram e continuam sendo usados pelo povo da região em que surgiram. Geralmente, as músicas coreografadas recentemente são regionais e não fazem parte do repertório de danças folclóricas. Atualmente, existem músicas clássicas de Bach ou Vivaldi, por exemplo, coreografadas para um propósito específico, direcionando as pessoas na roda da Dança a compartilharem uma mesma atitude, que unifica a linha de pensamentos (RAMOS, 2013).

2.1.5 Danças Circulares na Saúde

Para produção de saúde efetiva, há necessariamente a ampliação dos contextos de saúde no qual os diferentes seguimentos de suporte social, emocional e educacional se confluem para esta prática (BRASIL, 2009). Estas proposições no campo da saúde se aproximam da construção científica transdisciplinar, pois visa agregar saberes favorecendo de forma integrativa para compreensão abrangente da realidade em seus diferentes níveis, interagindo ao mesmo tempo sujeito, objeto e o sagrado.

Segundo Berni (2013, p.7):

“(...) Abordagens científicas como a Transdisciplinaridade e a Visão Integral vêm trazendo de forma consistente uma revisão dos paradigmas sobre os quais se fundamenta a visão contemporânea, ou pós-moderna de realidade possibilitando novas formas de compressão do humano que contemplam a ciência e a transcendência simultaneamente, e, portanto nos remetendo a possibilidades transdisciplinares, transpessoais e integrais de compreensão da vida e do homem. Tais compreensões têm se mostrado altamente integrativas e capazes de conciliar saberes de modo que os seres humanos possam rever suas perspectivas de vida e vislumbrar um futuro pessoal e coletivo com sustentabilidade” (BERNI, 2009, p.7).

Para Berni (2013), estudos evidenciam que a necessidade de mudança do pensamento moderno que foram levando o homem à separação do corpo e da mente, e o predomínio da racionalidade em detrimento da intuição e da sensibilidade, reforçada pela visão científica cartesiana, levou-nos também ao distanciamento do homem e da natureza.

Outrossim, as Danças Circulares se enquadram no novo contexto de saúde, no incentivo ao emprego de novas práticas, ou seja, novas formas de tratamento, complementares às técnicas do homem tradicionais, e que trabalha pela busca de harmonização dos ritmos e conexões energética. Em 2009, as práticas das Danças Circulares promoveram uma compreensão da realidade de forma mais integrativa de maneira que uma vida com qualidade corresponde, a uma ação de autoconhecimento que viabilize a sustentabilidade. Este autoconhecimento é desejável ao se utilizar os referenciais mentais, emocionais, corporais e espirituais, para vivenciar o presente e construir um futuro sustentável (BERNI, 2013).

A formulação em 04/04/2006 da PNPIC, consolidada dentro do contexto nacional e recomendada pela OMS, por meio de práticas anteriormente denominadas alternativas, constitui estratégias potentes para fortalecimento de um novo paradigma: o da harmonização, do qual abrange os aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais concomitantemente (BRASIL, 2006).

Barros (2006, p.850) manifesta:

“(...) A Política, de caráter nacional, recomenda a implantação e implementação de ações e serviços no SUS, com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso.”

A Portaria geral n°. 971/2006 da PNPIC do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na cartilha de Atitude de Ampliação de Acesso, ressalta que estudos têm evidenciado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde, colaborando assim para o aumento do exercício da cidadania. Os benefícios foram demonstrados na melhora na formação de vínculos, na ampliação da percepção dos problemas e no empoderamento das redes pessoais e da possibilidade de resolução de situações adversas junto à comunidade (BERNI, 2009; BRASIL, 2006).

Estas práticas integrativas e complementares, como homeopatia, ioga, acupuntura, Danças Circulares, medicina antroposófica, movimento vital expressivo, Lian Gong, entre outras, objetivam aumentar a resolutividade das práticas do SUS, incentivar o controle e participação social e intervir por meio dos diferentes níveis de realidade e em especial a promoção de saúde. Desta maneira, as distintas abordagens configuram-se como prioritárias para o Ministério da Saúde, tornando opções preventivas e terapêuticas do SUS (BERNI, 2009).

As Danças Circulares, dentro deste novo paradigma, podem ser aplicadas em diferentes contextos de saúde e podem ser utilizadas como oficinas de Centros de

Convivência, em grupos abertos, Unidades Básicas de Saúde, como estratégia do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, abrangentes do público do território em questão, ou delimitado pelos profissionais de saúde, quando utilizada em cunho estritamente terapêutico, para um público específico (BERNI, 2013).

Na cidade de São Paulo, as práticas corporais começaram a ser fortemente utilizadas em 2001 nos serviços de saúde, influenciadas pelas práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (Lian Gong em Terapias, Tai Chi Pai Lin, meditação, Lien Ch'i, Xian Gong, Tai Ji Qui Gong) e atualmente as práticas integrativas e complementares em saúde vão além, incluindo caminhada, alongamento, relaxamento, Danças Circulares, shantala, entre outras. A Secretaria Municipal de Saúde criou estratégias e vem investindo em capacitações de profissionais. Desta maneira, as formas de mobilização corporal e comunitária, adaptadas às necessidades e realidades de cada polo de atuação, atingem em média 70% de equipamentos municipais de saúde (MORETTIL *et al.*, 2009).

Em Campinas/SP, em 2001 ocorreu a criação do Projeto Corpo em Movimento, idealizado pelo Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS) com objetivo de trabalhar prevenção, diagnósticos e tratamento dos transtornos musculoesqueléticos no SUS, para garantir maior empoderamento dos usuários em seu tratamento. Atualmente este projeto transformou-se em um programa da Secretaria Municipal de Saúde, coordenado pela área de assistência do Departamento de Saúde, especificamente na área da Saúde Integrativa, sob a responsabilidade do médico Dr. William Hypólito Ferreira (BERNI, 2013).

As Danças Circulares são ofertadas em algumas Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Convivência, compondo a grade municipal na relação de atividades saudáveis e práticas integrativas, grupos educativos, vivências e terapêuticas do Programa Saúde e Movimento. Em 2008 e 2009 ocorreram cursos introdutórios de capacitação sobre esta temática aos funcionários da saúde, distribuídos equilibradamente entre os distritos de saúde do município para disseminação desta prática. O curso foi ministrado por profissionais defensores destas novas práticas na cidade de Campinas e funcionários da Prefeitura Municipal de Campinas, como psicóloga Maria da Glória Coelho, que iniciou as práticas integrativas a mais de dez anos em uma Unidade Básica de Saúde, como o Sistema Rio Aberto e Dança Circulares Sagradas. Atualmente, estas atividades são desenvolvidas no Distrito de Barão Geraldo (BERNI, 2013).

Entre os anos de 1989 a 1991, a terapeuta ocupacional Eliane Dias de Castro (1992) utilizou a dança (sem a denominação circular), como recurso terapêutico por meio de grupo aberto em um CAPS, para pessoas com transtorno psíquico, e constatou que a dança e a expressão corporal constituem-se como um recurso de autoconhecimento e expressão para pessoas que buscam auxílio psiquiátrico, assim como os instrumentaliza para a própria vida. Em seus estudos de avaliação processual notou melhoras nos aspectos físicos como: alterações na postura, movimentação, respiração, cor, temperatura. Nos aspectos psíquicos destaca a possibilidade de expressão de sentimentos, ideias, sensações, percepções e das próprias emoções. Já nos aspectos sociais, observou trocas entre o grupo, vinculação entre as pessoas e aproximação de si mesmo (BERNI, 2013).

A dança é um dos meios mais destacados da pedagogia criativa e possibilita alto valor terapêutico, pois a dança, segundo Wosien (2000), educa o homem como um todo. Para ele há uma interdependência e conexão entre as funções do movimento e as funções psicofísicas. Ela exige adaptação e integração, cria equilíbrio, dá asas à fantasia, relaxa e solta, e oferece um plano a partir do qual se pode acessar a multiplicidade da educação (Wosien, 2000, p. 64-5).

Maria Gabrielle Wosien (2013) completa que, nas danças de roda, a liberdade e a ligação se equilibram e ocorre, segundo a autora, uma correção contínua do balanço interno e externo. A dança também oferece ferramenta de integração com os pares – o encontrar-se de si e o encontrar-da-comunidade, ou seja, no prazer na convivência conjunta. E, segundo Wosien, está no rol da formação humana.

Vale ressaltar que as Danças Circulares são consideradas um conteúdo social está intimamente agregado com a saúde integral, pois estudos internacionais e nacionais apontam que a qualidade percebida de suporte de relacionamentos tem evidenciado contribuições na saúde e no bem-estar dos indivíduos. Assim, pessoas que se sentem apoiadas enfrentam melhor as condições de doenças, estresse e outras dificuldades relacionadas com experiência de vida. Neste sentido, a qualidade de relacionamentos tem efeitos psicológicos, afetando, por exemplo, os níveis de depressão e qualidade de vida percebida, e efeitos físicos, associados com frequência de doenças, mortalidade e funcionamento fisiológico (ANTONUCCI, 2001).

Segundo Berni (2013), as Danças Circulares contribuem enquanto instrumento de ampliação de consciência individual e grupal, sendo um canal de desenvolvimento humano pessoal e da interação grupal. Outro aspecto, refere-se aos conteúdos neurotransmissores, pois segundo médico psiquiatra Paulo Toledo Machado Filho, do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, as danças em círculo levam a um ritmo diferente daqueles estabelecidos pelos

comportamentos ansiosos, pois a dança circular, segundo o médico, relaxa, alterando os neurotransmissores do estresse. Para mais, há também por meio desta prática, a liberação de neurohormônios, como a endorfina, ligados à sensação de bem-estar, que são liberados pelo fator de prazer (BERNI, 2013).

Agregando outro aspecto bastante requisitado, seria o que a fisioterapeuta Beth Gervitz descreve que as Danças Circulares possuem como aspecto neuromotor, uma vez que, ao dançar, desenvolve-se bastante a bilateralidade, controle motor dos lados esquerdo e direito do corpo sob o movimento de forma não habitual. Para ela o movimento em roda leva ao dançante fazer o contrário de quem está a sua frente, ou espelho do outro. A fisioterapeuta acrescenta ainda que a contagem rítmica das diferentes culturas expressas nas coreografias, também favorece ao aprendizado de movimentos corporais que eram pouco utilizadas e na medida em que os passos se repetem essas novas informações são assimiladas gradativamente. Esta assimilação é importante para inclusão de diferentes pessoas, que sabem ou que nunca tiveram experiência de danças, possibilitando a inclusão de todos na roda (BERNI, 2013).

Outro aspecto importante seria que as Danças Circulares convidam as pessoas a estarem inteiramente na situação, sendo esta conexão entendida como uma forma de meditação ativa, ou uma oração em movimento (BERNI, 2013).

Neste sentido, para Wosien (2000, p. 26) a dança é simplesmente vida intensificada e há:

(...) No jogo rigidamente regulamentado, do qual ele desenvolve forças mágicas, na livre manifestação de sentimentos, pendulado entre êxtase, movimento e calma, entre visão e meditação, o homem que dança liberto pela vontade, sente o hálito da respiração universal (...). A dança se comunica do ponto onde a respiração, a representação, a imagem e a vivência onírica afloram e se tornam criativas, desprendidas do plano da realidade prosaica e dos grilhões terrestres.

A terapeuta ocupacional focalizadora de Danças Circulares e pesquisadora Ana Lúcia Borges da Costa foi pioneira ao empregar a técnica das danças em 1995 em uma disciplina para alunos do terceiro ano do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na qual objetivava ampliação do conhecimento de métodos e técnicas do aluno e do desenvolvimento de análise de suas possibilidades terapêuticas, por meio de vivências de expressão por meio da música, da dança e do teatro. Os resultados de seu trabalho apontam que além das danças contribuírem com a reflexões de emoções e sentimentos, também favorece um instrumento de formação grupal por meio da universalização da comunicação por meio do movimento (COSTA, 2013).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

2.2.1 Qualidade de Vida: aspectos conceituais e teóricos

O conceito de felicidade, no seu sentido amplo, é discutido desde Aristóteles, que acreditava que a felicidade plena ou “eudemonia” é caracterizada pela presença tanto de elementos objetivos quanto subjetivos. Nessa visão filosófica, o cerne da felicidade era dependente do nível de adaptação e assimilação do senso de adaptação que permite a integração social e psicológica do indivíduo, permitindo a otimização das potencialidades intelectuais e emocionais (KIMURA, 2013; SANTOS 2005; KIMURA, 2005).

Do ponto de vista da etimologicamente, a expressão QV revela que *qualidade* constitui o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa, em relação a capacidade de atender a requisitos, sejam esses de característica implícita ou explícita.; já o termo *vida* representa o estado completo da atividade funcional da pessoa, tendo em conta o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer ou de sofrimento e o seu estilo geral de vida (KIMURA, 2013; CANAVARRO; SERRA, 2010).

O termo QV foi, basicamente, debatido entre sociólogos, filósofos e políticos; primeiramente, foi citado na obra de Pigou, de 1920, relativa à economia e bem-estar social, sob o foco do suporte governamental às classes sociais menos favorecidas e as repercussões na vida desses, tal como ao orçamento do Estado; contudo, o termo não se estabeleceu nesse momento (ARAÚJO, 2014).

A popularização do termo, em especial no ocidente, tem base no evento histórico onde o Presidente Estadunidense Lyndon Johnson, em 1964, afirmou que os objetivos de uma nação não poderia ser medidos sem considerar a QV proporcionada ao cidadão”. Entretanto, o conceito de qualidade, bem como o de QV, é dinâmico, e sob influência da década de 1970 e a participação social almejando a busca do desaprisionamento do consumo e a busca de liberdades e direitos de viver mais democraticamente, o conceito de QV seguiu um desenrolar diferente daquele mencionado pelo Presidente Estadunidense (GOMBOSKI, 2010).

Tal influência teve importante contribuição do período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, onde o conceito de QV estava inteiramente associado a variáveis econômicas capitalistas, levando-se em consideração a obtenção de bens materiais para mensurar o nível de QV das pessoas, gerando a linha mestra de adotar como marcador de desenvolvimento econômico e de sucesso, a posse de bens. Lentamente, por meio da própria dinâmica populacional, ficou claro que as posses não podem ser convertidas em felicidade *per se*, sendo então incluído, aos poucos, outros aspectos sociais, como educação, saúde e lazer; estando

inclusive intimamente ligado ao movimento da promoção de saúde, iniciado em 1974, no Canadá (MELO *et al.*, 2015).

Tal levantamento não é recente, haja visto que a QV teve a sua primeira fundamentação em 1978 na Conferência de Alma-Ata da OMS, demorando ainda aproximadamente 12 (doze) anos para, na década de 1990, ser considerada como fator de considerável importância nas políticas públicas de saúde e o cidadão passa a ser o centro dessas avaliações (WHO, 1978). Para a OMS (1995), a QV é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Diante desta conjuntura, a QV pode ser caracterizada como um conceito amplo e abrangente, significativamente moldado por aspectos culturais e dinâmicos, influenciado por uma pletera de variáveis, tanto pelo estado de saúde da pessoa física, quanto pelos os aspectos físicos, sociais, espirituais e meio ambiente (KIMURA *et al.*, 2014; MAHJOUBI *et al.*, 2012). Não obstante, a QV é um construto de difícil definição pétreia, sendo que a magnitude de sua importância vem elevando-se, evoluindo e acompanhando, por certo, a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças (KIMURA, 2013; CANAVARRO; SERRA, 2010).

Nesta perspectiva, não pode-se deixar de considerar que o conceito de QV é dependente da percepção de autoestima e ao bem-estar pessoal, considerando uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive, e sobretudo, a interação entre tais domínios da vida (GOMBOSKI, 2010).

Ser capaz de quantificar e apreciar a QV, extrapolando seus dados para o campo da saúde, torna-se uma tarefa tão árdua quanto essencial, ainda que absolutamente hercúlea dada a multiplicidade de variáveis que elucubram sobre a sua significação, desde a sua criação “individual do sujeito até aos contextos históricos, culturais, sociais, científicos e filosóficos que se ressignificam, evidenciando-se a variedade de contextos da experiência humana” (KIMURA, 2013).

O conceito de QV vem sofrendo ampliações em seu conceito, de forma a tornar sua definição mais ampla, tendo sido inclusive crescentemente incorporado como importante aspecto para a sociedade. Tal informação tem sido utilizadas tanto para processo de vendas

mediadas por anúncios publicitários quanto para a caracterização de medidas capazes de reverter a redução da QV em pacientes. As fragilidades aos quais os pacientes estão expostos, somados ao crescente avanço tecnológico e a consequente desumanização ds práticas de cuidado, tornam a discussão ainda mais importante (MELO *et al.*, 2015).

Ainda que de forma geral, o conceito de QV tem sido ampliado em termos de conhecimento popular, é importante mencionar que tal complexidade em sua plenitude ainda não tem sido abordada nas políticas de saúde, objetivando atualmente a composição de práticas de saúde no *stricto sensu*. Essa visão patocêntrica, que apesar de ter o compromisso de alterar o estado patológico do indivíduo, pouco faz para compreender a amplitude e complexidade do “estar feliz”, demandando a instauração de práticas de visão holística e humanizada, que permitam a ampliação simultânea e a individualização das práticas que objetivem a elevação da QV da população (MINAYO, 2000). Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de construir um conceito mais dinâmico de saúde e nesse contexto o conceito de QV se torna essencial, levando em consideração que se trata de um conceito que só é possível de ser avaliado pelo próprio (MELO *et al.*, 2015).

Em relação à QV, é importante ressaltar algumas premissas para a sua compreensão, as quais são:

- Subjetividade - a percepção do indivíduo, ou seja, a perspectiva do indivíduo que realmente conta, sendo um conceito intrínseco em que o próprio sujeito participa da sua definição (SEIDL; ZANNON, 2004);
- Multidimensionalidade - o indivíduo passa a ser visto como um ser multidimensional em que vários aspectos vão estar envolvidos na sua relação consigo mesmo e com o mundo, influenciando para a sua qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004);
- Bipolaridade - consiste no reconhecimento de características que devem estar presentes e ausentes para que a qualidade de vida seja considerada satisfatória (FLECK, 2008);
- Mutabilidade - leva em consideração que a avaliação da qualidade de vida pode variar de acordo com o tempo, o local e o contexto cultural no qual está inserido (PASCHOAL, 2001).

Apresentadas tais premissas, é latente a percepção de que a QV presume uma quebra de paradigmas, englobando elementos complexos e difíceis de serem avaliados quantitativamente. Complementarmente, tais elementos podem contribuir com a construção de uma clínica ampliada e com o conceito de saúde biopsicossocial, onde são ressaltados os

aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, que são essenciais nos processos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, excedendo a visão focada na patologia e tornando o processo do cuidar mais complexo em atendimento as demandas objetivas e subjetivas do indivíduo (SEIDL; ZANNON, 2004).

Fica assim evidenciada a noção interdisciplinar do conceito de QV, devendo conciliar os saberes de diversas áreas do conhecimento no intuito de compreender o indivíduo na sua complexidade e em suas particularidades (SEIDL; ZANNON, 2004), sendo interessante avaliar todos os aspectos envolvidos na qualidade de vida e, conseqüentemente, com a saúde dos sujeitos. Adicionalmente, a QV é considerada objetiva e quantificável, demandando para isso a utilização de instrumentos específicos que tem como objetivo arquitetar uma ótica geral da realidade, a ideia de bens de consumo concretos a que determinado grupo tem acesso. Conquanto, os pormenores, as particularidades da representação simbólica dada pelo indivíduo, no contexto cultural e político, são de fato impossíveis de captar, ainda que exijam uma observação mais pormenorizada da “felicidade” (ARAÚJO, 2014).

Como manifesta Minayo *et al.*, (2000, p. 8):

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Baseado no momento em que as pessoas compreendem que viver é mais do que o simples fato de existir, que a satisfação com a vida é uma construção pessoal e social, elas se tornam capazes de referir, identificar e procurar o que é mais salutar para o bem viver, para a sua qualidade de vida (ARAÚJO, 2014).

Na conjuntura da oncologia, a QV é determinada como a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua incapacidade e à satisfação com seu estado atual de funcionamento, cometendo com que a pessoa pondere se está bem ou não, comparativamente ao que entende como possível ou ideal (KIMURA *et al.*, 2009). A mensuração da QV vem se empregando nas doenças consideradas crônicas. A OMS considera que a QV deve ser medida em cinco grupos: os pacientes crônicos, os familiares dos pacientes com doenças crônicas, profissionais que orientam os pacientes com doenças crônicas, pessoas com dificuldade de comunicação e crianças (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A QV surgiu como um instrumento de impacto na avaliação de doenças crônicas, intervenções terapêuticas e indicadores de morbimortalidade. Em relação às doenças crônicas se apartam por sua importância na busca de estratégias para se diminuir a prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão absolutamente agregados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida (SOUZA, 2015; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O interesse das pesquisas que envolvem a QV tem focado diversos aspectos da condição, como no Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual. Assim, proporcionar saúde implica evitar doenças, prolongar a vida e melhorar a QV.

Com o avanço terapêutico e tecnológico, a sobrevida das pessoas, especialmente, com doenças crônicas não transmissíveis, alargou consideravelmente. Esse aspecto, cada vez mais contemporâneo, excita a apropriação de definições e ações que promovam, quantifiquem e viabilizem a melhoria da qualidade de vida da população. As doenças crônicas não transmissíveis afetam negativamente a qualidade de vida e ocasionam impactos econômicos negativos para as famílias, os indivíduos e a sociedade em geral. Assim, as referidas doenças são responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil (SOUZA, 2015; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Vale aqui destacar, que a disseminação de tais conceitos tem se realizado de forma positiva, conforme pode ser corroborada pela penetrância da utilização de instrumentos para avaliação da QV em uma variedade de investigações no campo da medicina, entre as quais a descrição da natureza e extensão dos problemas funcionais e psicossociais enfrentados por pacientes em vários estágios da doença (SALLES; BECKER; FARIA, 2014).

Nesta perspectiva, constata-se que para se ter QV é fundamental que as pessoas se sintam satisfeitas em vários aspectos, nomeadamente, naqueles que são ponderados essenciais em sua vida. A manutenção da integridade do ser humano é muito relevante para que o indivíduo se sinta bem consigo e com os outros. Qualquer evento que promova o rompimento dessa integridade, a exemplo de uma cirurgia de estomia intestinal, pode trazer sérios problemas de ordem física, psicológica e social (COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; GRANT *et al.*, 2013).

2.2.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

O acréscimo global intervém nos múltiplos contextos de uma sociedade: o pensamento, a expressão artística, a política, as agendas do Governo, o estilo de vida, a organização social, como também as modificações do perfil de morbimortalidade.

Recentemente, relaciona-se com doenças e agravos à saúde próprios desse momento, de tal maneira as nações desenvolvidas como as em desenvolvimento. Sobrepueram não somente as tecnologias, mas, ainda, as estatísticas das doenças crônico-degenerativas. Na contemporaneidade, vive-se mais, e essa sobrevida tem relação com a QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

No contexto da saúde, o tema QV ganhou evidência ao ser empregado como ferramenta para avaliar os resultados dos tratamentos dispensados, o que provocou o aparecimento de um novo conceito, que é o de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). De acordo com Erling, a QVRS, é “a percepção da saúde e do tratamento de acordo pelo ponto de vista do paciente”, e se constitui em instrumento para avaliar a qualidade, a efetividade e a eficiência dos cuidados prestados de acordo com o impacto ocorrido (PAULA; SAWADA, 2015).

Sobretudo, o conceito QVRS se diferencia do conceito geral de QV por enfatizar diretamente o estado de saúde percebido, tendo como foco a dualidade saúde/doença, o impacto dos sintomas no cotidiano do indivíduo, aspectos psicológicos, sociais, familiares, laborais e econômicos (REZENDE, 2015). Destarte, a QVRS consiste, então, a implicação do processo saúde-doença que abarca o tratamento dos agravos à função orgânica e à sobrevivência, sendo esse um processo que simula o bem-estar psicológico, social e econômico, bem como a integridade biológica das pessoas (ARAÚJO, 2014).

De acordo com Paschoal (2001), durante décadas, a ponderação que se fez da QV estava pautada com a doença e as intervenções terapêuticas, sendo o acompanhamento médico direcionado para o diagnóstico e tratamento e os resultados avaliados de acordo com indicadores objetivos: morbidade e mortalidade. Nas últimas décadas, houve modificação no desenho de se avaliar QVRS; há uma convergência em analisar aspectos subjetivos de QV entendidos pelo indivíduo.

Nesta perspectiva, a QVRS, em uma percepção externa ao indivíduo, é alcançada como resultado da procura pela promoção da saúde pelos múltiplos atores sociais, em razão de determinadas condições passíveis de mensuração – sobrevida após agravos à saúde, longevidade, envolvimento com atividades físicas e satisfação com o trabalho. Os índices expostos se explanam em ações modificadoras da realidade vigente; programas são criados ou desfeitos; ações são implementadas; financiamentos são acordados; parcerias são desfeitas (ARAÚJO, 2014).

Assim, os indicadores de QVRS são determinantes, mas sua presença não avalia a existência de percepção e sensação de qualidade de vida pela pessoa. Não se pode negligenciá-los, mas, ao ajuizar na QV de formato pontual, há o risco de descuidar-se de outros aspectos que intervêm sua identificação e percepção (ARAÚJO, 2014).

O desenvolvimento histórico e tecnológico das sociedades instituem tanto benfeitorias quanto malefícios. Na saúde, as benfeitorias são sentidos pelos recursos tecnológicos, cada vez mais competentes para diagnóstico e tratamento. De tal maneira, os equipamentos quanto ao acesso aos recursos farmacêuticos, imunológicos e de conhecimento científico especializado favorecem, e muito, a sobrevivência humana em situações de agravos complexos. Já os malefícios são percebidos pelo acréscimo da violência social, urbana, aumento dos comprometimentos crônico-degenerativos e suas sequelas, provocando a cada dia um desafio em se viver com qualidade (MIGLIORINI; NEW; TONGE, 2010).

Sobretudo, muitas vezes, dissipam-se notícias responsabilizando unicamente a pessoa por sua saúde e QV, exonerando os governantes de ações ou omissões políticas. Saúde e QV estão intimamente agregados às ações e interações do ser individual, coletivo e político de um grupo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUEZ, 2012). Admitindo com Minayo *et al.* (2000), QV pode ser abarcada como resultante híbrida das condições mentais, sociais, culturais e com acréscimo da construção política. A QVRS focaliza-se na aptidão de viver sem doenças ou a capacidade de sobrepujamento dos agravos à saúde. Assim, o profissional de saúde atua de maneira intervencionista, no sentido de cooperar com a pessoa para o confronto e manejo de originada situação. Neste sentido, o paradigma de QVRS como prevenção de doenças e promoção de saúde é imprescindível.

2.2.3 Qualidade de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal

A QV adota parâmetros diversos em sua concepção, levando em consideração a miríade de facetas que moldam a percepção da QV, englobando desde o estado presente do indivíduo, dependendo da sua condição social, psicológica, física e espiritual. A QV para as pessoas com estomia intestinal considera a busca pelos níveis máximos de bem-estar e de autonomia, bem como a capacidade de retorno às atividades pessoais, sociais e laborativas. Tais aspectos podem tão somente ser mensurados e avaliados pela própria pessoa com estomia intestinal comparando-a com a percepção prévia a estomia. A reabilitação é o alvo principal da equipe multidisciplinar de saúde que o assiste, tomando como objetivo a reinserção das pessoas com estomia intestinal novamente na sociedade, além de ajudar a

identificar e superar as barreiras que impedem sua adaptação (SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2009; BARBUTTI *et al.*, 2008).

O estigma envolvido com a estomia intestinal é indelével, notadamente pela auto percepção de ser diferente da “normalidade”, ao perceber que não detém as características e atributos considerados padrão na sociedade, tal percepção leva a considerável redução a QV (KIMURA *et al.*, 2013; FORTES, MONTEIRO; KIMURA, 2012). Sobretudo, sentimentos de ansiedade, regressão, tristeza e medo são percebidos em diferentes graus e a percepção de ser impossível o retorno a vida normal, mesmo sabendo que a estomia intestinal foi realizada com o objetivo de preservar sua saúde (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; DABIRIAN *et al.*, 2011).

Face ao exposto, o impacto dessa experiência, ou seja, da confecção de uma estomia intestinal afeta não somente a pessoa, mas toda a sua família e amigos mais significativos. Percebe-se que para as pessoas com estomia intestinal, há um impacto significativo sobre o desempenho social, as relações pessoais, em virtude do peso das alterações no corpo físico e sofrimento, em especial pela presença dos equipamentos coletores, que consolidam a visão de alteração da imagem corporal e baixa autoestima, implicando em uma postura de distanciamento e isolamento social, comprometendo a QV (COCA *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; DABIRIAN *et al.*, 2011; VIOLIN; SALES, 2010).

Entre as alterações mais prevalentes, observa-se frequentemente a perda da autonomia e alterações nas atividades diárias (KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; DABIRIAN *et al.*, 2011; SHABBI; BRITTON, 2010). Em especial, os complicadores de ordem sexual enfrentados em razão das modificações na imagem corporal tem sede no início do procedimento cirúrgico que potencialmente podem causar algumas disfunções fisiológicas. Adicionalmente, no sexo masculino, a confecção de estomia intestinal é aspecto negativo no campo profissional. No sexo feminino, a correlação da estomia com a impossibilidade de ter filhos toma o cenário negativo (KIMURA, 2013; RAMIREZ *et al.*, 2009).

Objetivando a minimização das adversidades enfrentadas pelas pessoas com estomia intestinal, é imprescindível a confecção de um plano assistencial de longo prazo, desde o período pré-operatório – buscando capacitar a pessoa para estar informada quanto ao procedimento, e oferecendo o apoio em momento tão crítico, contribuindo para a minimização da ansiedade e a redução das possibilidades de complicações. Tal abordagem demanda a atuação simultânea no oferecimento de informação bem como na preparação

psicológica da pessoa para as alterações que ocorrerão em sua vida cotidiana, em função da sua nova condição (COCA *et al.*, 2015; KIMURA, 2013; GRANT *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; SHABBIR; BRITTON, 2010).

Tais evidências apontam para a importância de cuidados especializados em relação à pessoa com estomia intestinal, tendo como objetivo a promoção de sua independência, a melhoria de sua QV, quer para si, quer para os seus familiares e os seus cuidadores. Tais práticas permitem uma reabilitação, de modo que seja possível aprender a viver com a sua estomia intestinal, prevenindo complicações, promovendo dietas adequadas, acessam a todos os produtos de estomias, suporte emocional em qualquer momento, cuidados efetuados por uma equipe multidisciplinar (KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; BURCH, 2012; KIM *et al.*, 2012).

Como manifestam Kimura *et al.* (2013, p. 217):

Diante dessas circunstâncias expostas, a pessoa com estomia intestinal, encontra-se com a imagem corporal e autoestima diminuídas, e com anseios de rejeição. O significado da alteração no corpo físico e o sofrimento quanto ao novo estilo de vida afetam os aspectos físico e psicológico, assim como as relações sociais e o meio ambiente, comprometendo a qualidade de vida do estomizado.

Assim, a avaliação da QV da pessoa com estomia intestinal com o uso de um instrumento específico para essa clientela é de extrema importância, porquanto, possuir uma estomia intestinal é uma conjuntura que acarreta variáveis consequências, que contrafaçam, de maneira direta, a estrutura psicoemocional do paciente e ocasiona mudanças consideráveis na forma de viver. Destarte, os instrumentos que avaliam a QV admitem evidenciar alterações comprovadas estatisticamente e o significado clínico delas (SOUZA, 2015). Sobretudo, os instrumentos genéricos são multidimensionais e podem ser atestados em diversos contextos, sem que seja necessário explicitar a patologia, já que avaliam questões de saúde de forma geral. A generalização provê ferramentas para a percepção dos recursos disponíveis para a satisfação e o bem-estar do indivíduo, no que concerne aos múltiplos domínios de sua vida (SOUZA, 2015; KIMURA, 2013).

De tal modo, esse padrão de avaliação geral é endereçado a pessoas saudáveis da população, sem restrição a agravos específicos. Logo, os específicos são restritos aos aspectos de determinada enfermidade e população própria (SOUZA, 2015). Por conseguinte, a QV é contemplada como uma concepção unicamente humana, podendo ser mensurada por meio do grau de satisfação agregado às condições familiar, amorosa, social e ambiental das pessoas (GOMBOSKI, 2010).

Diante do exposto, os primeiros instrumentos específicos para avaliar a QV de pessoas com estomia intestinal emergiram nos anos 80, como o *Quality of Life Index de Padilla e Grant* que, apesar de ter sido precariamente empregado, pode ser estimado o primeiro instrumento específico de que se tem conhecimento (WINNIE, 2001). O Olbrisch publicou o *Ostomy Adjustment Scale* (OAS), em 1983, igualmente pouco empregado, conquanto alguns autores o apreciem um instrumento para avaliar a adaptação à doença e ao estilo de vida, e não, o construto de QV (GOMBOSKI, 2010).

Assim, o instrumento específico para avaliar a QV de pessoas com estomia intestinal que proporcionou o maior número de publicações foi *The City of Hope Quality of Life: Ostomy Questionnaire (COH-QOL)*, publicado por Grant *et al.* (2004). A pesquisa ratificou suas básicas propriedades de medida - validade de construto, validade discriminante e confiabilidade. (KROUSE *et al.*, 2009). Por suas características, nesta tese, elegeu-se a utilização do *COH-QOL* para avaliar a QV da pessoa com colostomia. O referido instrumento foi validado no Brasil em 2010 e passou a ser denominado de *City of Hope – Questionário de Qualidade de Vida para Estomizado* (GOMBOSKI, 2010).

Nesta perspectiva, o conceito de QV está agregado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abarca uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (GOMBOSKI, 2010).

O cenário descrito configura-se como um desafio para a equipe multidisciplinar, em especial para a enfermagem, haja vista que as consequências e as possíveis mutilações têm implicações nos processos de reabilitação e de readaptação, tal como acontece na pessoa com estomia intestinal. Tal visão, demanda que se trabalhe em qualquer fase da doença, em qualquer domínio, oferecendo nas adversidades um ato de perfeito equilíbrio, de forma delicada, numa interação positiva, resultando no alcance na melhoria da QV da pessoa com estomia intestinal (KIMURA, 2013).

Dentro do exposto, pode-se caracterizar a importância do mapeamento da QV de pessoas com estomia intestinal e a necessidade de desenvolver medidas promotoras em saúde a serem adotadas diante dessa problemática. Abarcando a multiplicidade de alterações decorrentes da confecção da estomia e a percepção de que as medidas de QV são essenciais para avaliação do impacto que o tratamento causa na vida destas pessoas..

2.3 ESTOMIA INTESTINAL

2.3.1 Aspectos conceituais e trajetória histórica da estomia intestinal

O uso dos conceitos “estomia” ou “ostomia” foi investigado em 2004, pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), tendo em vista o uso corrente da palavra “ostomia” no meio assistencial e científico. Em consulta à Academia Brasileira de Letras (ABL), obteve o esclarecimento de que os termos “estoma” e “estomia” provêm do grego *stóma*. Quando iniciam palavra, são feitas com “e” inicial (estoma), não “o” (ostoma). Desde então, a SOBEST passou a adotar e difundir no universo científico a palavra “estomia”, ao passo que a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) permaneceu utilizando o termo “ostomia”, em razão ao uso frequente e historicamente familiarizado entre pacientes, sobretudo sua visibilidade, na indicação para políticas públicas (CREPALDE, 2016; ALBUQUERQUE, 2015). Para esta tese e sem desconsiderar a justificativa da ABRASO, adotou-se, sempre que possível, o uso da terminologia “estomia” e “estomizado (a)s”, em razão ao seu emprego estar mais comumente presente no meio científico e acadêmico.

Os registros históricos de estomias podem ser observados desde os tempos da Bíblia, o livro de Juízes (3, pp.16- 22), na qual as estomias eram realizadas em casos de traumatismos abdominais. Black (1995) refere que os israelitas, antes da era cristã, já conheciam o problema das lesões abdominais e as consequências do derrame da sujidade (REIS, 2015).

A construção de uma estomia é a cirurgia mais antiga realizada sobre o aparelho digestivo, a sua origem perde-se na história, que se estende desde 350 anos a.C., onde as primeiras operações abdominais descritas por Aurelianus Caelus, devido a várias situações de traumas, hérnias encarceradas, determinaram a realização desta cirurgia, sem ser planeada, com a intenção de proporcionar uma oportunidade de sobrevivência às pessoas (REIS, 2015; SANTOS, 2005). Bechara e seus colaboradores (2005) consideram ainda que as restrições culturais atreladas à idade média e a inviolabilidade do corpo humano impediram significativamente o avanço de tais técnicas, havendo o rompimento da visão da necromancia para o modelo de estudo da anatomia por necropsia, retomado na renascença, permitindo o reestudo dos aspectos anatomicos envolvidos na potencialidade da técnicas cirúrgicas para estomia. Tal período culmina com a constatação por parte de Paracelsus, no século XVI, quanto a possibilidade de confecção de um “ânus artificial”, que considerava uma intervenção em intestino traumatizado. Alex Littré, considerado o “pai da colostomia”, realizou uma

autópsia de um recém-nascido com malformação retal e, diante disto, descobriu que poderia exteriorizar as alças intestinais à parede abdominal.

Contudo, os efetivos registros históricos da realização de estomias, remontam ao século XVIII, mais precisamente a 1707, realizada pelo cirurgião Lorenz Heister, na Flandres (Bélgica), devido a traumas abdominais relacionados com feridas de guerra. Este cirurgião utiliza a técnica de fixar o intestino traumatizado à parede abdominal, exteriorizando-o, de modo a não penetrar para a cavidade peritoneal. Quando o intestino traumatizado estava cicatrizado, verificou que as fezes não eram eliminadas pelo ânus, mas sim pela ferida abdominal ou estoma. A primeira estomia planejada foi uma cecostomia realizada por Pilore, em 1779, em França, a um vendedor, com obstrução total secundária a um carcinoma do reto, em que a ingestão de laxantes e quase um quilograma de mercúrio não conseguiram evitar a obstrução. O procedimento cirúrgico demonstrou alguma taxa de sucesso, ainda que tenha havido o falecimento do paciente com 12 dias do procedimento, em virtude de uma alça do intestino cheia de mercúrio ter gangrenado (REIS, 2015). Segundo Kimura *et al.* (2009), Bechara *et al.* (2005), em 1793, Duret médico francês – docente de Cirurgia no Hospital Militar da Marinha de Brest teria realizado uma derivação fecal ilíaca esquerda em um recém-nascido de três dias com ânus imperfurado e que sobreviveu até a idade de 45 anos, ainda que com uma técnica experimental e pioneira que gerou como complicação, tão somente um prolapso.

Apesar dos avanços observados, o desenvolvimento da estomia como ferramenta terapêutica importante ocorreu a partir dos anos 50, com o desenvolvimento de novos conhecimentos na área da cirurgia, sendo esta época considerada um marco importante a «era moderna das ostomias», pelo aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e desenvolvimento dos aparelhos, equipamentos e material de sutura mecânica, bem como pela utilização de dispositivos. No final do século XIX, os cirurgiões, Mayo em 1904 e Miles em 1908, realizaram pela primeira vez a técnica cirúrgica da amputação abomino-perineal, resultando uma colostomia definitiva (CASCAIS *et al.*, 2007). Vale ressaltar, que a primeira terapêutica agregada ao câncer CCR derivou na criação de uma colostomia realizada em 1883 por Vincent Czerny. A colostomia em alça com bastão foi introduzida por Madyl em 1883, enquanto a colostomia com duas bocas foi apresentada por Block em 1892. Em 1904 e 1908, respectivamente, Mayo e Miles apresentaram a amputação abdominal-perineal com a criação de uma colostomia definitiva (KIMURA *et al.*, 2009; CASCAIS *et al.*, 2007).

Seguidamente, Kimura (2013) e Santos (2005) salientam que a bolsa foi melhorada por um estudante de química ileostomizado chamado Koenig, ficando conhecida em 1940 como Bolsa de Strauss Koenig Rutzen. As bolsas foram, praticamente, as melhores opções de equipamentos para as pessoas com estomia intestinal. Ainda na década de 1930, foi editada a primeira publicação referente aos cuidados com as pessoas com estomia intestinal por Dubois, no *American Journal of Nursing*, no qual a estomia foi reconhecida como deficiência e, também são descritos aspectos relacionados à alimentação, à localização do estoma, aos procedimentos cirúrgicos e para o cuidado.

Na década de 1950, houve um grande desenvolvimento na área das estomias, tanto em relação aos equipamentos quanto em relação às técnicas cirúrgicas, destacando-se as propostas cirúrgicas de versão total da mucosa ileal propostas por Rupert Turnbull, em Cleveland e por Brooke em Londres, utilizadas até a presente data. Outra forte característica desse período foi o considerável aumento das publicações na área médica que descreviam as técnicas cirúrgicas e os cuidados para a promoção do autocuidado após a alta hospitalar (KIMURA, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005).

Com a preocupação de repassar informações personalizadas para a promoção do autocuidado das pessoas com estomia intestinal, Rupert Turnbull convidou Norma Gill, uma paciente ileostomizada em decorrência de uma retocolite ulcerativa, para auxiliá-lo nesse trabalho de divulgação. Norma Gill, além de conviver com sua estomia, conviveu com a colostomia de sua avó, em decorrência de um câncer no reto. Em 1958, Norma Gill foi contratada por Rupert Turnbull para ser técnica em estomia no Cleveland Clinic Foundation, surgindo oficialmente a Estomaterapia. Com isso, Norma Gill foi considerada a primeira estomaterapeuta e Rupert Turnbull o “pai da estomaterapia” (KIMURA, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005).

Em 1968, ainda por sugestão de Turnbull e tendo à frente Norma Gill, constituiu-se a primeira organização de estomaterapeutas por meio da American Association of Enterostomal Therapists que em 1970 passou a chamar-se North American Association of Enterostomal Therapists e em 1971, International Association for Enterostomal Therapy, atualmente Wound, Ostomy and Continence Nursing Society (KIMURA, 2013; MONTEIRO, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005).

Quanto à existência de políticas públicas voltadas para essa população de pessoas com estomia intestinal, verifica-se que ao longo dos anos, as pessoas com estomia intestinal têm lutado em prol de seus direitos. Em 1975, foi fundada a International Ostomy Association (IOA),

que estabeleceu a Declaração dos Direitos dos Estomizados, cujo objetivo é manter uma qualidade de vida satisfatória após a cirurgia (MONTEIRO, 2013).

Com o avanço das técnicas e a familiarização do procedimento, percebeu-se a efetiva necessidade de expandir a estomia de ferramenta terapêutica para um cenário mais complexo, incluindo a necessidade de um profissional qualificado e responsável pelo cuidado do paciente com estomia intestinal, sendo que em 1980, o World Council of Enterostomal Therapists reconheceu a especialidade de Estomaterapia para o enfermeiro. No Brasil, o primeiro curso da especialidade ocorreu em 1990, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Constituiu-se como instituição oficial da estomaterapia, estomia, feridas e incontinências, a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), criada em 4 de dezembro de 1992 e reformulada em 1997 (KIMURA, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005).

O estatuto da SOBEST, oficializado em maio de 1993, define Enfermagem em Estomaterapia como uma área especializada da prática de enfermagem voltada para o cuidado dos indivíduos portadores de estomas, feridas drenantes, fístulas, incontinências esfinterianas (anal e urinária) e trauma tissular atual ou potencial, desde a fase pré-operatória, quando indicado, até o período pós-operatório imediato, mediato e tardio ou ambulatorial, tendo por objetivo a efetividade do processo de reabilitação (KIMURA, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005).

A primeira enfermeira estomaterapeuta do Brasil foi Gelse Zerbeto, embora os primeiros estomaterapeutas tivessem sido alguns médicos do Rio de Janeiro, que receberam o treinamento da Norma Gil. Uma das enfermeiras, que se formou em outro país, foi a Prof.^a Dra. Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos², e a primeira enfermeira estomaterapeuta do Distrito Federal foi Ana Lúcia da Silva³.

Em relação, a primeira instituição brasileira representativa dos colostomizados foi fundada em 1975 na cidade de Fortaleza no Ceará, denominada Clube dos Ostomizados do Brasil. A Sociedade Brasileira dos Ostomizados foi criada dez anos após, seguindo as bases filosóficas da IOA, e que posteriormente em 1986 passou a denominar-se Associação

² Considerada uma das pioneiras em estomaterapia e responsável pela criação do primeiro curso de especialização no Brasil, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sendo este o único curso existente no país, até 1998 (CREPALDE, 2016).

³ Idealizou há 20 (vinte) anos o projeto de extensão voltado aos cuidados das pessoas com estomia intestinal no Hospital Universitário de Brasília (HUB), e realizou o primeiro curso de especialização na modalidade em Educação à Distância do Brasil e capacitando enfermeiros para os serviços de saúde do DF, atuando nos ambulatórios da SES/DF e coordenando a SOBEST/DF.

Brasileira dos Ostomizados⁴ (ABRASO) no Rio de Janeiro (KIMURA, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2005; BECHARA *et al.*, 2005).

2.3.2 Colostomia

A nomenclatura dos procedimentos envolvendo a exteriorização da estomia, atende pela região exteriorizada, como no caso da colostomia, no qual é realizada a ligação do cólon (intestino grosso) ao exterior (SALLES; BECKER; FARIA, 2014; FERNANDES *et al.*, 2010; VIOLIN; SALES, 2010; KIMURA *et al.*, 2009). O significado de colostomia consiste na mobilização de uma alça do cólon em razão de uma incisão no músculo reto anterior para expor o cólon transverso. Uma incisão no músculo reto esquerdo também pode ser feita para exposição do cólon sigmoide descendente. A localização anatômica determina o nome da colostomia: colostomia ascendente, colostomia transversa, colostomia descendente e sigmoídea. Deste modo, a localização do estoma influencia as características das fezes, o PH, a frequência da eliminação fecal e a sua consistência (SALLES; BECKER; FARIA, 2014; ROCHA, 2011; KIMURA *et al.*, 2009).

A porção a ser exteriorizada implica em grande determinação do material a ser excretado pelo paciente, sendo mais ou menos irritante e impactando em escala maior ou menor no nível de irritação do periestoma. Na colostomia do cólon ascendente, as fezes são líquidas e mais corrosivas devido à presença de enzimas proteolíticas, fluindo quase continuamente. Na colostomia do cólon transverso, o estoma localiza-se na zona superior direita no ponto médio entre o rebordo costal e o umbigo, as fezes são semilíquidas, também muito corrosivas, fluindo com frequência. Na colostomia descendente, o estoma localiza-se no quadrante superior esquerdo do abdômen, o cólon descendente é ressecado abaixo do ângulo esplênico e reto. As fezes apresentam-se pastosas ou moldadas, com odor fecal habitual (REIS, 2015).

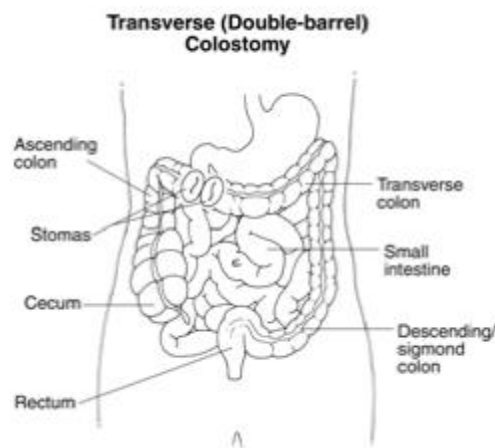
De acordo a técnica cirúrgica, a colostomia pode realizar-se em nível terminal, lateral, independentemente da sua temporalidade, podem ser classificadas em três tipos, de acordo com a parte do intestino grosso que é exteriorizada (BURCH, 2012; ROCHA, 2011; ROCHA, 2011; VIOLIN; SALES, 2010; KIMURA *et al.*, 2009). As colostomias podem ser de caráter temporário ou permanente, tipo de estomia terminal ou em alça, confecção com bocas

⁴ Termo que compõe a sigla ABRASO, mesmo não sendo recomendado pela língua portuguesa.

justapostas ou separadas, com localização abdominal ou perineal (SALLES; BECKER; FARIA, 2014; KIMURA, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; SHABBIR; BRITTON, 2010).

- Colostomia transversa: é localizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente). Figura 5 apresenta a localização da colostomia transversa.

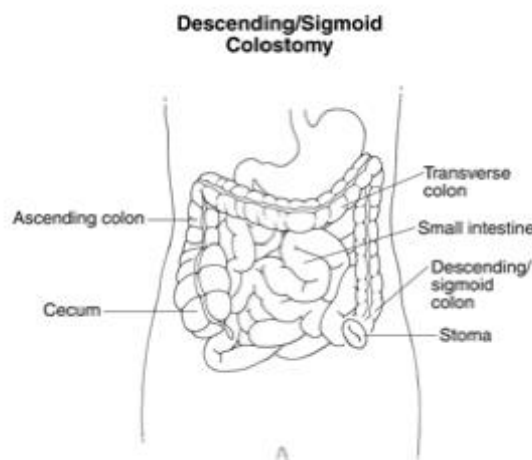
Figura 5- Localização da colostomia transversa



Fonte: UOAA, 2011.

- Colostomia descendente: é realizada com a parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso) e a colostomia ascendente: é realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). Figura 6 apresenta a localização da colostomia descendente e ascendente.

Figura 6- Localização da colostomia descendente e ascendente



Fonte: UOAA, 2011.

Alguns eventos são esperados na realização de quaisquer procedimentos cirúrgicos, como observamos na sequência: hemorragia, isquemia, estenose, perfuração, necrose, prolapso, prociência e hérnia paracolostômica (KIMURA, 2013). Uma forma de minorar tais complicações é o planejamento efetivo do local da confecção de estomia e o uso de técnicas cirúrgicas adequadas, especialmente nas intervenções de caráter definitivo, que em virtude de sua natureza, acabam contando com superior atenção à sua confecção, podendo proporcionar melhor QV ao paciente, com menores taxas de complicações (KIMURA, 2013; MEISNER, 2012).

Nesse ponto, a percepção da estomia como sendo algo além da técnica cirúrgica, mas como procedimento cirúrgico com o qual o paciente terá que lidar por prazo indefinido, tornou evidente que a estomia intestinal, bem localizada na parede abdominal, facilita as atividades de autocuidado referentes à remoção e à colocação do equipamento coletor, à higiene da estomia e pele periestoma, bem como a manutenção do equipamento coletor, cooperando para prevenir complicações, possibilitar a reintegração social precoce, constituindo, ainda, um direito do paciente (KIMURA, 2013; MEISNER, 2012; FULHAN, 2008; BARBUTTI *et al.*, 2008).

Os avanços científicos e tecnológicos têm modificado muitas questões quando se refere ao colostomizado, possibilitando assim uma melhor QV, como no processo chamado de irrigação da colostomia, que é inserido a fim de restabelecer a auto-estima e facilitar a socialização desse indivíduo. Porém, há uma necessidade de conhecimento e habilidade do enfermeiro em realização ao procedimento e treinamento do colostomizado tornando-o apto ao processo (COSTA; MARUYAMA, 2007).

Vale destacar que a irrigação intestinal, é considerada uma técnica antiga, com seus primeiros estudos datados de 1927, e oferece resultados positivos na vida das pessoas com colostomia. Todavia, a irrigação da colostomia é um método mecânico de regulação da atividade intestinal, sendo conseguida pela lavagem intestinal realizada pela estomia, com o objetivo de limpar o intestino grosso, além de possibilitar também o controle da eliminação de fezes pela colostomia por um período regular. É importante mencionar que também evita a troca constante de dispositivos coletores e a ocorrência de lesões da pele periestomal. Consiste em um enema realizado a cada 24 (vinte e quatro) ou 48 (quarenta e oito) horas, cujo fluido introduzido no intestino grosso promove a sua distensão e estimula o esvaziamento fecal (KIMURA *et al.*, 2013; MARUYAMA *et al.*, 2009).

Ainda Kimura (2013) e Cesaretti *et al.*, (2010) demonstram que tais cuidados como a implementação da irrigação são um recurso importante na reabilitação de pessoas colostomizadas, possibilitando-lhes o controle intestinal mais efetivo, com reflexos para a sua QV. Proporciona as pessoas muitas vantagens, podendo ser usados de modo isolado ou associados, tendo como sede o aspecto do controle da continência, que permite algum nível de percepção de normalidade, objeto de preocupação dos integrantes da equipe de saúde, na tentativa de minimizar os efeitos da perda de habilidade para o controle das eliminações e facilitar o viver e o conviver dessas pessoas, tendo como metas a reabilitação e a QV.

Tal evento demonstra que a técnica apurada devidamente associadas à educação e saúde são instrumentos essenciais para uma assistência de enfermagem ter fundamento e resultar em um atendimento de excelência, pois o enfermeiro além de executar os cuidados é também um educador, e envolve não só o paciente, mas toda a família, realizando orientações a fim de serem seguidas corretamente (GARCIA; TOSHIE, 2007).

As vantagens do uso de irrigação intestinal se consolidam na manifestação de sentimentos de satisfação e sensação de normalidade, maior segurança e diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, maior facilidade no ajustamento social e emocional e no retorno às atividades diárias de trabalho e lazer, além do bem-estar causado pela redução ou ausência de restrições alimentares, conferindo-lhes um modo melhor de conviver com a colostomia. Assumindo a premissa de que a confecção de estomia é um evento não eletivo, quaisquer medidas que minorem o impacto de tamanha alteração fisiológica na percepção da pessoa com estomia intestinal são de grande valia na manutenção da integridade do indivíduo enquanto pessoa humana que demanda cuidados especiais. (KIMURA *et al.*, 2014; CESARETTI *et al.*, 2010; KIMURA *et al.*, 2013).

Adicionalmente ao ganho de relativo continência, a adoção da irrigação, pode auxiliar a pessoa com estomia intestinal a lidar com os constrangimentos concedidos pelos gases produzidos, em locais e horários inoportunos, sejam eliminados. Enfim, a auto-irrigação traz ao colostomizado uma sensação de limpeza, alívio, conforto e bem-estar. Faz com que a atividade sexual volte a fazer parte do seu cotidiano. Faz surgir um novo visual, um novo vestuário. São tantos benefício com pouco custo. Como cita Espadinha e Silva (2011), a “irrigação é um método seguro, fácil, econômico e gerador de bons resultados, sendo as suas vantagens reais, interferindo na melhoria e ajustamento emocional, social e financeiro”.

Nesta perspectiva, observa-se a necessidade do enfermeiro em conhecer sobre o processo de irrigação da colostomia. E pensando nos cuidados prestados pelo enfermeiro para

a realização da irrigação intestinal, este trabalho, conforme previamente descrito, apresenta a importância da implementação desse tipo de ferramenta para o bem-estar da pessoa com colostomia, a fim de contribuir com a melhoria da QV.

2.3.3 Aspectos políticos e direitos da atenção à Pessoa com Estomia Intestinal

A compreensão dos impactos da estomia sobre o indivíduo passa pela percepção de que a normalidade é libertadora, e que o desvio da normalidade, ainda que para fins de preservação da vida, se torna facilmente remetida ao aspecto de mutilação. Portanto, a capacidade de se posicionar sob a ótica da pessoa com estomia intestinal nos remete à postura reflexiva frente a nova condição de estomizado e a imediata preocupação na garantia de cumprimento de seus direitos como indivíduo estomizado em processo de reabilitação. A percepção das necessidades diferenciadas da pessoa com estomia intestinal se amplia para além das implicações imediatada da confecção de uma estomia, abrangendo outros aspectos da vida individual, demandando processo de aclimação ao seu problema de saúde, implementado sob forma de ensino individual de ações de autocuidado.

Objetivando o aprofundamento da percepção de condição de estomizado como pessoa com deficiência, pode-se traçar um breve histórico iniciando-se na Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2011 aprovando a International Classification of Functioning, Disability and Health – Classificação Internacional de Funcionalidade, capacidade e Saúde (CIF), que representou uma evolução na abordagem com mudanças importantes em termos conceituais, políticos, filosóficos e metodológicos, na medida em que a concepção considera a capacidade de pessoas com deficiência e não a incapacidade ou a questão da doença ou a situação que causou a sequela, mas ampliou com a inclusão de outros fatores como a qualidade do indivíduo em se relacionar com o seu ambiente de vida (OMS, 2013).

A deficiência passou a ser compreendida como arte ou expressão de uma condição de saúde e não uma indicação específica da presença de uma doença ou de uma situação que o indivíduo deve ser considerado doente (OMS, 2013).

No Brasil, pelo Decreto n. 3,298, de 20 de dezembro de 1999, deficiência é definida como:

Toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica o anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidades de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações

necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho da função ou atividade a ser exercida.

O Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência, pelo seu Decreto nº. 5.296, de 02 de dezembro de 2004, ao determinar que sejam garantidas condições gerais às pessoas com deficiência, possibilita a acessibilidade em condições para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, serviços de transporte, dispositivos, sistemas, meios de comunicação e informação, o que inclui a pessoa com estomia nessa condição.

Nesse cenário, as legislações configuram-se como importantes meios para as garantias dos direitos das pessoas com deficiências, principalmente, no que se refere à inserção ao mundo do trabalho, à saúde, à educação, dentre outros direitos sociais necessários para a reparação das desigualdades daqueles que experimentam a deficiência no nascimento; no curso da vida ou durante o processo de envelhecimento. A deficiência, ao se libertar da autoridade biomédica, seria retratada como uma questão de justiça social e não como uma tragédia pessoal (KIMURA, 2013; DINIZ, 2007).

Por sua vez, de acordo com BRASIL (2013), o Decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004, pessoas com deficiência são aquelas que possuem limitações ou incapacidades para o desempenho de atividades. As limitações são enquadradas tecnicamente nas seguintes categorias:

a) *deficiência física*: sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo e membros com deformidade congênita ou adquirida;

b) *deficiência auditiva*: perda bilateral, parcial ou total da audição;

c) *deficiência visual*: cegueira e baixa visão;

d) *deficiência mental*: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho;

e) *deficiência múltipla*: associação de duas ou mais deficiências.

Assim, o Decreto n.º 5.296/04 de 2/12/04, que trata da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, determina que as pessoas com estomia intestinal sejam

consideradas deficientes físico e, portanto, têm direitos como atendimento prioritário, condições gerais de acessibilidade, acesso à informação, à comunicação e às ajudas técnicas. Portanto, o Decreto n.º 5.296/04, de 2/12/04 considera estomizado uma pessoa com deficiência física, ou seja, possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade (BRASIL, 2013).

A base para desenvolvimento das políticas para as pessoas com estomia intestinal é a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados⁵, proposta pela International Ostomy Association (IOA, 2007), apresenta as necessidades especiais dessa população específica e os cuidados que essas pessoas com estomia intestinal requerem. Assim, as pessoas com estomia intestinal precisam receber as informações e cuidados que os capacitem a viver uma vida autônoma e independente e participar de todos os processos decisórios. Outrossim, é o objetivo declarado da Associação Internacional de Ostomizados⁵ que essa Declaração de Direitos seja reconhecida em todos os países do mundo.

Assim, a pessoa com estomia intestinal deve:

- 1) Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma estomia.
- 2) Ter um estoma bem feito em local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente.
- 3) Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades.
- 4) Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidadores e dos amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e as adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com a estomia.
- 5) Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis em seu país.
- 6) Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para estomia sem preconceito ou constrangimento.
- 7) Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos.
- 8) Ser protegido para qualquer forma de discriminação.

⁵ Conforme a terminologia presente no Decreto n. 5296, de 02 de dezembro de 2004.

9) Estar seguro de que toda informação pessoal relacionada à sua cirurgia de estomia será tratada com discrição e confidencialidade para manter sua privacidade; e que nenhuma informação sobre sua condição clínica será divulgada por qualquer pessoa que a possua, para entidades envolvidas com fabricação, comércio ou distribuição de materiais relacionados à ostomia; nem poderá ser divulgada para qualquer pessoa que se beneficiará, direta ou indiretamente, por causa de sua relação com o mercado de produtos de estomia intestinal, sem o consentimento expresso da pessoa com estomia intestinal.

Importante perceber que os princípios do SUS devem valer como medida de orientação para os cuidados à pessoa com estomia intestinal em seu processo de reabilitação e acessibilidade como: descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços (BRASIL, 1990). Logo, compreende desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação – públicos ou privados – e as organizações não governamentais até os Centros de Referência de maior nível de complexidade.

Segundo BRASIL (2008), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora com Deficiência, seu principal objetivo se configura na reabilitação da pessoa deficiente com foco na sua capacidade funcional e no desempenho humano. Desta maneira, esta política contribui para a inclusão social, previne os agravos, os quais podem ser influenciados pelo ambiente econômico e social.

Segundo a Portaria nº 400, de 16/11/09, estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do SUS, a serem analisadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Deste modo, exige estrutura especializada, com área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados. Além das ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação dos profissionais. Sobretudo é necessário que o indivíduo estomizado tenha a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas, incluindo prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Além disso, a Lei nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica: “Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.”

A deficiência física é definida como uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano acarretando o comprometimento da função física, em destaque a ostomia. Os benefícios que os portadores de deficiência têm por direito são:

- Assentos de uso preferencial sinalizados;
- Espaços e instalações acessíveis;
- A acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, classificados em urbano, metropolitano, intermunicipal e interestadual é disponibilizado para a pessoa com estomia intestinal (BRASIL, 2004).

As Recomendações (Guideline) importantes para o indivíduo que será estomizado. O indivíduo que será submetido a uma cirurgia para a confecção de um estoma tem alguns direitos, como:

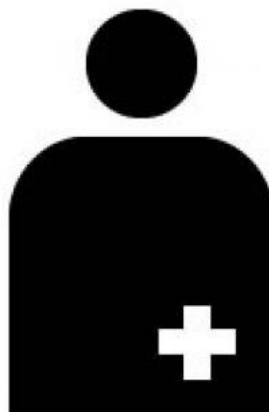
- A demarcação do local no pré-operatório, ou seja, antes de ir para a cirurgia para confecção de um estoma;
- Orientações pré-operatórias juntamente com a família;
- Identificação de complicações com o estoma e com a pele;
- Planejamento de cuidados para a melhora da qualidade de vida;
- Auxílio de uma equipe de saúde especializada;
- E esclarecimentos de dúvidas que venha a surgir.

Face ao exposto, os profissionais de saúde que participam no atendimento a esses pacientes devem trabalhar de forma interdisciplinar, contribuindo para que a assistência aos pacientes portadores de estomas seja de qualidade. Cabe ao enfermeiro contribuir de forma humanizada, por meio de Consulta de Enfermagem, elaborar uma sistematização individual desde o pré-operatório até seu seguimento ambulatorial, envolvendo orientações sobre a cirurgia, mudanças no estilo de vida, alimentação, manipulação com o dispositivo e prevenção de pele periestoma (CREPALDE, 2016).

A Lei nº 12.738, de novembro de 2012, torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde, ou seja, os hospitais particulares (BRASIL, 2012).

Ademais, a Lei nº 13.031, de setembro de 2014, dispõe a obrigatoriedade da colocação de forma visível do símbolo nacional de pessoa com estomia intestinal (Figura 7) em todos os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização por essas pessoas, principalmente no acesso aos banheiros públicos e/ou privados (CREPALDE, 2016; BRASIL, 2014).

Figura 7 - Símbolo Nacional de Pessoa com Estomia Intestinal



Fonte: BRASIL, 2014

Outrossim, a Lei nº 11.506 de 2007 estabelece que o dia 16 de novembro, o Dia Nacional dos Ostomizados, e o dia 2 de outubro, o Dia Mundial do Ostomizados. Conforme Figura 8.

Figura 8 – Dia Nacional do Ostomizado



Fonte: BRASIL, 2007.

2.3.4 Cadastro das pessoas com Estomia Intestinal no Distrito Federal

A ocorrência mundial de estomia fica na faixa de 1:10.000, sendo que no Brasil, os números absolutos ficam na ordem de 1,4 milhões de pessoas, considerando a estomia intestinal e urinárias (BRASIL, 2012).

Contudo, estimativas mais conservadoras apontam que existam, no Brasil, cerca de 33.864 (trinta e três mil oitocentos e sessenta e quatro)⁶ pessoas com estomia intestinal, sendo atendidos pelo SUS. Apesar de 100 (cem) mil pessoas com estomia intestinal não acessarem

⁶ Como não existem dados oficiais sobre o número de pessoas com estomia intestinal no Brasil, esses números são estimativas feitas tendo como base o número de associações realizadas nas cidades que têm associações de ostomizados e que encontram-se disponíveis no site oficial da ABRASO.

os serviços públicos de saúde pelos mais variados motivos, aquelas devidamente cadastradas nos serviços de estomaterapia, recebem os tratamentos preconizados, independente se portadores de estomias temporárias ou definitivas, nos ambulatórios da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. A partir de agosto de 2001, iniciou-se o Serviço de Estomaterapia no DF, fomentado pela SES/DF Brasil, que teve por finalidade prestar atendimento regionalizado, individualizado, sistematizado e humanizado aos pacientes com estomas, no ambulatório mais próximo de sua residência, visando melhoria da qualidade de vida destes e proporcionar sua reinserção na vida social e laborativa o mais precoce possível. Para tanto, o serviço foi disponibilizado em 12 (doze) regionais de saúde (BRASÍLIA, 2001).

A propositura do serviço pretendia iniciar o atendimento ao paciente feito pelo enfermeiro do programa por meio da consulta de enfermagem, o fornecimento de dispositivos coletores, equipamentos e acessórios já então padronizados pela instituição, orientação nutricional e social pelos respectivos profissionais e acompanhamento pelo médico sempre que se fizesse necessário (BRASÍLIA, 2001).

De acordo com os dados do Programa de Assistência Ambulatorial ao Estomizado da SES/DF, de outubro de 2016, existem 885 (oitocentos e oitenta e cinco) pessoas cadastradas com estomia intestinal e urinárias, definitivas e/ou temporárias no ano 2016. Conforme descrito, na Tabela 1.

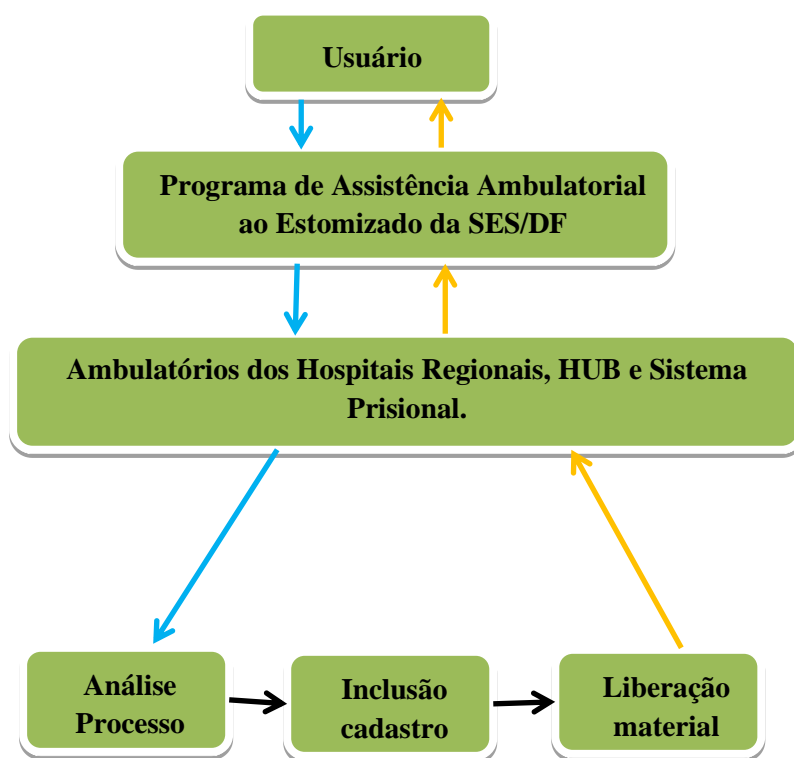
Tabela1-Distribuição de pessoas com estomia intestinal cadastradas nos ambulatórios dos hospitais regionais e no sistema prisional da SES/DF, Brasil, 2016.

| HOSPITAIS REGIONAIS E SISTEMA PRISIONAL DO DF | n | % |
|--|------------|------------|
| Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) | 155 | 17,5 |
| Hospital Regional de Taguatinga (HRT) | 119 | 13,4 |
| Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) | 66 | 7,4 |
| Hospital Regional do Gama (HRG) | 115 | 13 |
| Hospital Regional da Ceilândia (HRC) | 87 | 9,9 |
| Hospital Regional de Planaltina (HRPI) | 126 | 14,2 |
| Hospital Regional de Sobradinho (HRS) | 112 | 12,7 |
| Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) | 39 | 4,4 |
| Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ) | 9 | 1,0 |
| Hospital Regional do Paranoá (HRPa) | 32 | 3,7 |
| Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) | 16 | 1,9 |
| Hospital de Apoio de Brasília (HAB) | 4 | 0,4 |
| Sistema Prisional | 5 | 0,5 |
| Total Geral | 885 | 100 |

Fonte: Coordenação do Programa de Assistência Ambulatorial ao Estomizado/SES-DF, 2016.

Ademais, outro espaço de atendimento à pessoa com estomia intestinal acessível é no HUB, especificamente, no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia, que funciona vinculado ao projeto de extensão permanente do curso de enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Como local de acolhimento, existe a Associação do Ostomizados de Brasília (AOB), que dispõe de reuniões mensais, com várias especialidades, que visa autoajuda, informação sobre os direitos dos pacientes, troca de experiências, conhecimento de novas tecnologias e a situação no mundo sobre a pessoa com estomia intestinal. Outrossim, as pessoas com estomia intestinal são indicadas para receber assistência ambulatorial, além disso obtém equipamentos coletores e outros materiais necessários para o autocuidado. A Figura 9 apresenta o fluxograma do Serviço de Atenção à Pessoa com Estomia Intestinal, no Distrito Federal.

Figura 9 - Fluxograma do Serviço de Atenção à Pessoa com Estomia Intestinal, no Distrito Federal.



Fonte: Dados da Coordenação do Programa de Assistência Ambulatorial ao Estomizado/SES-DF, 2016.

Nota: Adaptado pela pesquisadora.

2.3.5 Causas determinantes na indicação da confecção da estomia intestinal

2.3.5.1 Câncer colorretal

Primeiramente, torna-se imprescindível realizar um breve relato sobre o câncer, para adentrar especificamente acerca do CCR.

O termo câncer de origem latina (câncer) significa “caranguejo” e deve ter sido agregado em analogia ao seu modo de crescimento infiltrante que pode ser relacionado às pernas do crustáceo, pois as introduz na areia ou lama para se fixar e dificultar sua remoção. Não obstante, a percepção da doença se encontra, exatamente, pautada com o aparecimento de sintomatologia, na realidade, a doença surge, muitas vezes, tacitamente, sem a percepção de qualquer sinal ou sintoma (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Ademais, o câncer é uma expressão genérica para constituir um grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, sendo caracterizadas pelo crescimento desordenado de células, notadamente por fruto de evento de divisão celular inapropriado da célula mãe, de linhagem monoclonal, com alteração do perfil de expressão gênica, garantindo a esse tecido alterado a possibilidade de infiltrar-se nos tecidos adjacentes (KIMURA, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2005).

O homem, como um ser social por natureza, para a sua sobrevivência física e emocional, necessita estar integrado e participar na vida comunitária do seu grupo social. A doença oncológica constitui uma ameaça real e imaginária à integridade física e psíquica do ser humano que, confrontado com a sua condição frágil e vulnerável, não sente condições para ganhar ânimo e esperança de viver o seu horizonte existencial (REIS, 2015).

O diagnóstico desta doença, a despeito do momento ou do risco associado ao seu estadiamento, tem um impacto fisiológico e psicológico no doente e na família, iniciando profundas alterações nos hábitos e estilos de vida. Dentre as reações iniciais ao diagnóstico é a incredulidade, seguida de sentimentos de culpa, negação, raiva, ansiedade e incerteza, à medida que todo processo evolui (REIS, 2015).

A história da doença oncológica está sempre associada a um conjunto de medos, nomeadamente o medo da morte, a alterações da imagem corporal e a perda de autonomia, o que habitualmente determina elevados níveis de perturbações emocionais para quem recebe um diagnóstico de câncer (MOREIRA; CANAVARRO, 2008).

O câncer continua a revelar-se como uma das doenças mais temidas pela humanidade, essencialmente porque aparece ligado à dor, ao que é incurável, à mutilação, ao sofrimento e à morte, com repercussões imediatas na família e na sociedade, sobretudo altera todos os

aspectos da vida de uma pessoa e pode levar a intensas mudanças no modo de viver habitual. Em decorrência do comprometimento do câncer, a QV sofre intensa alteração (REIS, 2015; KIMURA *et al.*, 2009). Apesar de todos os progressos científicos e tecnológicos e de toda a evolução dos meios de diagnóstico e terapêuticos, o cancer continua a ameaçar a vida daqueles que atinge, interferindo no seu bem-estar físico e psicológico, bem como na sua vida familiar, social e profissional (VIEIRA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2009).

O câncer, para além da complexidade da sua origem e dos elevados custos sociais e económicos que lhe estão associados, origina um conjunto de reações emocionais ao nível do doente, com repercussões imediatas na família e na sociedade. Esta doença assume um impacto, não só intenso, mas frequentemente prolongado, evidenciando sinais e sintomas, muitas vezes não reconhecidos pelo doente e família como aspetos relacionados com doença. Considere-se ainda que tais impactos permaneçam como importantes moduladores das respostas emocionais haja vista que mesmo após a remoção do tumor, a percepção de risco iminente de recidiva traz seus impactos (REIS, 2015).

Durante 2012, havia cerca de 14,1 milhões de casos de câncer em todo o mundo. Estima-se que um total de 23 milhões de pessoas no mundo foram diagnosticadas com câncer nos últimos cinco anos ou ter terminado o tratamento médico ou seu tratamento estava em processo (SALLES; BECKER; FARIA, 2014). Estima-se que, em 2020, o número de casos novos de câncer será de 15 milhões a cada ano, destacando-se que destes novos casos, cerca de 60% ocorrerão em países em desenvolvimento, tornando-se um grave problema de saúde pública (KIMURA *et al.*, 2013; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; KIMURA *et al.*, 2009).

Com base no documento World Cancer eport 2014 da International Agency for Research on Cancer (IARC), da OMS, é inquestionável que o câncer seja um problema de saúde pública, notadamente entre os países em desenvolvimento, nos quais a expectativa é de que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (BRASIL, 2015).

Para mais, estimativas realizadas para o ano de 2016 apontam 234.010 casos novos de câncer por estado no Brasil, corroborando a previsão de que a incidência de câncer no Brasil tenderia a aumentar num futuro próximo, acompanhando o observado em outros países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Todavia, para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a

indivíduos e grupos (não se esquecendo da ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas); geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos (BRASIL, 2015).

Por definição, o CCR é um tumor maligno que se inicia, em grande percentagem, por meio de uma lesão com origem na formação de pólipos na mucosa do colon ou reto, por meio da proliferação descontrolada de células. Perante tal evidência, impõe-se, previamente, a sua remoção, evitando a formação do tumor maligno e, conseqüentemente, a sua metastização para outros órgãos (MEDEIROS, 2015).

O CCR é o segundo mais prevalente no mundo, ocupando o terceiro lugar em termos de incidência para homens e o segundo para mulheres, e com isto, tornando-se um grave problema de saúde pública de escala mundial, sendo ainda considerado uma das neoplasias mais importantes na população adulta mundial, com incidência e mortalidade crescentes na maioria dos países (FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; JEMAL *et al.*, 2011; KIMURA *et al.* 2009).

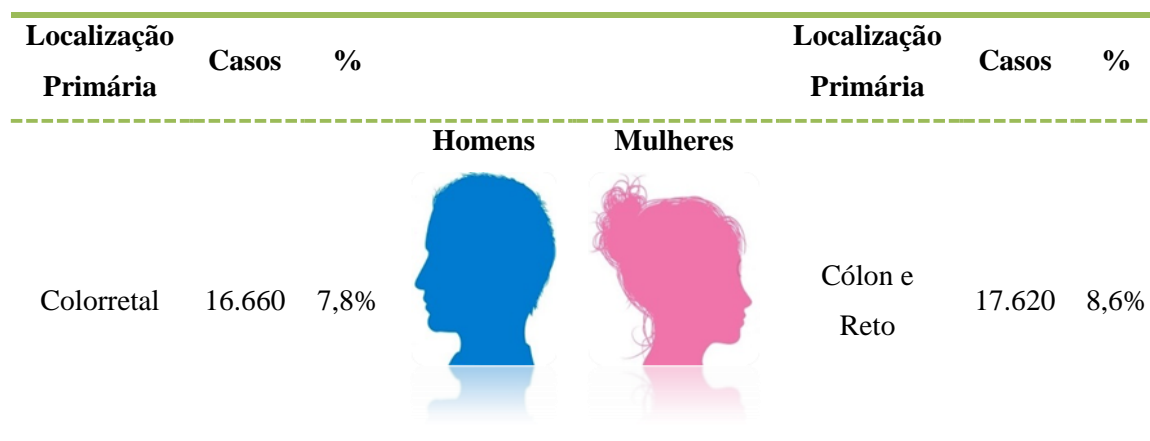
A mortalidade por CCR é mais elevada nos indivíduos que residem em áreas urbanas e apresenta um nível socioeconômico mais elevado, fato que levanta a hipótese do fator nutricional poder ser um dos envolvidos na etiologia desta entidade, estando relacionado inclusive com a redução na ingestão de fibras alimentares mediada pelo processo de industrialização e processamento dos alimentos que caracteriza a geração atual. Cerca de 90% dos casos dos CCR são diagnosticados a partir dos 50 (cinquenta) anos. Com o avançar da idade, aumenta a probabilidade de se detectar um caso de CCR, verificando-se taxas de incidências e mortalidade crescentes à medida que a faixa etária avança. O risco de desenvolver CCR, ao longo da vida, é de 6% nos países onde a incidência é mais elevada (BRASIL, 2015).

Câncer colorretal e diabetes mellitus compartilham fatores de risco ambientais semelhantes e estudos epidemiológicos evidenciam a associação positiva entre as duas doenças (ATCHISON *et al.*, 2011; FLOOD *et al.*, 2010; HE *et al.*, 2010).

Para o Brasil, no ano de 2016, esperam-se 16.660 casos novos de CCR em homens e 17.620 em mulheres, com percentual de 7,3% e 8,4%, respectivamente. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2015), conforme descrito na Figura 10. Além disso, seguem a Tabela 2 que aponta as estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária* e a

Tabela 3 que descreve as estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária no Distrito Federal.

Figura 10 – Distribuição proporcional do CCR estimado para 2016 por sexo no Distrito Federal, Brasil segundo sexo *.



*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: BRASIL, 2016 - Nota: Adaptado pela pesquisadora.

Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária.

| Localização Primária Neoplasia Maligna | Estimativa dos Casos Novos | | | |
|--|----------------------------|------------|----------|------------|
| | Estado | | | |
| | Homens | | Mulheres | |
| | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta |
| <i>Cólon e Reto</i> | 240 | 17,24 | 330 | 22,17 |

Fonte: BRASIL, 2016 - Nota: Adaptado pela pesquisadora.

Tabela 3 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas e incidência por 10 mil habitantes e do número de casos novos de CCR segundo sexo e localização primária no Distrito Federal.

| Localização Primária Neoplasia Maligna | Estimativa dos Casos Novos | | | | | | | |
|--|----------------------------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | Homens | | | | Mulheres | | | |
| | Estados | | Capitais | | Estados | | Capitais | |
| | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta |
| <i>Cólon e Reto</i> | 16.660 | 16,84 | 5.560 | 25,80 | 17.620 | 17,10 | 6.210 | 25,95 |

Fonte: BRASIL, 2016- Nota: Adaptado pela pesquisadora.

De acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas do ano 2016 dão conta de que haverá 34.280 casos novos de CCR, conforme estimativas estabelecidas nos respectivos Estados do Brasil (BRASIL, 2015). Segue a Tabela 4 que apresenta as estimativas para o ano de 2016 de número de casos novos de CCR, por Estado.

Tabela 4 - Estimativas para o ano de 2016 de número de casos novos de câncer colorretal, por Estado*, Brasil.

| Estados | Colorretal |
|----------------------------|---------------|
| Acre | 20 |
| Amapá | 30 |
| Amazonas | 230 |
| Pará | 420 |
| Rondônia | 90 |
| Roraima | 20 |
| Tocantins | 110 |
| Alagoas | 150 |
| Bahia | 1.260 |
| Ceará | 860 |
| Maranhão | 270 |
| Paraíba | 270 |
| Pernambuco | 940 |
| Piauí | 250 |
| Rio Grande do Norte | 300 |
| Sergipe | 170 |
| Distrito Federal | 570 |
| Goiás | 940 |
| Mato Grosso | 330 |
| Mato Grosso do Sul | 490 |
| Espírito Santo | 650 |
| Minas Gerais | 3.040 |
| Rio de Janeiro | 4.660 |
| São Paulo | 11.600 |
| Paraná | 2.330 |
| Rio Grande do Sul | 3.190 |
| Santa Catarina | 1.090 |
| Brasil | 34.280 |

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: BRASIL, 2016 - Nota: Adaptado pela pesquisadora.

Ainda que as determinações de mecanismos moleculares envolvidos no desenvolvimento do câncer estejam sendo diuturnamente acompanhados e caracterizados, o processo etiológico pontual que deflagra o CCR é ainda desconhecido. Contudo, a literatura não hesita em mostrar com robustez a correlação entre certos fatores de risco que podem ter impacto sobre o desenvolvimento desta doença. Existem muitos fatores conhecidos que aumentam ou diminuem o risco de CCR; alguns desses fatores são modificáveis e outros não são fatores de risco não modificáveis incluem uma história pessoal ou familiar de câncer

colorretal ou pólipos adenomatosos e uma história pessoal de doença inflamatória crônica do intestino. E fatores de risco modificáveis que têm sido associados com um risco aumentado de cancro colorectal em estudos epidemiológicos incluem a inatividade física, obesidade, consumo elevado de vermelho ou consumo de álcool. Na literatura aponta que poderia ser evitado CCR seguindo um estilo de vida saudável, ou seja, manter um peso abdominal saudável, ser fisicamente ativo, pelo menos, 30 (trinta) minutos por dia, comer uma dieta saudável, não fumar e não beber uma quantidade excessiva de álcool. A identificação dos fatores de risco é essencial no planejamento de programas de rastreio e monitorização da população de risco elevado (SALLES; BECKER; FARIA, 2014).

O manejo pós-diagnóstico do CCR, assim como de outros cânceres é dependente do estadiamento da doença. O algoritmo do tratamento é fundamentado no potencial de curabilidade da doença e na probabilidade de recorrência. As três principais modalidades de tratamento do CCR são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (BRASIL, 2015). Além disso, consiste em intervenção cirúrgica associada à quimioterapia e radioterapia. A terapêutica cirúrgica consiste na ressecção do cólon e do reto, quando o cirurgião realiza, concomitantemente, a estomia intestinal. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia constituem-se a mais efetiva terapia para o CCR, favorecendo a sobrevida da pessoa acometida (KIMURA, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; KIMURA *et al.*, 2009).

Conforme bem disseminado, uma das melhores ferramentas disponíveis contra o CCR é o diagnóstico precoce, que melhora o prognóstico do paciente. A sobrevida média global em cinco anos se encontra em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% para países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Nomeadamente, o CCR é considerado uma doença do “estilo de vida” e está entre as principais causas de realização da confecção cirúrgica de uma estomia intestinal.

Como descrevem Kimura *et al.* (2014, p. 1):

No contexto do adoecimento, podem-se visualizar dois significados culturais importantes: o câncer-doença, que representa o estigma da morte e do sofrimento, e a estomia intestinal-mutilação física, que apesar de estar oculta, implica em consequências que interferem em suas vivências cotidianas. Para a pessoa com estomia intestinal, o significado da alteração no corpo físico e o sofrimento decorrente do novo estilo de vida, em virtude do uso de equipamentos coletores, prejudicam o desempenho social e as relações pessoais [...].

Contudo, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e novas opções terapêuticas contra a patologia devem ser devidamente acompanhadas de gestão dos sistemas e de serviços em

saúde e enfermagem às pessoas com CCR, para que possam conhecer os cuidados que devem ser desenvolvidos na trajetória de sua doença, pautados, sobretudo nas ações educativas que o enfermeiro desenvolve como estratégia para a promoção da saúde dessa população.

2.3.5.2 Doenças Inflamatórias Intestinais

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são enfermidades crônicas que comprometem a qualidade e expectativa de vida das pessoas. São doenças mais frequentes em países desenvolvidos e há poucos dados epidemiológicos desse tipo de afecção na América do Sul, inclusive no Brasil (KLEINUBING-JÚNIOR, *et al.*, 2011). A maioria das informações sobre as DII tem sido acumulada em países do Primeiro Mundo onde a prevalência da doença é maior. O acréscimo significativo da incidência das DII em nosso meio, isto é, no Brasil tem sido apontado nas Regiões Sul e Sudeste (SOUZA, 2011). Nesse seguimento, as DII ocorrem em todo o mundo e constitui sério problema de saúde, pois atingem, preferencialmente, pessoas jovens, cursam com recidivas frequentes e admitem formas clínicas de alta gravidade (KIMURA, 2013).

Neste sentido, as DII são doenças crônicas do trato gastrointestinal, como a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RUI). Trata-se de inflamação transmural caracterizada por hiperplasia linfoide, edema submucosal, lesões ulcerativas e fibrose são tipicamente observados em áreas afetadas (KIMURA, 2013. NEUMAN; NANAU, 2012) Segundo Kimura (2013), DC pode envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus e afeta a parede intestinal inteira, enquanto a RUI é tipicamente restrita ao cólon e afeta a mucosa e submucosa colônica.

Vale ressaltar que ora a DC tem implicações nefastas para o modo de estar no mundo da pessoa afetado, porquanto chega a deixá-la inteiramente desabilitada. Ambas são caracterizadas pelo tecido doente que sangra e deixa cicatrizes, acabando por provocar muitas dores à pessoa afetada. As pessoas que sofrem destas doenças têm um maior risco de desenvolver CCR no futuro (NEVES, 2015). Os locais de manifestação da DC e RUI são apresentados na Figura 11.

Figura 11 - Locais de manifestação da Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica



Fonte: <http://www.drbyma.com/doenca-de-crohn-x-retocolite-ulcerativa/>. Acesso: 16.05.2016

No que concerne à etiologia e patogênese das referidas doenças, tem sido estudada, mas ainda não se chegou a um consenso geral. Os estudos apontam que a etiologia esteja relacionada com uma motilidade gastrointestinal, resultante de uma hipersensibilidade visceral com a contribuição de alguns fatores psicossociais (STANCULETE; POJOGA; DUMITRASCU, 2014). Apesar das causas serem desconhecidas, devido aos processos inflamatórios envolvidos tanto na colite ulcerativa, como na DC, este tipo de doenças são consideradas disfunções autoimunes.

Alguns estudos despontam para um resultado negativo da influência que o stress tem sobre o sistema imunitário e a manifestação da inflamação nas doenças de intestino, chegando a nomear o sistema periférico do stress como principal responsável por alterações em certos componentes do Sistema Nervoso Central, resultando em disfunções no Eixo Cérebro-Intestino (KLEINUBING-JÚNIOR *et al.*, 2011; KNOWLES *et al.*, 2013).

Diante do exposto, a pessoa que padece de uma DII pode enfrentar um ciclo marcado pela ansiedade e *stress*. As preocupações acerca da medicação, os seus efeitos secundários, a aparência corporal e a falta de controle sobre o próprio corpo acabam por provocar elevados níveis de ansiedade no dia a dia podendo, por vezes, prejudicar a vida social, acadêmica (no caso dos jovens) e laboral (REIGADA *et al.*, 2011). Sobretudo, a preocupação dos pacientes, no geral, é um fator que influencia negativamente o curso dos tratamentos (KLEINUBING-JÚNIOR *et al.*, 2011; KNOWLES *et al.*, 2013).

Apresentaram um estudo, por meio do qual, alcançaram obter um padrão de preocupações comuns entre pacientes com RUI e DC. Nesta perspectiva, destaca-se que, nos

pacientes com RUI, o fator mais preponderante de preocupação remete ao uso de uma estomia intestinal, sendo que altera o seu modo de viver diário e a sua imagem corporal. Por outro lado, os pacientes com DC preocupam-se mais com a perda de controle intestinal. Em ambos os grupos, as preocupações sobre da estigmatização social foram as menos valorizadas. Todavia, os fatores relacionados diretamente com os sintomas gerais da DII, tais como os odores, sentir-se sujo, incerteza acerca da origem da doença, receio de morrer prematuramente e o aumento do cancro, são outras preocupações intrínsecas tanto à RUI e DC e têm uma grande valorização por parte dos pacientes, algo que vem sendo investigado por outros estudos (NEVES, 2015; KNOWLES *et al.*, 2013).

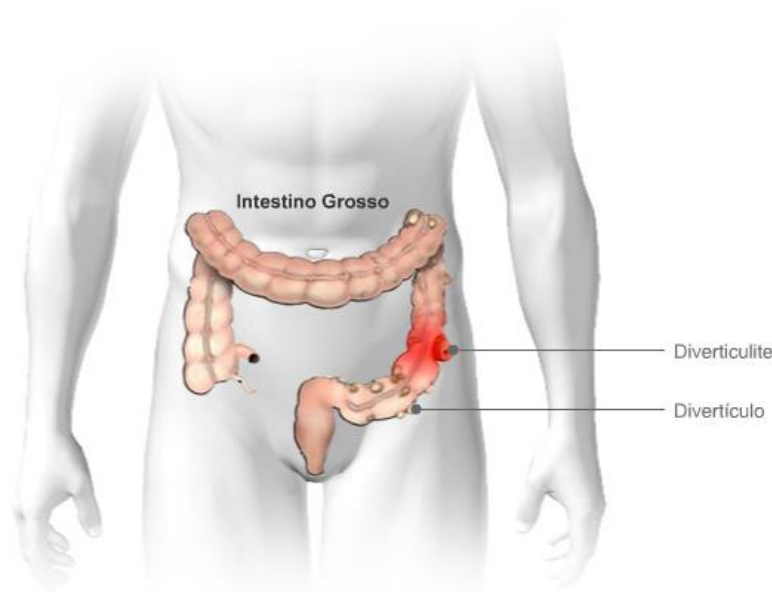
2.3.5.3 Doença Diverticular

A Doença Diverticular (DD) corresponde às manifestações associadas à diverticulose, abrangendo desde a dor abdominal inespecífica até a diverticulite complicada. A diverticulite não complicada representa aquela com peridiverticulite ou flegmão, durante a diverticulite complicada é aquela que resulta em obstrução intestinal, formação de abscesso, peritonite ou fístula (KIMURA, 2013; AFONSO *et al.*, 2012).

Os divertículos colônicos referem-se às herniações não complicadas da mucosa e da submucosa colônica por meio da camada muscular do cólon. Essas lesões são adquiridas e denominadas falsos divertículos ou pseudo divertículos, enquanto os divertículos que envolvem todas as camadas da parede colônica são reconhecidos como verdadeiros. A diverticulite constitui-se na presença de divertículos assintomáticos no cólon. As manifestações associadas aos divertículos constituem a doença diverticular dos cólons (CREMERS, 2012; AFONSO *et al.*, 2012).

Logo, a diverticulite significa a presença de inflamação e de infecção associadas aos divertículos, mais frequentemente os localizados no cólon sigmoide, portanto a diverticulose do intestino grosso refere-se à presença de divertículos no cólon (KIMURA, 2013; REGADAS *et al.*, 2004). A Figura 12 apresenta os locais da diverticulite e dos divertículos no intestino grosso.

Figura 12 - Locais da diverticulite e dos divertículos no intestino grosso.



Fonte: http://2.bp.blogspot.com/--mARqRi3VJo/VDM2K-oalDI/AAAAAAAAAas/R8TPCVkt8M0/s1600/info_diverticulite.png
Acesso 23/05/16.

Embora a diverticulose dos cólons possa ser considerada de frequência normal e afete até 10% dos adultos de meia-idade e 50 a 80% dos adultos com idade superior a 80 anos, poucas pessoas estão cientes de que a possuem. A maioria dos divertículos colônicos é adquirida, acometendo similarmente homens e mulheres, e sua incidência aumenta com o avançar da idade. Menos de 2% dos pacientes com menos de 30 anos têm diverticulose, enquanto mais de 40 e 60% dos pacientes com 60 e 80 anos adquirem divertículos, respectivamente. Nos Estados Unidos, a doença diverticular resulta em aproximadamente 130.000 hospitalizações por ano, com custo elevado para o sistema de saúde (SALES, 2013; TOUZIOS; DOZOIS, 2009; JACOBS, 2007).

A DD dos cólons é usualmente assintomática. Ocorre comumente na população de regiões industrializadas ou ocidentais, onde se associa à dieta com baixo teor de fibras. Nos países ocidentais, 95% dos divertículos localizam-se no sigmoide e cólon descendente e sua incidência em regiões proximais do cólon aumenta com o avançar da idade, isto é, parece inferior a 10% para a população com menos de 40 anos, atinge um terço da população acima dos 45 anos e está estimada entre 50% e 66% para os indivíduos com mais de 80 anos, podendo atingir até 80% dessa população idosa (AFONSO *et al.*, 2012; SALES, 2013; TOUZIOS; DOZOIS, 2009). Em países asiáticos, especialmente na Coreia, a diverticulite acomete mais comumente o cólon direito, frequência de até 70% dos casos (RAFFERTY *et al.*, 2005).

Além disso, a DD na população acima de 45 anos é observada mais frequentemente em homens, com a obesidade como grande fator de risco presente em 84 a 96 % dos casos. Para as demais idades em relação gênero, tem sido relatada a mesma incidência ou predominância no sexo feminino (KIMURA, 2013; AFONSO *et al.*, 2012).

Vale destacar que, a Revolução Industrial trouxe novos hábitos alimentares caracterizados pela redução da ingestão de fibras, o que se correlaciona com o aparecimento da doença diverticular sintomática. A baixa ingestão de fibras leva à produção de fezes volumosas e com baixo teor de água, o que pode alterar o trânsito intestinal, e contribui para aumentar a pressão intracolônica. A disposição das artérias nutrientes (vasa recta) no cólon, junto com o aumento da pressão intraluminal, contribui para a ocorrência dos divertículos (SALES, 2012; TOUZIOS; DOZOIS, 2009; JACOBS, 2007).

De acordo com Kimura (2013) e Afonso *et al.*, (2012) , a teoria atual sobre a fibra alimentar como agente protetor contra a formação de divertículos e, conseqüentemente, de diverticulite, se baseia na hipótese que a presença de maior quantidade de fibras insolúveis demanda maior nível de hidratação das alças fecais bem como um volume maior de massa fecal, diminuindo a ocorrência de movimentos de segmentação do cólon, dessa forma, a pressão intraluminal permanece próxima à normal durante a peristalse do cólon.

Observa-se, um risco aumentado de desenvolvimento de DD associado à dieta rica em carne vermelha e gordura. Este risco pode ser reduzido por uma dieta rica em fibras, especialmente, se forem derivadas de celulose (frutas e vegetais). Considerar os fatores de risco associados é importante, sendo que as evidências recentes apontam para a associação entre a DD complicada tem sido observada mais frequentemente em pacientes tabagistas, incluindo obesos e pessoas com inatividade física também são fatores de risco e que têm dieta pobre em fibras. A DD complicada não é mais comum em pacientes que ingerem álcool ou bebidas cafeïnadas (AFONSO *et al.*, 2012; STOCCHI, 2010; STRATE *et al.*, 2009; JACOBS, 2007; RAFFERTY *et al.* 2005) .

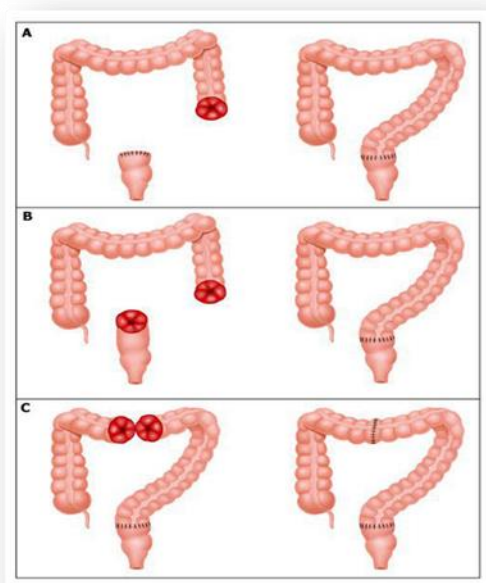
Do ponto de vista da fisiopatologia, os divertículos colônicos referem-se às herniações não complicadas da mucosa e da submucosa colônica por meio da camada muscular do cólon. Essas lesões são adquiridas e denominadas falsos divertículos ou pseudodivertículos, enquanto os divertículos que envolvem todas as camadas da parede colônica são reconhecidos como verdadeiros. A diverticulose constitui-se na presença de divertículos assintomáticos no cólon. As manifestações associadas aos divertículos constituem a doença diverticular dos

cólon, sendo tratados por meio cirúrgico, de ordem eletiva ou emergencial (SALES, 2012; TOUZIOS; DOZOIS, 2009).

Em referência às intervenções cirúrgicas, as opções variam, dependendo da indicação da situação ser categorizada como urgência ou eletiva. Deste modo, geralmente a cirurgia eletiva envolve a ressecção do cólon sigmoide. Há numerosas opções para a intervenção cirúrgica de urgência na diverticulite aguda e suas complicações. Historicamente, as controvérsias em relação a essas opções envolvem a necessidade de ressecção primária na cirurgia inicial e realização de um procedimento em dois ou três tempos contra um procedimento único (KIMURA, 2013; AFONSO *et al.*, 2012).

Outrossim, a ressecção primária é aceita como padrão e tem sido demonstrada em diversos estudos que estão agregados a menor tempo de internação hospitalar, a menor morbidade do que com a colostomia sozinha e drenagem, a menor mortalidade do que a colostomia sozinha (26% para colostomia sem contra 7% para colostomia com ressecção) e a vantagem de sobrevivência. A colostomia transversa e drenagem é outro procedimento em estágios (sem ressecção primária), em que é realizada uma colostomia inicial, seguida de ressecção do segmento doente e o fechamento tardio da colostomia. Este procedimento é associado a uma morbidade de 12% e uma mortalidade de 5 a 29% (KIMURA, 2013 AFONSO; *et al.*, 2012). A Figura 13 apresenta os métodos de tratamento cirúrgico da Doença Diverticular.

Figura 13 – Métodos de tratamento cirúrgico da Doença Diverticular.



Método de tratamento cirúrgico da doença diverticular complicada

A – 1ª Fase: Ressecção com colostomia terminal e fechamento de coto retal (cirurgia de Hartmann). 2ª Fase: Continuidade intestinal reestabelecida.

B – 1ª Fase: Sigmoidectomia com colostomia terminal e fistula mucosa. 2ª Fase: Continuidade intestinal reestabelecida.

C – 1ª Fase: Anastomose primária com proteção desta anastomose (derivação protetora) feita por ileostomia ou transversostomia. 2ª Fase: Transversostomia desfeita.

2.3.5.4 Doença de Chagas

A Doença de Chagas ou Tripanossomose Americana é uma doença parasitária conhecida há mais de cem anos em países como: Argentina, Bolívia, Chile, Uruguai e Paraguai. No ano de 1909, o cientista brasileiro Carlos Ribeiro Justino das Chagas descobriu que a entrada do protozoário monoflagelado *Tripanossoma cruzi* na corrente sanguínea dos seres humanos, por meio das fezes dos triatomíneos causava a doença. O protozoário descoberto recebeu o nome de *Tripanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz e a doença passou a ser instituída comumente por doença de Chagas. O feito de Chagas pode ser acatado como incomum, pois pesquisou em um curto período de tempo, e conseguiu identificar e também caracterizar um novo vetor, um novo parasita e uma nova doença (MONTEIRO *et al.*, 2015).

O *Tripanosoma cruzi* possui um ciclo biológico heteroxênico tendo o desenvolvimento de suas formas evolutivas em insetos como: *Triatoma infestans*, *Triatoma sórdida*, *Triatoma rubrovaria*, *Triatoma pseudomaculata*, *Triatoma brasiliensis*, *Panstrongylus lutzi*, *Panstrongylus megistus*, entre outros. Sendo o *Triatoma infestans*, o causador da maioria das infecções chagásticas. A outra fase do ciclo evolutivo do agente etiológico ocorre em seres vertebrados como: seres humanos, morcegos, pacas, porco-espinho, macacos, cães, gambás, gatos, entre outros (MONTEIRO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2010; NEVES *et al.*, 2005; REY, 2001).

Entre os vetores da Doença de Chagas, observamos os triatomíneos, sendo esses responsáveis pelo desenvolvimento da primeira fase do ciclo evolutivo do *Tripanosoma cruzi*. O agente etiológico apresenta nomes e morfologias diferentes de acordo com a fase que se encontram. As tripomastigotas são a morfologia infectante da doença de Chagas. É transmitida por meio das fezes do triatomíneo, pois esse inseto hematófago (alimenta-se de sangue) após alimentar-se defeca sobre e a pele onde se alimentou, sendo que a sua picada gera uma porta de entrada para o agente causador da enfermidade. Essa morfologia pode ser encontrada na região distal do tubo digestivo do inseto vetor e na corrente sanguínea dos vertebrados infectados. As tripomastigotas medem cerca de 20µm, apresentando formatos fusiformes e alongados com presença de flagelo. Nessa fase não há a capacidade de multiplicação do agente (MONTEIRO *et al.*, 2015).

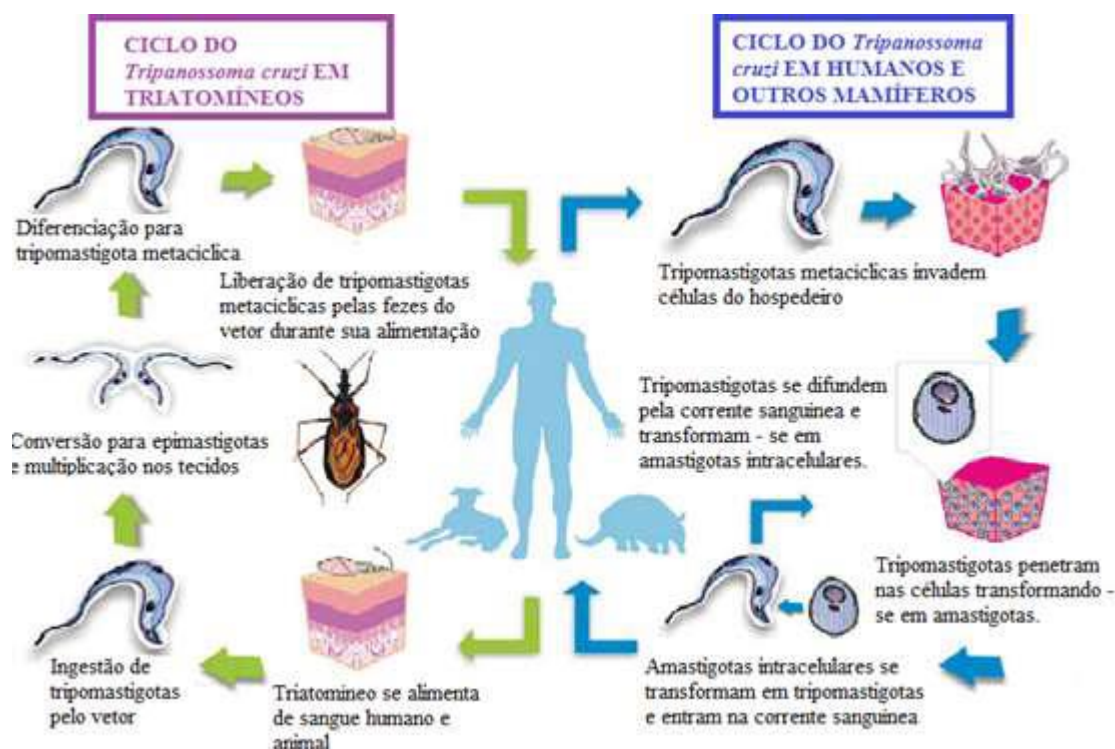
Os triatomíneos medem cerca de 2 (dois) a 3 (três) cm, possuindo uma cabeça longa com antenas laterais, rostro curto e reto com olhos salientes. São de pouca mobilidade e de desenvolvimento hemimetabólico. Esses vetores são popularmente denominados de barbeiros,

pois esses picam geralmente na área da face, preferencialmente durante o período noturno (MONTEIRO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2010; ARGOLO *et al.*, 2008). Entretanto cada espécie de triatomíneo apresenta diferenças de habitat e em sua morfologia. O *Panstrongylus megistus*, tem preferência por locais mais úmidos, enquanto o *Triatoma infestans*, *Triatoma brasiliensis* e *Triatoma pseudomaculata*, preferem ambientes quentes e com pouca iluminação (ARGOLO *et al.*, 2008; NEVES *et al.*, 2005; REY, 2001).

Dessa forma, não é possível transmissão do mesmo para os descendentes do vetor. Assim o inseto necessita alimentar-se de sangue contaminado pelo agente etiológico para contaminar-se. Quando encontradas na corrente sanguínea dos hospedeiros, as tripomastigotas caracterizam a fase aguda da doença de Chagas (MONTEIRO *et al.*, 2015; ARGOLO *et al.*, 2008; NEVES *et al.*, 2005; REY, 2001).

As amastigotas são forma morfológica encontradas nos tecidos dos hospedeiros. Tendo a capacidade de infectar tecidos como: cólon, coração e esôfago. As amastigotas, caracterizam a fase crônica da doença. Apresentam formato esférico e ausência de flagelo, possuindo a capacidade de multiplicação por meio de fissão binária. Por sua vez as epimastigotas e esferomastigotas são morfologias desenvolvidas nos insetos vetores. As epimastigotas multiplicam-se por fissão binária, possuem formato alongado e flagelo com alta mobilidade. As esferomastigotas, por sua vez, são encontradas no estômago do triatomíneo, possuindo capacidade replicativa e formato esférico (MONTEIRO *et al.*, 2015; BARBOSA, 2009; COSTA *et al.*, 2010; REY, 2001). Essas morfologias e o ciclo biológico do *Tripanossoma cruzi*, podem ser observados na Figura 14.

Figura 14 - Esquema ilustrando o ciclo biológico da Doença de Chagas



Fonte: ARGOLO, A.M. *et al.* **Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil**. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio, 2008. Acesso 23/05/16.

Nas imediações de 10% (dez por cento) dos pacientes chagásticos, apresentam-se lesões no trato digestivo, principalmente, no esôfago e no cólon sigmóide e reto. O parasitismo atinge a musculatura lisa gerando uma contração desordenada. Há a presença de lesões neuronais que afetam o plexo mientérico. No esôfago e no cólon o conteúdo costuma ser sólido e, portanto mais dependente das forças peristálticas. A presença de esfíncteres nestes locais contribui para agravar a disperistálsis. A mucosa pode apresentar áreas de metaplasia, que no esôfago podem ser vistas como zonas esbranquiçadas (metaplasia epidermóide). Podem aparecer zonas ulceradas, mais comuns no colón (úlceras estercoráceas). O aparecimento de um câncer pode ser uma complicação, especialmente do megaesôfago (MONTEIRO *et al.*, 2015).

No que diz respeito ao tratamento, de acordo com Kimura (2013) e Vinhaes e Dias (2000), pode ser clínico na base de dietas apropriadas, laxativos e clisteres evacuadores. No entanto, o tratamento cirúrgico é indicado na grande maioria dos pacientes. Vários são os

procedimentos técnicos usados, entre eles: colostomia, sigmoidectomia, retossigmoidectomia abdominal, dentre outros. Todavia, a maioria da confecção da estomia intestinal é temporária.

2.3.5.5 Síndrome de Fournier

A Síndrome de Fournier é também conhecida como fascíte necrosante polimicrobiana grave, síndrome de Mellené ou Gangrena de Fournier acomete a região períneo-genital - que se inicia no escroto e pênis no caso dos homens e na vulva das mulheres, é caracterizada por produzir infecção, seguida por necrose tecidual, podendo se propagar por outras regiões do corpo (MORAIS *et al.*, 2016; EBERHARDT *et al.*, 2014; GODOY; CASSITAS, 2014; MAURO, 2011; TAHMAZ *et al.*, 2006). A necrose tecidual rápida é característica da Gangrena de Fournier, que com o estado toxêmico significativo pode levar o paciente a óbito, se não tratada precocemente (MAURO, 2011; HOFFMANN; IGLESIAS; ROTHBARTH, 2009). É uma patologia grave causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbias. Pode ocorrer envolvimento sistêmico importante e em alguns casos, pode levar ao óbito. Sua fisiopatologia é caracterizada por endarterite obliterante que leva à isquemia e trombose dos vasos subcutâneos e adjacentes, facilitando a entrada de bactérias que constituem a flora normal da pele (MORAIS *et al.*, 2016).

Retratada pela primeira vez por Baurienne no ano de 1764, ganhou o nome síndrome de Fournier em homenagem ao médico francês Jean Alfred Fournier - um infectologista francês, descreveu cinco casos de fasciite de natureza idiopática na região genitoperineal () e detalhou a síndrome em publicações no período entre 1863 e 1864 (MEHL *et al.*, 2010; HOFFMANN; IGLESIAS; ROTHBARTH, 2009).

De acordo com Toledo *et al.*(2012) e Hoffmann *et al.* (2009), a patologia estudada ocorre geralmente em pacientes do sexo masculino, por volta dos 50 anos de idade. Porém pode ser observada após procedimentos urológicos, ginecológicos e anais, mesmo em recém nascidos (CANDELÁRIA *et al.*, 2009). Ainda Cavalini, Moriya, Pelel (2002) e Toledo *et al.*(2012) , a Síndrome de Fournier não acomete somente pessoas do sexo masculino, pois há relatos na literatura do acometimento de mulheres. Há a proporção de um caso feminino para cada 7,5 casos masculinos. Homens são relativamente mais propensos a desenvolver a Síndrome de Fournier, talvez devido à anatomia, que sugere dificuldade em relação à transpiração e a higiene (TOLEDO *et al.*, 2012; MURIANELLO *et al.*, 2009; BERINDOAGUE *et al.*, 2001). Nas mulheres, os abscessos causados por bactérias da região vaginal (abscessos de Bartholin e da vulva), infecções da pele, episiotomia, abortos sépticos e

histerectomia, são as situações clínicas comumente referidas na apresentação dos casos de Síndrome de Fournier (HUANG; HSU, 2009).

A segunda e a sexta décadas de vida são mais acometidas, sendo que, aqueles que apresentam comorbidades predisponentes associadas possuem uma taxa mais elevada. As comorbidades mais predisponentes são: estados debilitantes (sepse, desnutrição) ou imunossupressores (diabetes melitus, alcoolismo crônico, hipertensão arterial, paraplegia/tetraplegia, doenças malignas, AIDS, sarampo, uso de quimioterápicos), doenças colorretais e urogenitais, uso de drogas endovenosas e trauma (MORAIS *et al.*, 2016; EBERHARDTGODOY *et al.*, 2014; TOLEDO *et al.*, 2012; BHATNAGAR; MOHITE; SUTHAR, 2008; THWAINI *et al.*, 2006). No entanto, no estudo de Mehl *et al.* (2010) mostra, como principal fator predisponente para a formação da Gangrena, a diabetes mellitus.

O tratamento da Síndrome de Fournier baseia-se no suporte hemodinâmico, antibioticoterapia de amplo espectro, desbridamento dos tecidos desvitalizados, oxigenoterapia hiperbárica, investigação do foco primário e, quando necessário, derivação urinária ou fecal. A cistostomia é recomendada para a estenose uretral ou fonte genitourinária da infecção, enquanto que a colostomia derivativa é indicada na infecção do esfíncter anal ou na presença de grande terapia adjuvante, estas podem facilitar a função fagocítica dos macrófagos, promover a angiogênese e, por isso, auxiliar na cicatrização (KIMURA, 2013; MEHL *et al.*, 2010).

Neste contexto, o papel da enfermagem é fundamental para a efetivação do cuidado ao paciente com Síndrome de Fournier. Por meio do gerenciamento, uma das dimensões vitais do cuidado de enfermagem, o enfermeiro busca o suporte essencial para prevenir, promover, recuperar e reabilitar a saúde do paciente (EBERHARDTGODOY *et al.*, 2014; PROCHNOW, 2009). Além do mais, o enfermeiro, devido a sua proximidade e cuidados realizados na manutenção de uma ostomia, pode auxiliá-los a descobrir estratégias disponíveis para o melhor enfrentamento da condição de ser uma pessoa com estomia intestinal, ajudando não só no processo do cuidado da ostomia, mas também no processo adaptativo neste período (EBERHARDTGODOY *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2011; COELHO; SANTOS; POGETTO, 2013).

2.3.5.6 Traumas abdômino perineais

De acordo com a ABRASCO (2010), a perfuração por arma de fogo (PAF), a perfuração por arma branca (PAB), adicionados a acidente automobilístico e outros se consideram como os principais fatores causais de traumas abdômino perineais.

A violência no Brasil se constitui um dos principais problema de saúde pública devido a questões como longevidade, qualidade de vida e elevados gastos públicos, associados a esse problema, seja na área da segurança ou atenção à saúde (NETO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; ZANDOMENIGHI; MOURO; MARTINS,2011; SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009). Atualmente uma grande ameaça da QV da sociedade moderna são as causas externas, que representam a terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças cardiovasculares e câncer, sendo a primeira causa na faixa etária de 1-49 anos dentre homens (ZANDOMENIGHI; MOURO; MARTINS,2011).

Como resultado da melhora na QV e longevidade da população brasileira as causas anteriormente mais prevalentes na população foram substituídas por causas externas, tomando a terceira posição nas causas de óbito na população geral brasileira. Dentre estas, as agressões predominam, sendo os acidentes automobilísticos, as PAB e PAF. Homens jovens são as vítimas mais frequentes desse tipo de agressão (NETO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; ZANDOMENIGHI; MOURO; MARTINS,2011) .

A violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão (ZANDOMENIGHI; MOURO; MARTINS, 2011) Segundo Peres e colaboradores (2008) e Gawryszewski, Costas (2005) apontam maiores taxas de homicídios em áreas urbanas com piores indicadores socioeconômicos. Porém, ressalta-se que, é preciso cuidado ao procurar explicar um fenômeno social tão complexo como a violência, não sendo possível associá-lo simplesmente às desigualdades de distribuição da renda, sendo resultado de multicausalidade (GAWRYSZEWSKI; COSTAS, 2005).

O setor saúde tem grande responsabilidade na redução da carga dos agravos de eventos dessa natureza, sendo notadamente um dos principais setores a perceberem o incremento na estatística da violência urbana. Reconhecendo isso, o Ministério da Saúde incluiu a prevenção de violências e acidentes na sua agenda, responsabilizando-se não apenas pela assistência e reabilitação das vítimas, mas também pela promoção à saúde, prevenção, vigilância de acidentes e violências. Dentre as iniciativas destaca-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Rede Nacional de Prevenção das

Violências e Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Promoção da Saúde (ZANDOMENIGHI; MOURO; MARTINS, 2011; MORAES; MALTA; SILVA, 2009).

De acordo com o Departamento de Prevenção de Violência, Injúrias e Deficiência da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), os traumas mais frequentes são produzidos pela violência interpessoal e traumas advindos do trânsito, estando entre as principais causas de morte para pessoas entre 15-44 anos de idade, respondendo, ainda, por 14% das mortes entre homens e 7% das mortes entre as mulheres nessa faixa etária.

Na última década, no Brasil, os acidentes de trânsito cresceram substancialmente, em decorrência do aumento do número de veículos em circulação, da desorganização do trânsito, da deficiência geral de fiscalização das condições dos veículos e do comportamento dos usuários, aliados à impunidade dos infratores (KIMURA, 2013; CYRILLO *et al.*, 2009).

Entre os indicadores potencialmente utilizáveis para o acompanhamento dessa realidade é uma medida da carga global de doenças pode ser expressa em *Disability-adjusted Life Year* (DALYs) ou anos de vida ajustados ou vinculados aos problemas de saúde mais impactantes, e mede o número de anos de vida saudáveis perdidos por um indivíduo em virtude de apresentar um problema de saúde ou deficiência. Em 2004, os acidentes de trânsito ocupavam o nono lugar no ranking mundial com 2,7% do número total de DALYs. Numa previsão para o ano 2030, acidentes de trânsito ocuparão o terceiro lugar no ranking com 4,9%, perdendo apenas para distúrbios depressivos unipolares com 6,2% e cardiopatias isquêmicas com 5,5% (WHO, 2009).

Embora não haja dúvida de que a violência e os acidentes constituam problemas que afetam a saúde, ao longo do tempo, no Brasil, eles vêm sendo tratados como objetivo exclusivo da segurança pública, e somente a partir de 1993, o setor de saúde passou a assumi-los oficialmente. Deste modo, foi promulgada pelo Ministério da Saúde, em 2001, a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, tendo em vista a grande extensão territorial do país e condições, situações e estilos de vida de uma população com características regionais bastante distintas (MINAYO, 2007).

Vale ressaltar que de acordo com Kimura (2013), a ABRASCO traçou o perfil de pessoas com estomia intestinal, que antes era, predominantemente, constituído por adultos em idades mais avançadas, e que em virtude das alterações na estrutura da sociedade, tal perfil sofre mudanças devido à violência urbana, apresentando um número crescente de jovens e

crianças com estomia intestinal. Corroborando tal achado, Vieira *et al.*, (2013), descreve que dentre as causas mais predominantes para colostomias são as neoplasias e as PAF e PAB.

2.4 IMPACTO DA ESTOMIA INTESTINAL NO BEM-ESTAR FÍSICO, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, BEM-ESTAR SOCIAL E BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Inicialmente, partindo do pressuposto de que todo indivíduo tem seu bem-estar influenciado por sua autoimagem, vale enfatizar que a formação de uma estomia intestinal pode ter efeitos profundos sobre o Bem-estar Físico (BEF), Bem-estar Psicológico (BEP), Bem-estar Social (BES) e Bem-estar Espiritual (BEE) das pessoas com estomia intestinal. Durante a fase aguda de reabilitação, observa-se que a tentativa para restaurar a QV é igual ou semelhante a existente no início do adoecimento e no período pré-operatório. Assim, a compreensão do modo viver com uma estomia intestinal fornece de forma significativa informações para determinar o impacto dos cuidados de saúde (TORRES *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2011; SLATER, 2010; KIMURA *et al.*, 2009). Destaca-se relação direta entre QV presente e a eficácia de estratégias de enfrentamento desempenhadas no período de restauração (TORRES *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; GRANT *et al.*, 2011; SLATER, 2010).

Face ao exposto, a pessoa com estomia intestinal depara-se com várias alterações no seu cotidiano, as quais não se restringem somente ao nível fisiológico, mas também ao nível psicológico, físico, espiritual, social e sexual, o que repercute na QV. Logo, carecem de atenção e compreensão em seus múltiplos aspectos, considerando toda a temporalidade do período de reabilitação. A atenção em saúde deve ser dispensada desde o período pré-operatório, englobando os significados e concepções do indivíduo, da sua família e de suas relações sociais. Destacam-se como eixos orientadores para restauração da QV a vida familiar, a integração social, o trabalho, a normalidade e a autonomia (COCA *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2015; TORRES *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014).

Nesta perspectiva Torres e colaboradores (2015), bem como Grant e colaboradores (2013) reforçam a necessidade da implementação de regimes sistemáticos, com enfoque no restabelecimento funcional padrão e psicossocial, com abordagem multifocal e intensa; com destaque para grupos de apoio que funcionam como estratégia para ampliação dos conhecimentos na gestão da estomia intestinal, promovendo a melhoria QV.

2.4.1 Bem-estar Físico da Pessoa com Estomia Intestinal

De acordo com Kimura, Kamada e Guilhem (2016), Salomé, Almeida e Silveira (2014), Repic e Inanovic (2014) o BEF das pessoas com estomia intestinal pode, perfeitamente, ser afetado em razão do significado da alteração no corpo físico e o sofrimento quanto ao novo estilo de vida, afeta sobremaneira o BEF, dado que entre as complicações observadas advindas da estomia, há uma preocupação relacionada aos gases, odores de fezes eliminadas, vazamentos, resultando no desconforto físico geral. Além disso, ainda pode haver um comprometimento do sono, bem como causar sentimentos de dores ou sofrimentos e de fadiga.

Em relação à higiene e cuidados da pele, nota-se que aquelas pessoas que têm um estômato embutido requerem maiores cuidados para evitar vazamentos e que se desenvolvam problemas de pele. Portanto, a presença de um estômato embutido pode atuar como um fator condicionante para lidar com a situação (COCA *et al.*, 2015; BONILL-D-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; WEIDMANN; AL-NIAMILLYON, 2014; KNOWLES *et al.*, 2013; NYBAEK; JEMAC, 2010; BLACK, 2009; BUTLER, 2009).

No entanto, as reações entre portadores de estômato embutido ou não, não diferem significativamente em relação às sensações que os vazamentos causam (BONILL-D-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; REDMOND; COWIN; PARKER, 2009). A presença de gases pode fazer com que passem por situação de humilhação ou de crítica, devido a diferenças na qualidade do estômato, pois fica evidente para os demais o momento em que ocorre um vazamento na bolsa ou que a pessoa apresenta gases, o que pode ocasionar a não aceitação social. Não obstante, ainda que não se realize, a apreensão quanto a ocorrência de um evento dessa natureza, por si só, tem capacidade de levar ao isolamento social (COCA *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2014; BONILL-D-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; GOFFMAN, 2008).

Em conformidade com as pesquisas de Salomé; Almeida; Silveira (2014), Repic e Inanovic (2014), Knowles *et al.*, (2013) Anaraki, (2012) e Dabirian *et al.*, (2011), os problemas físicos relacionados à localização da estomia intestinal, a saber: irritação e prurido na região periestoma, mau hálito, emissão de gases na presença de outras pessoas, hérnias, vazamento de efluentes foram mencionados. Dermatites, retração da estomia e prolapsos também foram complicações citadas em suas pesquisas.

Destaca-se que é competência da enfermagem a observação das características da estomia intestinal, de tal modo como possíveis sinais de infecções, bem como usar técnica asséptica no momento da troca da bolsa de colostomia, mantendo a área limpa e seca para

evitar contaminação do periestoma ou das áreas subjacentes (WEIDMANN; AL-NIAMI,LYON, 2014; KNOWLES *et al.*, 2013; KIMURA, 2013; PITTMAN *et al.*, 2013; RICHBOURG; THORPE; RAAP, 2007).

Destarte, a convivência com a estomia intestinal exige da pessoa, a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades diárias, incluindo o aprendizado das ações de cuidados da estomia e pele periestoma, bem como a manipulação dos equipamentos coletores, a fim de evitar futuras complicações com a estomia intestinal (WEIDMANN; AL-NIAMI,LYON, 2014;KIMURA, 2013; MARTINS, 2011). Ademais, a literatura afirma que os cuidados com a higienização e a troca dos equipamentos coletores são muito importantes para garantir a integridade da pele e prevenir infecção, e para que essas medidas sejam realizadas da maneira adequada, é preciso que a pessoa com estomia intestinal seja orientada pelos profissionais de saúde, para que ela pode desenvolver o autocuidado (SALOMÉ *et al.*, 2015; WEIDMANN; AL-NIAMI,LYON, 2014; KIMURA, 2013; PITTMAN *et al.*, 2013; MEISNER, 2012; FERNANDES *et al.*, 2010).

Adicionalmente, a utilização do equipamento coletor o transforma em uma extensão ergonômica de seu corpo, representando materialmente a fração perdida do mesmo, forçando um processo de adaptação por meio da implementação de novos hábitos por meio de aprendizagem primeiramente em autocuidado, ao mesmo tempo, que impacta a independência e autossuficiência, alterando o papel da pessoa com estomia intestinal na família e na sociedade. Após a cirurgia, muitas pessoas com estomia intestinal passam a depender dos cuidados familiares, mesmo que temporariamente, além de vivenciarem as incapacidades impostas socialmente e de afastarem-se dos atributos de independência, de eficiência e de produtividade (SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Em relação ao sono, de acordo com as pesquisas de Kimura, Kamada e Guilhem (2016), Salomé *et al.*, (2014), Kimura *et al.*, (2014) e Baldwin *et al.*, (2009), o equipamento coletor provoca distúrbios de sono em pacientes com estomia intestinal, prejudicando, consideravelmente, a QV. Sendo observado ainda que a alteração do sono está relacionada à presença da estomia intestinal, principalmente, nos primeiros meses após a cirurgia, e ao medo acerca do futuro.

A visão que a pessoa com estomia intestinal tem sobre a confecção da estomia institui desafio para sua adaptação à nova condição. Assim, a pessoa com estomia intestinal necessita rever o seu momento de perdas para encontrar forças para aceitar e trabalhar novas

perspectivas de vida. Os hábitos alimentares necessitam ser alterados para evitar a flatulência excessiva e outras complicações, como a diarreia, sendo mandatório ter controle alimentar rigoroso para evitar tais situações (RIBEIRO, 2015; RECALLA *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

Diante do exposto, a restrição alimentar e/ou maior controle da dieta foram episódios descritos na literatura, muitas pessoas evitam comer alimentos que originam gases ou que são de rápida digestão. Anaraki *et al.*, (2012), Grant *et al.*, (2011) e Dabirian *et al.*, (2011) dão ênfase no tange ao merecimento de educação nutricional para pessoas com estomia intestinal, posto que o controle da dieta possa auxiliar na melhoria da QV. Sobretudo, a alimentação é uma ferramenta fundamental para esta melhoria porquanto está agregado com a emissão de gases, um problema físico que acarreta o BEF e, por conseguinte, interfere na QV das pessoas estilizadas intestinais.

É importante ressaltar que a prática de boa saúde significa consumir dieta saudável, sensação de bem-estar e de ajuste positivo a colostomia, relacionada a uma dieta individualizada, desde que seja balanceada e não ocasione diarreia ou constipação. O enfermeiro, com o suporte do nutricionista, pode avaliar os alimentos que causem excessivo odor, evitando os gases dos alimentos, por exemplo, alimentos como: da família do repolho, ovos, peixe, feijões e produtos com celulose, como o amendoim. Torna-se fundamental determinar se a eliminação de alimentos específicos está ocasionando alguma deficiência nutricional (KIMURA, 2013).

Os novos hábitos alimentares são adquiridos na busca por bem-estar, não ingerindo ou evitando o consumo de determinados alimentos por conta dos enormes atributos conferidos a eles, como gases, fezes líquidas, entre outros. A alimentação é um fator importante a ser considerado pelas pessoas com estomia intestinal, já que alguns alimentos produzem gases e odor desagradável nas fezes, reiterando a apreensão entre eles (CARVALHO *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2013).

Outrossim, os alimentos não irritantes são substituídos por aqueles que são limitados, de forma que as deficiências sejam ajustadas. A pessoa com estomia intestinal deve ser orientada a experimentar alimentos irritantes várias vezes antes de restringi-los, porquanto a reação pode ser uma sensibilidade inicial que amortecerá com o tempo. Sugere a ingesta hídrica de pelo menos dois litros de líquido por dia. Além disso, alguns medicamentos são recomendados em episódios de diarreia, que proporcionará o controle. Tais são os medicamentos: Paregórico, subgalato de bismuto, subcarbonato de bismuto ou difenoxilato

com atropina (Lomotil). Já para constipação, ameixas ou suco de maçã ou em um laxativo leve são eficazes (KIMURA, 2013).

Para mais, Kimura *et al.*, 2014, Mahjoubi *et al.*, (2012) e Baldwin *et al.*, (2009) em suas pesquisas, reforçam que a dor, o prejuízo quanto ao sono e repouso, a falta de mobilidade, a fadiga e as dificuldades nas atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho estão, intimamente, relacionados à diminuição da QV em nível da dimensão desempenho físico da pessoa com estomia intestinal.

2.4.2 Bem-estar Psicológico da Pessoa com Estomia Intestinal

O BEP está intimamente relacionado à alteração do autoconceito, isto é, alteração da imagem corporal e a autoestima da pessoa com estomia intestinal pode prejudicar a QV (COCA *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; GRANT *et al.*, 2013). Desta forma, verifica-se que uma alteração da imagem corporal ocasiona a origem à diminuição da autoestima, afetando o BEP. Sobretudo, uma baixa autoestima pode condicionar a autoimagem corporal de uma pessoa, pois esta fica mais vulnerável, impactando negativamente na QV. O rompimento dessa espiral descendente emocional deve ser o objetivo do cuidado para com a pessoa com estomia intestinal. (KIMURA *et al.*, 2013; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; DABIRIAN *et al.*, 2011; SHABBIR; BRITTON, 2010).

Assim, torna-se relevante descrever o autoconceito, imagem corporal e autoestima.

Inicialmente, a imagem corporal e a autoestima são duas facetas do autoconceito. Deste modo, o autoconceito é a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou acadêmica (KIMURA, 2013; MENEZES, 2008).

O autoconceito pode ser definido como a imagem que o indivíduo tem de si próprio, a partir do que acredita refletir para terceiros, as habilidades que possui e o que deseja ser. Tratando-se então da estima, dos sentimentos, experiências ou atitudes que o homem desenvolve sobre si próprio (MEIRELES; CUSTÓDIO, 2012; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; SUEHIRO, 2006; CUSTÓDIO, 2007).

O autoconceito teve sua teorização inicialmente desenvolvida por William James, sendo considerada contribuição fundamental no construto e compreensão do autoconceito, pois constituiu uma ruptura com a abordagem filosófica da época, introduzindo o

autoconceito em uma dimensão social (MEIRELES; CUSTÓDIO, 2012; GOÑI; FERNÁNDEZ, 2009; GIOVANI; TAMAYO 2003; COSTA; 2002; TAMAYO *et al.*, 2001)

De acordo os pesquisadores Meireles, Martins (2012), Goñi, Fernández (2009), Sisto, Martinelle (2004) e Tamayo *et al.*, (2001), o livro de William James ‘The Principles of Psychology’, publicado em 1890, abordou as questões relacionadas à construção do self, as quais foram descritas no capítulo ‘The consciousness of self’. Para os autores, William James trouxe importantes contribuições no que refere-se ao estudo do self, tais como: Distinção entre dois tipos de self: o self como sujeito (self subjetivo; conhecedor; ego puro; faz referência ao eu que pensa; responsável pela construção do self como objeto) e o self como objeto (criado pelo self como sujeito; reúne o conhecimento sobre si mesmo; soma total de tudo aquilo que uma pessoa pode chamar de seu); Existência de múltiplos selfs decorrentes do self como objeto:

- self material (pertences materiais, incluindo os aspectos corporais como parte de si mesmo);
- self social (características do self reconhecidas pelos outros) e
- self espiritual (self interno, composto por pensamentos, sentimentos e emoções percebidas pela própria pessoa).

O interesse pelo autoconceito teve início por meio da longa história da curiosidade do homem acerca da conduta dos indivíduos, o que levou ao surgimento da necessidade da existência de um agente psíquico que regula, guia e controla o comportamento. Este pensamento é evidenciado pelo despontamento do autoconceito, como motivo de preocupação desde o século V a.C. momento em que Sócrates dizia a seus apóstolos que os mesmos deveriam “conhecerem-se a si mesmos”. As teorias relacionadas ao autoconceito ganharam maior ênfase a partir de 1960, quando a psicologia se tornou ciência dando origem rapidamente a várias pesquisas e publicações em busca da compreensão do processo do desenvolvimento humano (MEIRELES; CUSTÓDIO, 2012; CUSTÓDIO, 2007; SUEHIRO, 2006; FANELLI, 2003).

Ainda antes da elaboração do plano de cuidados, importa clarificar o juízo diagnóstico entre a autoestima e a imagem corporal, recorrendo-se, para tal, a uma árvore de decisão baseada na avaliação de cada foco por meio de instrumentos pré-concebidos para o efeito (a Escala de Auto-Estima de Rosenberg, e o Indicador Nursing Outcomes Classification (NOC) “Imagem Corporal” (SAMPAIO, 2010).

Neste sentido, é possível perceber uma forte relação entre a imagem corporal e a autoestima, já que ter uma autoestima elevada é sinônimo de ter um grau de confiança em si mesmo, sentir-se amado, apreciado pelas outras pessoas significativas, e ter uma imagem de si mesmo positiva relativa às suas habilidades, potencialidades e limitações (BASTOS, 2006). Por conseguinte, a autoimagem pode ser definida, de acordo com o ICN (2005), como uma “crença com as características específicas: modelo, percepções ou convicções acerca da sua pessoa”. Na pessoa com estomia intestinal, a mudança súbita da imagem corporal altera a sua autoimagem, que nem sempre é coincidente com a realidade (BASTOS, 2006). Esta mudança origina sempre alguma confusão e uma alteração negativa na forma como a pessoa se vê a si mesma, sendo esta mudança mais profunda naquelas que tinham uma autoestima mais elevada, ou maior orgulho na sua aparência (COCA *et al.*, 2015; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; MEIRELES; CUSTÓDIO, 2012).

A autoimagem de acordo com Bastos (2006), é uma definidora do padrão de relacionamento da pessoa com os outros, consigo mesma, e com a sua estomia, pelo que se perfaz como o indicador central e de intervenção prioritária para o enfermeiro. Assim, e de acordo com o ICN (2005), se considerar que a autoestima se enquadra dentro da autoimagem, ao intervir ao nível da autoestima, estará também a ser realizado um trabalho ao nível da autoimagem, apesar de essa intervenção não ser total, já que dentro da mesma se enquadram, igualmente, a imagem corporal e a identidade pessoal. A imagem corporal como a imagem mental que cada pessoa tem do seu próprio corpo, sendo resultado do modo como a pessoa se vê a si mesma e como percebe que os outros a vêem (MEIRELES; CUSTÓDIO, 2012; MENEZES, 2008).

Assim, de acordo com Sales *et al* (2010), Menezes (2008) e Bastos (2006), existe uma relação muito estreita entre a imagem corporal e a auto-estima. No entanto, tal como acontece com a autoimagem, a imagem corporal não é um sinónimo de autoestima. Assim, enquanto que a imagem corporal é a soma de atitudes conscientes e inconscientes que a pessoa tem com o seu corpo (que inclui percepções passadas e presentes), a autoestima é o julgamento pessoal da pessoa sobre o seu próprio valor, sendo este obtido por meio da análise de como o comportamento é congruente com o auto-ideal (SALES *et al.*, 2010; MEIRELES; MARTINS, 2012; MENEZES, 2008; DINI; QUARESM; FERREIRA, 2004).

Sob essa ótica, percebemos que a realização de um procedimento cirúrgico como a de uma estomia intestinal, leva a uma desestruturação da forma como a pessoa percebe o seu corpo, que repercute, também, na autoestima e autoconceito da pessoa com estomia intestinal.

A alteração da imagem corporal de uma pessoa com estomia intestinal inicia, em muitos casos, na altura da demarcação do local da estomia intestinal, podendo ser o primeiro marco da alteração da imagem (KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.*, 2009).

Desse modo, a presença da estomia intestinal impacta de forma profunda a imagem corporal do indivíduo, desencadeando reações dependentes das próprias características pessoais, do suporte social disponível e da forma como esse usuário vivencia a perda (SALOMÉ *et al.*, 2015; SALES, *et al.*, 2010; NASCIMENTO; TRINDADE; SANTIAGO, 2011). Quando seu enfrentamento é ineficaz, a tendência é que o sujeito possa desenvolver um quadro de baixa autoestima, repercutindo em um sentimento de desprestígio diante da sociedade, além disso, as pessoas com estomia intestinal podem manifestar explícita ou implicitamente a rejeição de si próprios como um mecanismo de defesa construído sob uma ameaça de rejeição que sofreriam por parte dos outros que estão mais próximos do seu convívio (SALES, *et al.* 2010; KIMURA *et al.*, 2014; SALES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; BARNABE; DELL'ACQUA, 2008).

Portanto, é razoável ponderar que a criação de uma estomia intestinal é um processo cirúrgico que acarreta alterações que vão desde a fisiologia gastrointestinal até alteração da imagem corporal. Inserido em uma cultura que elege o corpo como uma fonte de identidade a estomia intestinal pode ser considerado como uma anormalidade frente aos padrões culturais e sociais (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; SANTOS *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; SALOMÉ *et al.*, 2013). Desta forma, buscando a mitigação do processo previamente descrito, é fundamental que o profissional enfermeiro tenha uma percepção adequada de características psicológicas inerentes a pacientes com estomia intestinal, já que, esta afecção é considerada fonte de alterações na autoimagem e exige do paciente uma adaptação à sua nova condição (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; RECALLA *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; SAMPAIO, 2010).

Nesse sentido, o ato de existir no mundo, do ponto de vista das pessoas com estomia intestinal e seus familiares, remete-os às fragilidades de planejamentos de vida, uma vez que são as incertezas de perspectivas futuras que se tornam presentes; além do que estes sujeitos experimentam sensações diferenciadas de outros pacientes com relação ao ato cirúrgico, com perturbações para as dimensões física, psicológica, social e espiritual (ANARAKI *et al.*, 2012; SALES *et al.*, 2010). Essa alteração na perspectiva de vida desses indivíduos relaciona-se com distúrbios na imagem corporal decorrentes da existência da estomia e de uma bolsa

coletora associada, impondo-os novos padrões de alimentação, eliminação e higiene, além da própria adaptação ao dispositivo coletor; isso tudo contribui para um quadro de baixa autoestima, comprometimento da sexualidade e da sociabilidade (SALES, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

A estomia intestinal associa-se ainda a problemas e limitações emocionais, especialmente quanto a isolamento e depressão, a qual funciona como preditor significativo de QV, interferem na espontaneidade de agir, impedindo um desempenho adequado nos âmbitos social e psicológico (TORRES *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2011; HORN BROOK *et al.*, 2011; KROUSE *et al.*, 2017).

Dentro da percepção geral, é perfeitamente compreensível a pessoa visualizar a estomia intestinal como uma mutilação, comparada com outras incisões abdominais que curam e ficam ocultas. Ainda que com sabida função de manejo de quadro patológico sério cuja medida terapêutica demanda a estomia, ainda assim, como existe uma perda de parte do corpo, bem como uma alteração importante na anatomia, o paciente, frequentemente, atravessa os vários estágios do pesar – choque, descrença, negação, rejeição, raiva e restituição. A preocupação com a imagem corporal pode levar a perguntas sobre as relações familiares, função sexual e, para as mulheres, sobre a capacidade de engravidar e até dar à luz um filho em condições normais (SALLES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013; SMELTZER; BARE, 2005).

Vale ainda ressaltar que ser uma pessoa com estomia intestinal representa conviver com uma diferença aparente, embora nem sempre visível, que, mesmo não gerando, necessariamente, um corpo frágil, incapaz, incompetente, dependente e improdutivo, viola os padrões de beleza, conformação, função e harmonia corporais que a sociedade apregoa, enquanto valores simbólicos essenciais; altera os papéis prévios, imprimindo novos hábitos e cuidados, implicando na modulação do senso de competência, valor e significado pessoal, compondo a violação maior: da identidade (BONIL-DE-NIEVES *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2009; SANTOS; SAWAIA, 2000).

Entretanto, as pessoas submetidas ao procedimento cirúrgico, produtor de uma estomia intestinal, experimentam uma ameaça forte à sua integridade física e ao autoconceito, partindo tanto de si quanto dos outros, uma vez que existe uma mudança da imagem corporal relacionada com uma função corporal – a eliminação fecal. Esta alteração da imagem corporal é, ainda, reforçada pela falta de controle do som e do odor dos produtos eliminados

(KIMURA, 2013; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; DABIRIAN *et al.* 2011; SHABBIR; BRITTON, 2010).

Todavia, o acompanhamento psicológico da pessoa com estomia intestinal é basal, pois esta terá que lidar com as transformações resultantes da confecção estomia intestinal, causadora de grande impacto, desde a perda de um órgão altamente valorizado até a consequente privação do controle fecal e de eliminação de gases (BONILL-DE-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2009; BARTUTTI *et al.*, 2008). Nessa perspectiva, as intervenções psicológicas proporcionam melhora dos sintomas emocionais e da QV da pessoa com estomia intestinal, bem como para os familiares e profissionais envolvidos no tratamento (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; REZENDE, 2015; TORRES *et al.*, 2015; ANARKI *et al.*, 2012). As intervenções incluem psicoeducação, terapia familiar, manejo do estresse, grupos de apoio e terapia individual. Independente da técnica ou abordagem psicológica adotada, todas as intervenções têm como finalidade minimizar o estresse, a ansiedade e a depressão, melhorar a QV e prestar apoio à pessoa com estomia intestinal durante todo o tratamento, resultando no BEP (BONIL-DE-NIEVES *et al.*, 2014; ANARKI *et al.*, 2012; RAINGRUBER, 2011).

Outrossim, é indiscutível que o cuidado, políticas e práticas em saúde e enfermagem à pessoa com estomia intestinal deve ser norteada por condutas éticas como responsabilidade, profissionalismo, zelo e respeito. Espera-se que o objetivo dessa assistência implique positivamente o BEP e que o autocuidado seja estimulado para que a pessoa com estomia intestinal retorne às atividades de vida, com autonomia. O enfermeiro é o profissional de destaque em relação ao desenvolvimento do autocuidado, pois presta os cuidados de forma individualizada, facilitando assim sua reabilitação (CREPALDE, 2016; KIMURA; KAMADA; GUILHEM; 2016; TORRES *et al.*, 2015; FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; RECALLA *et al.*, 2013; ANARKI *et al.*, 2012).

2.4.3 Bem-estar Social da Pessoa com Estomia Intestinal

Inicialmente vale mencionar o texto de Kimura (2013, p.119):

O homem é um ser social, mas para que ele esteja bem consigo e com os outros é indispensável a sua integridade física e psicológica. A resolução das dificuldades encontradas pela pessoa com estomia intestinal envolve sentimentos de confiança, de prazer em conviver com familiares, amigos e no meio social, em não se sentirem rejeitado por outras pessoas e ser compreendido, fornecendo, assim, um suporte de adaptação contínua à condição de ser estomizado. De tal modo, é evidenciada a

importância das relações afetivas familiares e de amigos como suportes essenciais para o Bem-estar Social.

A confecção de uma estomia intestinal tem potencial impacto sobre a qualidade de vida do ponto de vista do BES, em especial se demonstrando sob a perda do controle sobre a eliminação (TORRES *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; PEREIN, 2012; GRANT *et al.*, 2011; SWAM; 2011; KIMURA *et al.*, 2009).

No aspecto social, os principais desafios a serem enfrentados se correlacionam com o isolamento, a dificuldade em olhar a estomia, o impacto financeiro gerado pelas novas demandas da condição da pessoa com estomia intestinal bem como o impacto da estomia sobre a rotina de viagens, a mudança nas atividades rotineiras e o constrangimento experimentado em eventos sociais (GRANT *et al.*, 2013; POPEK *et al.*, 2010; KROUSE *et al.*, 2008; MCMULLEN *et al.*, 2008; COONS *et al.*, 2007).

Após a cirurgia, a pessoa deverá assumir, de maneira eficaz, as funções fisiológicas que seu corpo, até então, realizava de forma automática. A perda da continência, associada à criação da estomia intestinal, ocasiona alteração da personalidade mais grave do que no caso de outras mutilações, embora essas sejam mais difíceis de disfarçar que a estomia intestinal. Isso pode atrapalhar a convivência social e levar a pessoa a pensar que não é de todo normal e a se sentir diferente por não apresentar as características e atributos considerados como normais pela sociedade, decorrente de seu corpo imperfeito (SANTOS *et al.*, 2014; BONILL-D-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; GOFFMAN, 2008, SILVA; SHIMIZU, 2006; PULIDO; SANCHEZ, BARAZA, 2001). Vale destacar, que embora tenha sido desenvolvida como terapia para aumentar a sobrevida e proporcionar às pessoas melhor QV, as estomias são agressivas e mutilantes a todo o processo de viver humano, ocasionando sentimentos de repugnância de si mesmo e desprestígio social (TORRES *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014; SILVA, SHIMIZU, 2006).

Diante do exposto, pode-se considerar que muitas vezes, a pessoa com estomia intestinal percebe-se estigmatizada socialmente, sentindo-se diferente perante sua família e sociedade, conseqüentemente dificultando sua própria aceitação e seu processo de adaptação, o que acarreta mudanças no convívio social. Isto faz com que a pessoa com estomia intestinal se sinta diferente, excluída, e experimente um senso de rejeição (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; ANARAKI *et al.*, 2012; KIMURA *et al.*, 2009). Assim, a pessoa com estomia intestinal vivencia momentos críticos da vida, pois tende a se sentir estigmatizado, por julgar-se diferente, ou seja, por não apresentar

as características e os atributos considerados normais pela sociedade (KIMURA *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Assim, o paciente portador de estomia, muitas vezes, incorpora um estigma social, pois se sente desigual diante das outras pessoas, apresentando a preocupação de esconder a estomia até mesmo de seus familiares. Além disso, no período inicial da convivência com a estomia há maiores dificuldades no desenvolvimento de atividades de lazer e de convívio social, pois o indivíduo se restringe a não frequentar lugares públicos pelo receio de sofrer estigmatização (BONIL-DE-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Estas dificuldades no convívio social, causadas pela presença da estomia e da bolsa coletora ocorrem devido à eliminação de gases, no caso da colostomia e ileostomia, podendo levar o indivíduo a sentir-se exposto a uma situação de constrangimento. A fim de buscar alternativas para conseguir realizar ações rotineiras, os indivíduos com estomias desenvolvem comportamentos de defesa visando evitar que sejam percebidos como diferentes pelas outras pessoas, como, por exemplo, aproximando-se dos locais onde há presença de sons, com o objetivo de reduzir a possibilidade de que alguém escute os ruídos provocados pela estomia. O que antes era considerado algo reservado à pessoa, torna-se, de certa maneira, compartilhado com quem está próximo (SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; CASCAIS; MARTINI; KIMURA *et al.*, 2009; ALMEIDA; 2007).

Segundo Kimura *et al.* (2014), Grant *et al.* (2013) Kimura *et al.* (2013), Fernandes *et al.* (2010), Poek *et al.*, (2010), Krouse *et al.*, (2008), McMullen *et al.*, (2008) e Coons *et al.*, (2007), as atividades ativas como viajar, realizar algum tipo de esporte são pouco realizadas pelas pessoas com estomia intestinal, levando à ociosidade. As razões dessas restrições prendem-se à insegurança derivada da qualidade dos equipamentos coletores, problemas físicos, dificuldades em higienizar o equipamento, vergonha e medo de problemas gastrintestinais. Além do mais, o retorno às atividades ocupacionais/produativas é dificultado pela sensação de perda ou redução da capacidade produtiva. Tais dificuldades relacionadas ao trabalho e integração social ocorrem devido ao uso do equipamento coletor causar desconforto, insegurança, pela preocupação com os gases, vazamentos e eliminação de odor pelas fezes.

Outra causa que pode interferir negativamente no Bem-estar Social (BES) da pessoa com estomia intestinal é o aspecto da sexualidade. Assim, Freud (2002, p.65) expressa:

A sexualidade pode ser entendida como um aspecto fundamental da vida e, está presente desde o nascimento até a morte, apresentada com características próprias em cada período do ciclo vital. Ainda, o mesmo autor se manifesta salientando que sexualidade é, portanto, o conjunto das emoções, sentimentos, fantasias, desejos e interpretações que o ser humano vivencia ao longo de sua existência. A sexualidade constitui parte integral da personalidade humana, associando experiências pessoais, afetivas, conhecimentos socioculturais, crenças e valores construídos ao longo da história, não podendo ser, o relacionamento sexual, desvinculado das temáticas sociais, históricas, antropológicas e psicológicas.

Deste modo, a sexualidade é parte intrínseca do ser humano, além disto, a sexualidade é considerada uma necessidade humana básica; é expressa não apenas na aparência, mas principalmente, na subjetividade individual, e é privativa de cada ser humano. A forma como se manifesta é muito pessoal, desempenha importante papel nas reações que desencadeia no indivíduo e o parceiro (KIMURA *et al.*, 2013; AMORIM *et al.*, 2007).

Ademais, sexualidade excede a necessidade fisiológica e tem relação direta com a simbolização do desejo e da atração. O sexo produz fortes emoções e transcende definições físicas que permeia todos os momentos da vida, possui significados complexos, multifacetados e que concentram grande carga de subjetividade (KIMURA *et al.*, 2013; VIOLIN; SALES, 2010; KIMURA *et al.*, 2009; PAULA *et al.*, 2009).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, foram definidos os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva atualmente reconhecidos pela OMS: (ALBUQUERQUE, 2015).

Assim segundo Albuquerque (2015, p. 32 e 33):

A saúde sexual pressupõe uma abordagem positiva à sexualidade humana. Consiste na integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

Dessa forma, a pessoa com estomia intestinal pode sentir violação de diversos aspectos de sua subjetividade que resultam no comprometimento de sua sexualidade. Esta consiste em um aspecto fundamental da imagem corporal, da identidade e da autoestima que abrange a representação social de masculinidade e feminilidade. Grande parte das dificuldades sexuais está relacionada ao sentimento de vergonha em expor seu corpo ao parceiro, o que gera o medo de ser rejeitado (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Portanto, compartilhar do diagnóstico com o parceiro constitui um passo importante para auxiliar no processo de reabilitação da pessoa com estomia intestinal, pois possibilita a expressão das ansiedades e inseguranças, além da chance de solicitar e receber apoio emocional, amor, empatia, cuidados, ajudando no enfrentamento da situação e influenciando favoravelmente o seu estado de saúde. É importante que o parceiro seja envolvido no plano assistencial da pessoa com estomia intestinal desde a fase pré-operatória para o sucesso do seu processo de adaptação a estomia (KIMURA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013; KNOWLES *et al.*, 2013; PAULA; TAKAHASKI, PAULA,2009).

A estomia intestinal alteram a aparência física e a função corporal das pessoas, sendo sua exteriorização no abdome, fato gerador de grandes mudanças em como esses indivíduos se veem, podendo sentirem-se ansiosos ou autoconscientes; e isso tem repercussões diretas para o exercício de sua sexualidade e sexo, já que seus parceiros também poderão ter medos relacionados a machucar a estomia ou deslocar a bolsa; nesse contexto a QV é uma medida que cada vez mais adquire importância para esse tipo de cirurgia (COCA *et al.*, 2015; SENA, 2015; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; KEMENT *et al.*, 2014).

O sentimento de inutilidade, desgosto, depressão, perda da autoestima, do status social e da libido, além de reforçarem as alterações na dinâmica familiar, causam impacto psicológico, nutrem a fantasia de que perderão sua capacidade produtiva, levando-os a exteriorizar sentimentos como tristeza, ódio, repulsa e medo (COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALLES; BECKER; FARIA,2014; VIEIRA *et al.*, 2013; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Devido às diversas mudanças enfrentadas, pessoas com estomia intestinal vivenciam sentimentos de desorganização emocional que culminam em reclusão social, tudo relacionado à questão da autoimagem. A autoimagem pode ser definida como a representação mental que alguém faz de si mesmo. A maneira como sente o próprio corpo está intimamente relacionada com a autoestima (COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALLES; BECKER;

FARIA,2014; GRANT *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013;MATOS; SAAD; FERNANDES, 2004).

Dessa forma, a criação de uma estomia intestinal gera ruptura da imagem corporal, ocasionando sentimentos discriminatórios de estigma. As alterações na imagem corporal provocam, na maioria das pessoas comestomia intestinal , dificuldades relacionadas à sexualidade, pois a sociedade atribui à beleza diferentes significados para os gêneros, masculinos e femininos, valorizando, por conseguinte, de maneira diferenciada, os atributos de uma imagem ideal para cada um (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT,2014;SOUZA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2009; SILVA; SHIMIZU, 2007; SANTOS; SAWAIA, 2000).

Por conseguinte, o profissional de saúde, em destaque, o enfermeiro, para abordar a sexualidade da pessoa com estomia intestinal, terá que superar muitas dificuldades em relação aos preconceitos que envolvem o tema, em razão de estar relacionado a valores sociais, culturais e familiares e à sua pouca experiência, havendo a necessidade de preparo adequado para a maioria (KIMURA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013; PEREIRA; PELÁ, 2006). Apesar do desafio de abordar os impactos da estomia sobre a sexualidade e treinar o profissional de enfermagem no que tange ao manejo desse tipo de complicação, deve-se considerar que a busca por mais conhecimentos é de grande relevância para o enfermeiro. Isso facilitaria a identificação de problemas na área da sexualidade e a partir daí orientaria melhor estas pessoas, repassando-lhes a ideia sobre a importância de exercerem sua sexualidade sem preconceito e repressões e de que é possível desfrutá-la em qualquer momento da vida, mesmo na condição de ser estomizado (KIMURA *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Diante disso, na gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, faz-se necessário estabelecerem-se estratégias educativas continuadas de esclarecimentos para a pessoa com estomia intestinal, para satisfazer suas necessidades específicas, assim como de seus familiares, respeitando sua individualidade e dialogicidade, constituindo-se como um cuidado complexo no meio social. Objetivando tanto sua mais pronta reabilitação, sobretudo a reinserção social, quanto à promoção no BES, resultando em uma melhoria em sua QV.

2.4.4 Bem-estar Espiritual da Pessoa com Estomia Intestinal

Atualmente, as pesquisas têm demonstrado o fenômeno da religiosidade como um fator influenciador da QV das pessoas, ressaltando a importância de sua compreensão (MELO *et al.*, 2015). O envolvimento religioso reduz a ansiedade existencial ao oferecer respostas

que permitem uma organização de conflitos emocionais, estabelecem um sistema de orientação moral e ética, além de desestimular práticas consideradas destrutivas para a saúde de uma forma geral (MELO *et al.*, 2015; MEDEIROS, 2010).

Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental. Uma revisão de 200 (duzentos) artigos demonstrou que em 50% (cinquenta) dos casos ela está associada com fatores positivos e em 25% (vinte e cinco) com fatores negativos (ROCHA; FLECK, 2004). Assim, a doença pode representar uma oportunidade de crescimento espiritual, uma vez que lembra ao sujeito sua fragilidade e traz questões sobre o propósito das coisas. A religiosidade não pode ser negligenciada enquanto vetor a ser considerado como participante da solução para os impactos da estomia, uma vez que constitui um aspecto relevante na vida da pessoa (KIMURA *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013).

Destarte, o fenômeno da religiosidade tem sido alvo de diversos estudos nos mais variados campos científicos. Sabe-se que as manifestações religiosas estão presentes na humanidade desde os primórdios de sua existência e, ainda nos dias de hoje, permanecem muito presentes na vida da maioria das pessoas. Sendo assim, não é de se admirar o interesse dos pesquisadores em identificar como esse fenômeno atua na dinâmica social dos indivíduos, influenciando o seu comportamento, a sua concepção de si mesmo, do outro, do mundo que o rodeia e até mesmo a sua saúde (MELO, 2015).

De acordo com Melo *et al.* (2015) Farris e Rosa (2011), ao discorrerem sobre concepção de religiosidade, afirmam que a religião é um fenômeno relativo ao desejo, isto é, o homem tem consciência de sua finitude e limitações, mas tem o desejo de superá-la por meio de experiências e modos de existência que lhe fazem celebrar e gozar. Por conseguinte, a religiosidade denota então um fenômeno que está agregado à busca do homem por responder os seus questionamentos existenciais e dá sentido a sua vida.

Ademais, Melo (2015) e Motta, Júnior (2011) defendem que a religiosidade incide na busca do homem por transcendência e é um dos meios pelos quais ele pode vivenciar a sua espiritualidade. Os autores afirmam ainda que a religiosidade faz com que o homem reflita sobre si mesmo e as suas relações, buscando significados para a sua existência que estão além do mundo objetivo. Contudo, a religiosidade, na maioria das vezes, não necessita de constatação empírica para que possa ser vivenciada, fazendo com que essas duas linhas de conhecimento sejam consideradas opostas.

Com base no que foi mencionada, anteriormente, a religiosidade pode ser fator de saúde e de QV, ou não, a depender das características sociais, culturais, subjetivas, de

personalidade e de saúde do sujeito que a vivência, além de diversos outros aspectos conhecidos e desconhecidos. A espiritualidade tem o potencial de trazer serenidade e felicidade autêntica aos humanos, a depender de como é vivenciada pelo sujeito, não sendo, portanto, regra geral (MELO, 2015).

Nesta perspectiva, atualmente, para se deliberar sobre o conceito de religião é meritório também diferenciá-lo do conceito de espiritualidade, já que são construtos que estão intimamente agregados e, muitas vezes, são considerados sinônimos. A espiritualidade se constitui de um sentimento íntimo existencial, uma busca pelo sentido de viver e estar no mundo e que não essencialmente vai estar enleado à crença em algo maior, como um Deus. Logo a religiosidade, pode ser compreendida como sendo um conjunto de crenças e práticas pertencentes a uma doutrina, que são associadas e seguidas por um grupo de pessoas, por meio de cultos ou rituais que submergem essencialmente a noção de fé (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

O compromisso religioso é um fenômeno multidimensional que é clinicamente pertinente e tem o potencial para beneficiar, frequentemente, ou prejudicar, ocasionalmente, a saúde mental (LARSON *et al.*, 1996). Além do mais, reconhecem-se três tendências ou conclusões gerais: a religião é benéfica à saúde mental; há alguns tipos de religião que podem prejudicar a saúde; e religião não é a expressão das doenças mentais (FARRIS; ROSA, 2011).

Sobretudo, a religião e o apoio espiritual buscado com maior frequência pelas pessoas com estomia intestinal. Esse serve de referência para as concepções gerais, embasa os significados da experiência intelectual, emocional e moral, tanto para o indivíduo como para o grupo. Além de que a prática da religião, ou seja, o envolvimento religioso pode apresentar-se como um elemento que contribui no enfrentamento da doença, o que permite maior aderência ao tratamento, diminuição do estresse e da ansiedade, buscando um significado para a nova situação (SANTOS *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2014; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; KIMURA *et al.*, 2011; BALDWIN *et al.*, 2009).

Nesta perceptiva, o suporte religioso destaca-se relação direta entre o domínio BEE e o sentimento de paz interior, esperança e motivação para viver, o que possibilita destacar a conotação de pertinência e identificação social da religião, bem como favorecem a aceitação às mudanças impostas pela estomia acerca da nova condição de vida (TORRES *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.*, 2013).

A religiosidade exerce um papel fundamental na superação e na aceitação da nova condição de estomizado, podendo produzir alívio diante do sofrimento. Portanto, a crença em

um “Ser Maior” que pode curar, ajuda as pessoas com estomia intestinal a dar um sentido ao adoecimento, a aceitar a nova condição existencial e a relativizar a dor e as dificuldades vivenciadas, e dessa forma, lhes permite superar essa fase de mudanças, levando-os a se sentir mais ativos no tratamento, mais encorajados a lutar pela sobrevivência por meio da esperança na recuperação associada ou não à cura (GRANT *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2010; BALDWIN *et al.*, 2008).

Na literatura, observa que as pessoas com uma profunda religiosidade têm seu tempo de internação diminuído. Algumas pesquisas concluem que o BEE é tão importante, que pode afetar a saúde de forma positiva. Portanto, a espiritualidade e a religião constituem um importante recurso da pessoa com estomia intestinal. Estas crenças oferecem forças significativas nos diversos momentos de sofrimento causados tanto pela doença como pelo tratamento (KIMURA *et al.*, 2014; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2010; BALDWIN *et al.*, 2008).

Para Kimura (2013, p.62):

As crenças religiosas têm auxiliado as pessoas com estomia intestinal, dando-lhes força nos momentos de dificuldades vivenciadas em situações de ser estomizado, sobretudo, a crença religiosa ajuda a afastar o sentimento de morte e de possíveis complicações da estomia intestinal. Ademais, a religiosidade, a crença e a fé em um Deus que pode curar, ajudam as pessoas com estomia intestinal a dar um sentido ao adoecimento, a aceitar a nova condição existencial e a relativizar a dor e as dificuldades vivenciadas, e dessa forma lhes permite superar essa fase de mudanças existenciais e fisiológicas, levando-as a se sentirem mais ativos no tratamento, mais encorajados a lutarem pela sobrevivência por meio da esperança na recuperação e/ou cura.

Nos estudos de Kimura (2013) e Grant e seus colaboradores (2013) apresentam evidências importantes observadas nos relatos das pessoas com estomia intestinal que demonstram que a religião, bem como o apoio espiritual, proporcionam, ainda, sustentação para a esperança e para o enfrentamento de situações adversas e conflitantes. As pessoas com estomia intestinal mencionaram que buscam ajuda em um ser superior para lhes dar força e esperança para enfrentar as situações difíceis. Geralmente, eles recorreram ao apoio de Deus em diversos momentos pelos quais passaram, após receberem a notícia da necessidade da estomia intestinal. Além disto, evidenciou-se que a fé ou a busca pela ajuda divina fazem com que a pessoa se lance à procura de recursos para o enfrentamento de sua luta diária. O aproximar-se de Deus suscita forças para suportar suas vicissitudes.

Face ao exposto, sabe-se que, ao se pronunciar sobre saúde, é indispensável abordar o conceito de QV, haja vista que a sua construção emerge pela necessidade de uma concepção alargada de saúde que conglomere todas as dimensões abarcadas nesse processo. Ao se defrontar com o sujeito nas práticas de saúde, tem-se a necessidade de haver o compromisso de empregar meios humanizados para tal, buscando compreender o que é saudável para ele e, isto posto, oferecer espaço para a sua subjetividade. Percebendo que a religiosidade e a espiritualidade podem ser ferramentas constituintes da subjetividade dos indivíduos, é de suma importância que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros saibam lidar com esses fenômenos de maneira adequada, ampliando o conceito da cura para além da implementação de medidas modificadoras de doença, para abarcar os conceito de cuidado integral, em todas as esferas determinantes do ser humano (TORRES *et al.*, 2015; MELO, 2015).

De mais a mais, não se pode desconsiderar os aspectos benéficos que a religiosidade e a espiritualidade têm indicado. Por isso, é de fundamental importância repensar uma aproximação da formação profissional com esses fenômenos, entendendo que eles se constituem como aspectos sociais e culturais dos contextos nos quais os indivíduos estão inseridos. Vale ressaltar que é essencial para a enfermagem ter uma visão abrangente de espiritualidade, possuir certo nível de maturidade e habilidade para ser aberto, quando as crenças do outro diferem da sua. Para tanto, é necessário que os profissionais fiquem mais próximos das pessoas com estomia intestinal para que o cuidado seja integral e abrangente, não somente o corpo, mas também a mente e o espírito, sucedendo no BEE.

2.5 CUIDADO, POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2.5.1 Desvelando o processo de cuidado, de políticas e de práticas em saúde e enfermagem

Essencialmente, a prática de cuidados é a mais ancestral de todas na história do mundo. Durante milhares de anos, os cuidados não eram condicionados de um sistema, menos ainda incumbiam a uma profissão. Pronunciavam respeito a qualquer pessoa que auxiliava outra a permanecer a vida em relação ao grupo e eram norteados a partir de duas situações, a saber: assegurar a vida e recuar a morte (SCHVEITZER, 2015).

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. (...) Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo (COLLIÈRE, 1989, p.29).

Neste sentido, o cuidado é basilar, inerente à sobrevivência de todo ser vivo, foi fortemente modificado entre os humanos à medida que nasceram as inúmeras transformações tecnológicas, socioeconômicas e culturais que repartiram as práticas de cuidados em uma vastidão de tarefas e atividades diversas. Com o passar do tempo, os cuidados de mantimento da vida e curativos, surgidos de descobertas empíricas, foram trocados pelos cuidados médicos, que se distinguiram como os únicos científicos. O artifício dos cuidados foi aos poucos isolado, segmentado, fendido e apartado das dimensões sociais e coletivas. O “cuidar tornou-se tratar a doença” (COLLIÈRE, 1989).

Diante o exposto, o processo de cuidar em saúde deve ser abarcado como um processo interativo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em determinado momento, mas que tem o poder de gerir a modificação (KIMURA *et al.*, 2013). Ayres (2005) ressalta que o processo de cuidar é a capacidade dos seres humanos de crescer e modificar-se em um processo constante de relação entre o ser cuidado e o cuidador.

Assim, o cuidado é o fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual concebe a forma como ocorre o encontro ou situação de cuidar entre cuidador e ser cuidado. Desta forma, ele é visto como uma maneira de ser, algo existencial, além de relacional e contextual. No âmbito da enfermagem, ele abarca comportamentos e atitudes demonstrados nas ações, desenvolvidos com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver (WALDOW, 2001).

Corroborando, ainda, que se compreende que o modo de intervir no cuidado ao ser humano altera-se em razão com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado. Por isso, é necessária a aproximação, o tanto quanto possível, da compreensão de mundo daquele que é cuidado, incluindo-se as crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade na maneira de cuidar (AYRES, 2005).

Especificamente na Enfermagem, Collière (1989) descreve a história e a evolução da forma de alcançar o cuidado em três estações, sendo: 1º - práticas das mulheres que oferecem cuidados, desde os tempos mais recuados da história da humanidade até a Idade Média; 2º - práticas de cuidados da mulher ‘consagrada’, desde a Idade Média até o fim do século XIX; 3º - mulher enfermeira – do princípio do século XX ao fim dos anos 60, que compreende o status moral e o status técnico da profissão. Além disso, a referida autora aponta a gênese da prática

de cuidados a partir de sua caracterização entre mulheres e homens ao longo da história da humanidade. As mulheres estariam pautadas com as práticas de cuidados para garantir a conservação da vida, ordenadas em circuito da fecundidade, do parto e do corpo sofrido. Os homens fariam recuar a morte, melhorando o corpo ferido que decretava força física para também reprimir os agitados, as pessoas em estado de delírio ou de loucura. Essa bifurcação elucidada como as primeiras se tornarão enfermeiras e os segundos médicos, cirurgiões e enfermeiros de prisões, leprosários e manicômios (COLLIÈRE, 1989).

Assim, é possível entender que, além da separação social do trabalho, diferentes maneiras de compreender saúde e cuidado influenciam nas práticas assistenciais e na sua atribuição à homens e mulheres. Isto é, as contestações entre as divisões de gênero nas práticas derivam não tanto dos avanços científicos, como da própria edificação da sociedade e seus indivíduos, que induz à valorização maior de algumas maneiras de cuidado em detrimento de outras. Se primeiro o desempenho da mulher ao cuidar explanava um desenho de relação com o mundo, na qual o corpo era recinto de encontro e expressão, após a ascensão do cristianismo e a caça às bruxas, a mulher teve de se apartar cada vez mais do cuidado ao corpo e se aproximar da sua alma, por meio da caridade. É nesse cenário que se desenvolveu o cuidado apresentado por ⁷Florence Nightingale (SCHVEITZER, 2015).

Florence Nightingale foi considerada precursora nas ciências da saúde, nas estatísticas de saúde, nas reformas sociais, no que presentemente titulamos de Prática Baseada em Evidência, na Enfermagem Holística, nas Teorias de Enfermagem e na Saúde Pública (ZOBOLI, 2011). Todavia, essa ótica social de cuidado igualmente padeceu com a hegemonia do modelo biomédico de entendimento de saúde, que centrou o cuidado no biológico e isolou o doente. Balizar o cuidado ao físico, sem abranger o entorno social e comunitário, é uma maneira inconcebível de operar como enfermeiro, “de fazer-se presença no encontro de Enfermagem, que é um encontro de cuidado” (ZOBOLI, 2011).

Portanto, a atuação da equipe multidisciplinar, em especial, da enfermagem deve ser fundamentada na avaliação holística do indivíduo, de modo que lhe seja oferecida assistência integral, individualizada e sistematizada, voltada também para os aspectos subjetivos relacionados à representação social de seu novo estilo de vida. Almejar a integralidade no cuidado da pessoa com estomia intestinal implica que o usuário deve ser olhado como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à

⁷ Florence Nightingale, Enfermeira inglesa nascida na cidade italiana de Florença, onde sua família, de origem inglesa, residia temporariamente, que com seu trabalho lançou as bases dos modernos serviços de enfermagem, ganhando fama, portanto, como fundadora da profissão de enfermeira e como reformadora do sistema de saúde.

sociedade na qual se insere. Para tanto, é imprescindível demonstrar a importância da articulação das ações de educação em saúde como componente produtor de um saber coletivo que manifesta no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (KIMURA *et. al.*, 2014).

2.5.2 Contextualização do cuidado integrado no contexto dos Sistemas de Saúde

A OMS, no ano de 2000, reavaliou o Sistema de Saúde de modo a promover, reparar e conservar o bem estar de uma população, isto é, sinalizando o desempenho dos Sistemas de Saúde no que se refere à QV. A editoração apontou que há uma separação de forças em um Sistema de Saúde e que estes elementos são as definições das reformas do sistema. Em contrapartida permanece a questão pautada nas mudanças demográficas e epidemiológicas atreladas a um crescimento de expectativa e direitos dos pacientes. De outro ponto de vista, existem fatores catalogados à pressão econômica e aos progressos na tecnologia na medicina e dos sistemas de informação. O condicionamento da OMS coopera para que a Comissão Europeia pudesse implantar e desenvolver o cuidado integrado a partir de algumas prioridades, a saber:

- O acesso da população à atenção de saúde primária com o suporte de um sistema hospitalar;
- A garantia de continuidade dos cuidados, a partir de serviços integrados transversalmente de um sistema eficiente, de baixo custo, ordenados pela atenção primária promovendo a interseção entre atenção secundária e terciária;
- A presença de médicos e enfermeiros generalistas atuando por meio de uma equipe multiprofissional em que a comunidade local e outros setores dos serviços de saúde e social estejam abarcados (OMS, 2000).

2.5.3 As concepções das Práticas de Saúde

Mencionar tecnologia nas práticas da saúde como um saber fazer propositado mediado pela reflexão/razão do ser humano e suas experiências admite que os profissionais de saúde possam reencontrar sua identidade autônoma, responsável, reflexiva, coerente e ponderar a subjetividade para uma prática integrada, singular e científica, isto é, uma prática tecnológica (MEIER; CIANCIARULLO, 2002).

Todavia esse não é um procedimento simples, posto que cada profissional proporciona distintos instrumentos/conteúdos/attitudes nas valises que emprega para a prática em saúde. Se

se regressar a concepção de Merhy (2007), pode-se compreender como as práticas complementares/integrativas e as práticas humanizadoras são tecnologias que podem ou não fazer parte dessas valises.

No contexto da Biomedicina, o profissional conterà na valise agregada à sua mente saberes e conhecimentos que foram alargados dentro da Física clássica e da fragmentação do organismo. De tal modo, será uma provocação para esse profissional compreender uma tecnologia suave que não faça membro desse referencial epistemológico (TESSER; LUZ, 2008). O exemplo dessa conjuntura é a dificuldade atual de abarcar a integralidade dentro da prática em saúde. A teoria da Biomedicina, acoplada aos saberes científicos, não foi edificada dentro de um referencial integral, e tem sido muito complicado transformar a prática, pois esse saber destina a ação cognitiva e terapêutica dos profissionais hegemonicamente biomédicos (TESSER; LUZ, 2008).

Assim, cada racionalidade médica proporciona distintos saberes e ainda diferença na maneira como as valises irão relacionar para desempenhar a prática de saúde. Todo o processo interpretativo e terapêutico será limitado e encaminhado pelos valores, métodos e limites estilísticos, e todo saber e ação em saúde/doença serão mais ou menos concluídos, amplos e verazes em coerência com as respectivas concepções e características das racionalidades (TESSER; LUZ, 2008).

A Atenção Básica é o recinto que acertadamente proporciona as melhores condições para o exercício dessas tecnologias, visto que está menos afetada historicamente com a cultura das especialidades biomédicas e igualmente por ser o ambiente máximo de autonomia tanto de profissionais quanto de usuários (TESSER; LUZ, 2008; QUEIROZ, 2006). A propósito do contexto em que se adentra o tratamento dado à saúde,

Merhy (2006) assim se expõe:

A rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde (MERHY, 2006, p.199).

No contexto das práticas alternativas presentemente, a PNIPIC vem requerendo uma maior promoção a essas terapias no SUS e tentando minimizar uma equação intensamente deslegitimadora, que incide em admitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS) ao mesmo tempo, para os pobres, sobra o rigor (e os limites) da Biomedicina. (SCHVEITZER, 2015).

Além da integralidade, congregar a autonomia no cuidado é similarmente um desafio para as distintas racionalidades, não só para a Biomedicina, dado que o profissional pode acolher com práticas complementares sem concretizar uma atenção humanizada, comprometida com o usuário e o seu estilo de vida, desta forma, permanece uma prática fragmentada. (SCHVEITZER, 2015).

Percebe-se que, além das dificuldades epistemológicas submergidas no arranjo das valises de cada racionalidade, é mister também estimar as práticas humanizadoras como tecnologias que podem constituir ou não parte dessas valises. Posto que, para a maioria das racionalidades, o cuidado humanizado seja intimamente estruturado, as dificuldades da inclusão da Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Básica são uma comprovação de como é difícil abarcar essa tecnologia na prática em saúde (SCHVEITZER, 2015).

Pari passu, a Atenção Básica é um artefato estratégico que responde a um alongado do processo social decorrente de reordenações na sociedade capitalista brasileira e da relação em meio as políticas sociais e da saúde em especial, demanda por ações individuais e coletivas para constituir um cardápio tecnológico de intervenções em saúde (MERHY, 2006).

Neste sentido, é um desafio associar essas ações com os saberes estruturados (clínicos/epidemiológicos, entre outros) a fim de oferecer, nas instalações de saúde, acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, compromisso e autonomização dos usuários, diante dos desiguais “modos de andar a vida” (MERHY, 2006).

Consequentemente, se tecnologia não é somente aplicação de ciência, não é meramente um modo de fazer, mas é também uma deliberação sobre quais coisas podem e devem ser realizadas, então os profissionais de saúde têm de refletir como estão arquitetando mediações e elegendo o que devem querer, ser e fazer àqueles a quem assistem e a si mesmos (AYRES, 2009).

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido de intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar esse estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009, p.64-65).

Destarte, para que as práticas complementares/alternativas e humanizadoras permaneçam presentes nas valises, faz-se necessário não somente expandir as bases científicas das tecnologias para além das ciências biomédicas, da mesma forma alcançar um

trabalho de reconstrução das interações intersubjetivas de cuidado para que a presença do outro seja mais efetiva e criativa (AYRES, 2009).

2.5.4 Clínica Ampliada e Compartilhada

A concepção da Clínica Ampliada abarca os distintos enfoques mandatórios para atenção à saúde, estimando a pessoa em sua singularidade e totalidade e não apenas focando nas expressões das doenças das quais são portadoras (BRASIL, 2009b). Não obstante, visa compartilhar com as pessoas que procuram a assistência, o diagnóstico e a conduta terapêutica a ser seguida, como forma de fortalecer a aceitação do tratamento, e corresponsabilizar profissional e pessoa (MERHY, 2007; PASSOS; BENEVIDES, 2000).

Laborar com a diretriz da Clínica Ampliada e Compartilhada é uma estratégia de unir/articular/integrar as grandes facetas e suas diversas ramificações que são acolhidos pelos serviços de saúde: o biomédico, o social e o psicológico aos quais incluo a espiritualidade; negando a focalização da assistência em apenas um tipo de problema e uma determinada solução, o que por diversas vezes gera um trabalho de forma excludente (BRASIL, 2009b).

Nesta perspectiva, quando se idealiza uma clínica, logo refletimos na figura de um consultório médico, com mobílias, a presença do médico e do paciente aguardando a consulta. Nesta clínica, não existe criação de vínculos, há uma conversa verticalizada, na qual o profissional é o detentor do saber e a pessoa não possui poder de negociação, possibilitando ao profissional maior independência na escolha da terapêutica (BRASIL, 2009b). Essas decisões são tomadas apenas por uma pessoa com o conhecimento clínico específico. O diagnóstico e tratamento serão focalizados apenas na manifestação da doença e no corpo (POLETTO, 2011).

Em combate a isso, a Clínica Ampliada e Compartilhada é uma das diretrizes da PNH do SUS, na qual a atenção à saúde prestada pelos profissionais e serviços de saúde carece valorizar a pessoa em sua integralidade, negando o reducionismo e a segmentação dos cuidados realizados. O atendimento não possuirá mais uma ótica específica e única. A definição dos diagnósticos e das terapêuticas não será mais detida apenas a um profissional ou aos profissionais. A pessoa será compartilhadora do saber e terá poder de decisão na escolha de seu processo de cuidado, sendo todo o atendimento passível de integração dos diferentes saberes (BRASIL, 2009b).

Diante do exposto, compreende-se como atenção em saúde, a atenção provida aos indivíduos ou ao coletivo, por profissionais, serviços de saúde e políticas públicas, negando o

padrão de tecnicismo biologicista que fragmenta os cuidados às especialidades e transcendendo fatores comportamentais que estão intimamente ligados ao estilo de vida e fatores de risco. É uma atenção ampliada, que atende ao sofrimento físico/biológico inicial apresentado, contemplando também as diversas dimensões da saúde – sociais, psicológicas, espirituais e subjetivas – que são expressas pelo indivíduo ou coletivo. Permite a elaboração de projetos terapêuticos amplos, interdisciplinares, incentivando o papel ativo do indivíduo e atingindo os diferentes níveis de complexidade dos serviços (POLETTTO, 2011; MULLER; PAUL; SANTOS, 2008).

Vale ressaltar que as metodologias padronizadas de atenção remetem para os serviços de saúde a antiga lógica do trabalho em produção, na qual acreditam ser inevitável a fragmentação dos atendimentos pelas diversas especializações existentes. Afirmam ainda que a adoção de protocolos não é capaz de dar conta das diferenças que possuem as pessoas nas expressões do seu processo de saúde-doença. Contudo, é fundamental salientar que a existência desses protocolos não é algo considerado ruim ou errado, eles funcionam como um guia, contendo a atenção mínima básica que cada pessoa precisa receber nas determinadas situações. O diferencial vem dos profissionais que devem reconhecer as necessidades individuais e coletivas e, com isso, adaptar e adequar a terapêutica, apoiada na participação e conforme as particularidades de cada pessoa (POLETTTO, 2011; CAMPOS; AMARAL, 2007).

A esperteza dos profissionais para a falta de adesão das pessoas ao tratamento proposto pela equipe veio comover o alicerce do paradigma biomédico de atenção à saúde, direcionado às queixas correlacionadas apenas à patologia e aos sinais e sintomas apresentados, sendo necessário articular e correlacionar a atenção às dimensões ampliadas (sociais, políticas, psicológicas, econômicas e culturais), agregando práticas que sejam realmente eficazes no tratamento das doenças e na promoção da saúde (POLETTTO, 2011; VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, a proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada objetiva reconhecer o compromisso dos profissionais e instituições de saúde com a pessoa e autonomia em sua vida. Possibilita que compreenda sobre o seu processo de adoecimento, reconhecendo seus poderes, limites e riscos (CUNHA, 2005). A Clínica Ampliada e Compartilhada refere-se à atenção direcionada à saúde física, abrangendo o cuidado proposto por portarias, guidelines, protocolos de atendimento específico à pessoa com estoma e à causa da cirurgia. De tal modo, ao incluir a proposta da clínica os termos ampliada e compartilhada, resulta-se na

expansão a atenção em saúde para além da estomia intestinal, do proposto, do já descrito e definido. A atenção individualizada deverá transcender as mais variantes necessidades emergentes de cada pessoa com estomia, em sua singularidade, compartilhando seus saberes e responsabilidades na escolha e adesão à terapêutica adotada (POLETTTO, 2011).

Pari a passu, ao conhecer as orientações que a pessoa vem recebendo, a existência do acompanhamento multidisciplinar, o reconhecimento dos espaços e serviços específicos disponíveis, o compromisso do profissional com o acolhimento e o diálogo, entre outros, identificará se a atenção que está sendo fornecida abrange às necessidades expressas pelas pessoas, respeitando suas características e necessidades individuais, sem desvalorizar a importância das diversas formas de atenção. Espaço para conversar com os profissionais, acerca de práticas não vinculadas aos serviços de saúde, permitirá essa ação na prática (POLETTTO, 2011; BRASIL, 2009b). Destarte, a criação de vínculo entre profissional e pessoa com estomia intestinal pode atingir a dimensão de promover autonomia, já que possibilita o desenho de um campo de propostas terapêuticas, em que todos os envolvidos são responsáveis pela vida.

2.5.5 As concepções das Práticas de Cuidado

Um dos entendimentos que podem modificar um encontro terapêutico em uma relação de cuidado é a probabilidade de relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde de modo a suplantar a conformação individualista de concepção de saúde como um “completo bem-estar” imutável e isolado à experiência de vida dos sujeitos (AYRES, 2009).

Diante do exposto, foi evidenciado como a inclusão de outras racionalidades e práticas pode engrandecer a Biomedicina rumo à restauração dos valores humanistas de atenção à saúde. Bem como evidenciou-se que a oferta e a incorporação de tecnologias suaves estabelecem recursos almejáveis a esse processo. Contudo, Ayres (2009, p.83) discorre que nem usuários nem profissionais sabem manobrar esses recursos suficientemente, talvez pela sua deficiência de sentido/significado para o dia a dia do outro.

Outrossim, na Atenção Básica, essa conjuntura torna-se legítima, a título de exemplo, quando profissional e usuário são surpreendidos pela ausência de resultados ao se cumprir praticamente suas atribuições ou procedimentos/protocolos, norteados por uma lógica clínico-preventivista de controle de riscos e de normalidade funcional (AYRES, 2009; CUNHA, 2005).

Isto posto, a “sabedoria prática” ilustrada por Ayres (2009) identifica como o reconhecimento e a revalorização da concepção de felicidade do ser humano institui uma elo entre o sentido da existência e as questões mais transversalmente pautadas à experiência de saúde e da atenção à saúde, elucubrando positivamente nos modos de agir e compartilhar das relações humanas nas práticas de saúde.

Neste sentido, é possível compreender a dificuldade de se alcançar todo esse *approach* com a questão crescente de usuários na Atenção Básica e tampouco pelo tempo reduzido disponível para efetivar atendimentos. Todavia, Campos (2006) aponta que não é mandatório fazer toda essa apreensão de informações no primeiro contato, muito menos sobrecarregar os profissionais nas suas atribuições. Esses são inquéritos para estimular os profissionais para uma prática de cuidado criativa e compromissada, não só com os usuários, da mesma forma com os próprios profissionais, reconhecidos como coadjuvantes dessa modificação.

Visto que o cuidado promove o diálogo e a redução de ruídos das relações, gera a corresponsabilização na relação terapêutica; profissionais e usuários restauram ininterruptamente o cuidar em um circuito responsável de retroalimentação. Esse circuito é basilar quando se pondera a humanização na saúde, que aciona responsabilidade conscienciosa e autocuidado (SCHVEITZER, 2015).

Consequentemente com resultado das práticas de cuidado em saúde, pode-se acreditar também uma evolução de possibilidades terapêuticas que esquivem ao estrito campo morfofuncional, agenciando a meditação sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde (AYRES, 2009).

Destarte, ao ponderar as diferenças das racionalidades médicas para as práticas de saúde, é constitucional fazê-lo no alargamento do cuidado humanizado, alicerçado no acolhimento que amplia a escuta qualificada, no vínculo que desvela projetos de vida, e no atuar em saúde que aprecia a autonomia e a criatividade da equipe de saúde e dos usuários. (SCHVEITZER, 2015).

Assim, a construção do SUS representa revés ética por decretar de todos os incluídos no sistema mudanças atitudinais e culturais para se tomar o cuidado como valor-guia para a atenção à saúde. “Exige-se nova prática marcada pela humanização e pelo exercício de uma cidadania moral” (ZOBOLI, 2007).

2.5.6 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Em uma direção oposta à propositura do modelo biomédico, a Contracultura, nos meados do século XX, desempenhou uma intensa pressão sobre o cenário da saúde ao cogitar técnicas e racionalidades do paradigma não biomédico e agenciar uma revolução científica, que deixou espaço para técnicas alternativas e complementares. Esse movimento evidenciou um caráter de oposição à sociedade de consumo, à burocracia e à modernidade em geral. Indicou também o desenvolvimento sustentado e de QV, requerendo o resgate pela pessoa da sua capacidade natural de autopromoção de saúde (SCHVEITZER, 2015).

O renascimento das “medicinas alternativas” pode ser percebido como um acontecimento social. Por Medicina Alternativa compreendem-se as racionalidades e práticas que compartilham de um aspecto vitalista, situada na experiência de vida do indivíduo, com evidência no doente e não na doença; e integradora, de natureza não intervencionista (QUEIROZ, 2006).

De forma genérica, as medicinas alternativas recriminam, na Medicina Alopática, o reducionismo biológico, o mecanicismo e o primado da doença sobre o doente. Produz um tratamento efetivado com alicerce no compromisso com a população, que respeita seus símbolos e visões de saúde e doença, numa ótica necessariamente holística, sistêmica e interdisciplinar (QUEIROZ, 2006).

Perante o dilema de termos para assinalar essas práticas, pode-se discorrer que, presentemente, existem três paradigmas (macroestruturas analíticas) principais no campo da saúde: biomédico ou alopático; não complementar e complementar. Cada um desses paradigmas permite a subsistência de modelos oficiais, alternativos ou complementares. O paradigma não complementar situa-se, principalmente, no modelo alternativo, que reconhece a existência de diferentes racionalidades médicas (SCHVEITZER, 2015).

Todavia, o conceito de racionalidades médicas foi proposto nos anos 90, a partir do agrupamento de estudos relacionados de sistemas médicos complexos. Toda racionalidade médica abarca seis dimensões teórico/práticas complexamente estruturadas: morfologia humana (anatomia, fisiologia); doutrina médica que conceitua doença, tratamento e cura; sistema diagnóstico; sistema terapêutico e cosmovisão (base fundamental) (LUZ, 2006).

Nos meados do século XX, a saúde passou a ser arquitetada como resultado de um bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de doença. Desde 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou a emprego de práticas terapêuticas alternativas e não institucionalizadas pelo sistema de saúde, além de caracterizar seus

praticantes como importantes aliados na organização e implementação dessas medidas para aperfeiçoar a saúde da comunidade (QUEIROZ, 2006).

Evidencia-se que as práticas complementares, desde as antigas até as mais recentes, afiliadas ou não a racionalidades médicas, dedicam-se eminentemente ao cuidado com a saúde dos indivíduos, localizando-se no pólo individual do primeiro eixo. Se a noção de “indivíduo” é uma invenção recente da modernidade européia, deve diferenciar que o cuidado com a saúde individual, no sentido de voltado para a pessoa, é tradição comum das culturas. A concepção de pessoa pode ser mais relacional que o indivíduo moderno, mas isso não obscurece o fato de que são baseadas nas pessoas e suas relações que as práticas tradicionais e suas racionalidades se adoesceram. De modo inclusivo, múltiplas racionalidades médicas perseveram em que o cuidado com a saúde é um meio para o objetivo final de realização enquanto ser humano (discurso também da promoção da saúde), arquitetando um processo de transformação e realização pessoal como trajetória individual, ainda que seja para religar e reharmonizar a pessoa com o cosmo, o mundo, os outros (FONSECA, 2015).

Nesta perspectiva, a potencialidade das práticas complementares pode ser alcançada na promoção da saúde com baseamento na suposição de que suas racionalidades, saberes e técnicas portam verdades dignas de crédito. Desta maneira surge uma primeira dificuldade respectivamente epistemológica e política. A caracterização entre ciência e senso comum, no desenvolvimento da modernidade, induz a ignorar, desprezar e desqualificar outras verdades que não as das ciências. Essa restrição e a subvalorização, expandidas pelo planeta com a globalização, agregam-se à supremacia científica e ao monopólio institucional da verdade adquirido pela ciência na saúde e estão ligadas a grupos sociais, corporações e relações de poder aguerridas. Isso resulta uma dificuldade de maior ordem: a biociência, suas profissões e corporações correlatas (lideradas pela biomedicina) contêm a área da saúde institucional nos aspectos epistemológicos e culturais, com grande força política – que se integra, usualmente, ao poderoso e vasto “complexo médico industrial” (FONSECA, 2015).

A OMS denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). Desde a década de 70, essa organização incentiva os Estados Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de MT/MCA na Atenção Primária em Saúde (APS), (OMS, 2002-2005).

Já no Brasil, a legitimação e a institucionalização de práticas integrativas e complementares em saúde iniciou na década de 80, continuando após a criação do SUS.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deliberou-se pela admissão de práticas alternativas e complementares nos serviços de saúde. Na década de 90, a 10ª Conferência aprovou a incorporação da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS. Em 2000, a 11ª Conferência recomendou incorporar essas práticas não convencionais na Atenção Básica (BRASIL, 2006a). A propositura era trazer para a Atenção Básica tecnologias simplificadas e de resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo, problematizando a lógica burocrática do sistema de saúde e sua rendição à indústria farmacêutica e hospitalar.

Nada obstante, o marco ocorreu em 2006, quando foi publicada a PNPIC no SUS, a qual enfatiza a inserção das PICs na APS, cooperando para o aumento da resolubilidade do sistema, com um cuidado continuado, humanizado e integral e visando também normatizar a utilização destas práticas no SUS (já que em todas as práticas heterônomas de saúde pode-se observar comportamentos inadequados, tais como imprudência profissional e manipulação da indústria e propaganda, o que é facilitado pela ausência de regulamentação) (SANTOS; TESSER, 2012).

Adicionalmente, foram expostas racionalidades que consideram uma ótica integral do ser humano e do processo saúde-doença. Contempla diversas áreas específicas para o cuidado em saúde, como Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional chinesa, Acupuntura, Medicina antroposófica e Termalismo-Crenoterapia. Estas abordagens buscam incentivar os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, ao inserir as práticas integrativas e complementares na Atenção Básica, a PNPIC corrobora para a implementação do SUS, na medida em que apadrinha princípios fundamentais como “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2011).

Integrar ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2011, p.4).

Contudo esse modelo de atenção atribui modificações no funcionamento dos serviços e no processo de trabalho, “exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2011).

Assim, para a Atenção Básica, a busca é por tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, isto é, distintamente de empregar tecnologias de última geração, a necessidade promove operar a densidade das relações subjetivas. A complexidade é derivada da exigência de se analisar o sujeito (usuários e profissionais) em sua singularidade, integralidade e inserção cultural na busca da promoção de saúde e de possibilidades de viver de modo saudável, ou seja, com qualidade de vida (ZOBOLI, 2009).

É sabido que não é fácil suprir o tipo de racionalidade empregado como referência para a Atenção Básica. A hegemonia curativa dentro dos espaços de trabalho e dos centros formadores não tem cooperado para a mudança desse paradigma (LUZ, 2005). Muito menos tem colaborado para difundir a ideia de que não existe cuidado ideal, mas, sim, uma troca de saberes entre os envolvidos no processo que, juntos, poderão determinar pela melhor decisão (ZOBOLI, 2009).

Nesse cenário controverso, que proporciona diferentes maneiras de interferir no processo saúde e doença, incoerências entre saber e prática, representações e interesses corporativos e diferentes modelos tecnológicos no setor saúde (PINHEIRO; LUZ, 1999), pode ser benfeitor averiguar como os trabalhadores do SUS compreendem saúde e cuidado, a fim de cooperar para a reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica.

2.5.7 A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e o contexto das PIS no SUS/DF

A Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS) tem como missão institucional o desenvolvimento das PIS e, dando cumprimento às suas competências regimentais de planejar, acompanhar, monitorar e avaliar a política e ações de Práticas Integrativas em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) apresenta a proposta de Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde para apreciação do Conselho Distrital de Saúde, conforme preconiza a PNPIC, regulamentada pela Portaria GM/MS Nº 971, de 3 de maio de 2006 e publicada no Diário Oficial da União – Seção 1, Nº 84, de 4 de maio de 2006, no capítulo 5 (cinco), que se refere às responsabilidades

institucionais dos gestores do SUS na implementação da PNPIC (DISTRITO FEDERAL,2014).

A formulação dessa Política está embasada, além da PNPIC, na Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF, 1993), Título VI – da Ordem Social e do Meio Ambiente, Capítulo II – da Saúde, art. 207, § IX que define serem atribuições da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) “promover e fomentar práticas alternativas de diagnósticos e terapêuticas, de comprovada base científica, entre outras, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia”, e nas seguintes normativas nacionais em vigor:

- 2006 - Portaria GM/MS Nº 687, de 30 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

- 2006 – Portaria GM/MS Nº 1600, de 17 de julho de 2006 - Aprova a constituição do Observatório de Experiências em Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde – SUS;

- 2006 - Portaria MS Nº. 853, de 17 de novembro de 2006, que inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares com suas subclassificações;

- 2006 - Decreto Presidencial Nº 5813 - Institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

- 2007 - RDC Nº 67, de 8 de outubro de 2007 - Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparação magistral e oficina para uso humano em farmácias;

- 2007 – Portaria GM/MS Nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007 - Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde;

- 2008 - Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;

- 2008 - Portaria Interministerial Nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008 - Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

- 2009 - Portaria GM/MS Nº. 84, de 25 de março de 2009 – Insere no serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas 001 – Acupuntura;

- 2009 - Portaria GM/MS Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 - Trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

- 2010 – Portaria GM/MS Nº 886, de 20 de abril de 2010 – GM/MS Nº 886, de 20 de abril de 2010 – Insti- Nº 886, de 20 de abril de 2010 – Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- 2010 - Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- 2011 - Decreto Presidencial Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei Nº 8.080/90;

- 2011 – Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Esta Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) foi elaborada pelo Grupo de Trabalho (GT-PDPIS) criado pela Portaria GAB/SES Nº 107 publicada no Diário Oficial do Distrito federal (DODF) Nº 93, de 8 de maio de 2013, constituído por técnicos da GERPIS. O documento-base da PDPIS, depois de submetido à consulta pública, por meio da Portaria GAB/SES Nº 107/2013, foi apreciado e aprovado por unanimidade pelo Colegiado Gestor da SES-DF (Deliberação Nº 01/2014) e pelo Conselho de Conselho de Saúde do Distrito Federal (Resolução Nº 429/2014) (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A trajetória das PIS no Sistema Público de Saúde do DF foi iniciada há 3 (três) décadas, quando da implantação do primeiro Horto de Plantas Medicinais na Unidade de Saúde Integral de Planaltina (USI), vinculada ao Hospital Regional de Planaltina em 1983, e das atividades médicas-ambulatoriais em Homeopatia nos Centros de Saúde de Brasília Nº 8 e Nº 11 e no Centro de Saúde de Sobradinho Nº 2 em 1986 (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Contudo, a institucionalização das PIS no Sistema Público de Saúde remete à criação do Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal (ITA/DF), órgão vinculado ao Gabinete Civil do Governo do Distrito Federal, pelo Decreto Nº 9.317, de 12 de março de 1986. Em 1987 foi celebrado o Convênio de Cooperação Nº 11/87 entre a União, o ITA/DF e a SES/DF, que permitiu a implantação das atividades em acupuntura, alimentação natural, fitoterapia, homeopatia, entre outras ações (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Os bons resultados alcançados por estas primeiras experiências exitosas determinaram que essas tecnologias em saúde fossem, reiteradamente, referenciadas pelas Conferências Distritais de Saúde e pressionaram a SES/DF a promover avanços institucionais a fim de atender às demandas apresentadas pelos trabalhadores da saúde e pela população usuária do

SUS/DF, culminando em 2011 com a criação da GERPIS, por meio do Decreto Nº 33.384/2011 que reestruturou a SES-DF (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Vale destacar que a terminologia PIS foi adotada oficialmente na SES-DF pelo Núcleo de Medicina Natural e Terapêutico de Integração (NUMENATI), atual GERPIS, por ocasião do I Simpósio de Medicina Natural e Práticas Integrativas de Saúde do SUS/DF, em 2001.

Para efeito desta Política, as PIS são entendidas como tecnologias que abordam a saúde do Ser Humano na sua multidimensionalidade – física, mental, psíquica, afetiva e espiritual Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) – promovendo seu protagonismo, corresponsabilidade, emancipação, liberdade e atitude ética, com o objetivo de promover, manter e recuperar sua saúde. Tendo o seu desenvolvimento o caráter transversal, transdisciplinar e Intersetorial. A validação das PIS no SUS-DF será confirmada pelo critério da tradicionalidade de seu uso e/ou pelas comprovações de seus benefícios por metodologias científicas contemporâneas (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Para mais, as PNPIC são trabalhadas no CERPIS e constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a medicina complementar/alternativa e suas ricas aplicações. Trata-se de tecnologias que abordam a saúde humana sob um prisma multidimensional (físico, mental, psíquico, afetivo e espiritual), fortalecendo os mecanismos naturais de cura do organismo humano. Elas também sinalizam para uma visão da saúde entendida como bem-estar no sentido amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais, e nessa perspectiva o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes anatomo-fisiológicas, como assume o modelo biomédico clássico), a partir do qual distintos métodos podem atuar (ANDRADE; COSTA, 2010).

2.6 GESTÃO DOS SISTEMAS E DE SERVIÇOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2.6.1 Concepções da humanização na Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS – foi implementada com vistas à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à juntamento de novas tecnologias, saberes e práticas no SUS. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que orientam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos

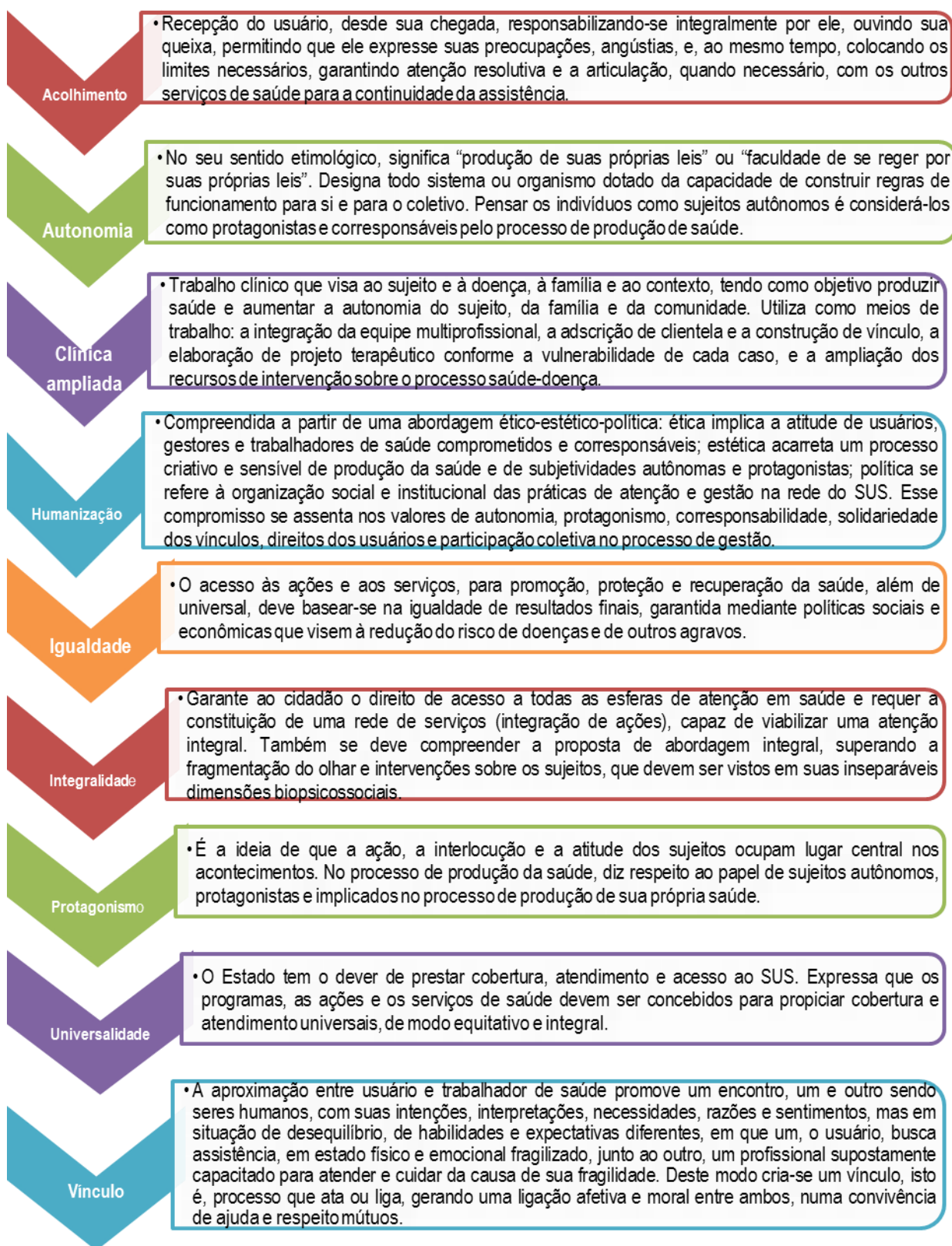
solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006c).

Compreende-se que esse processo demanda “mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como escopo as imposições dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho”. Tampouco necessita de um “resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde” (BRASIL, 2006c).

Neste aspecto, para proporcionar os princípios e resultados almejados com o Humaniza SUS, a PNH atua com os seguintes dispositivos, aqui compreendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”: acolhimento, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; dentre outros. A PNH estabelece também como alguns dos seus objetivos (BRASIL, 2006c):

- ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- organizar o acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva. Para ajudar na compreensão dos termos abordados na PNH, segue a descrição de alguns conceitos na Figura 15.

Figura 15 - Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH).



Fonte: Brasil. 2006c, p.35-51- Nota: Adaptado pela pesquisadora.

Outrossim, o SUS ao instituir o Humaniza SUS como propositura de reconsiderar a qualidade proporcionada no atendimento em saúde, fê-lo instituindo as diretrizes de sua implantação. De tal modo, a maneira destinada para atestar a valorização dos diferentes sujeitos submergidos no processo de produção da saúde foi efetivar a transversalidade, a integralidade e o protagonismo como desenho de organizar o sistema (BRASIL, 2006c).

Neste sentido, compreende-se que as práticas integrativas/complementares e as humanizadoras para o acolhimento na Atenção Básica imploram, entre outras mudanças, uma revisão do processo de trabalho, sendo necessário refletir, por exemplo, o período dos atendimentos, a maneira de abordagem dos profissionais com os usuários e tampouco a relação da equipe de trabalho (SCHOLZE; DUARTE; FLORES 2009).

2.6.2 Concepções de saúde e cuidado na Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Todo e cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos, concepções acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e da atribuição que cada um e cada unidade deve desempenhar na prestação dos serviços de saúde (SCHVEITZER, 2015). É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes em cada ponto do sistema e que cada profissional opera.

Entende-se que os profissionais operam como multiplicadores do conhecimento e, portanto, de um padrão de saúde almejado. “O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos” (MINAYO, 2010).

Dado que o conceito de saúde elucubra a conjuntura social, econômica, política e cultural de diferentes sujeitos, além de ser condicionada da época, do lugar, da classe social, de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLAR, 2007), deduz-se que a polissemia das concepções de saúde e cuidado intervêm tanto nas práticas assistenciais quanto no incremento das políticas públicas.

Neste sentido, o conceito é um termo concreto ou abstrato empregado para apresentar um ou vários fenômenos acerca de uma ou mais palavras. Os significados conceituais são dinâmicos, específicos e entendidos dentro de determinado contexto e de certa estrutura teórica (WILLS; MCEWEN, 2009).

A historicidade dos conceitos deriva da necessidade contínua de produção de instrumentos que possam orientar o pensamento na busca de soluções para os desafios da vida cotidiana. Por conseguinte, a sua produção se apoia nas concepções filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas em um determinado momento, não sendo possível, portanto, abordar um conceito sem refletir sobre a sua história (ARANTES *et al.*, 2008, p. 190-191).

Assim, explica o evento de alguns conceitos serem válidos por determinados períodos e depois serem criticados e/ou substituídos. O movimento “normal” do corpo já foi proporcionado como sinônimo de saúde na Medicina Moderna e impugnado a partir de 1970, em razão ao foco no funcionamento orgânico; outrossim, o conceito de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, proposto pela OMS já foi debatido, em procura de um conceito menos abstrato (ARANTES *et al.*, 2008).

Na atualidade, no Brasil, o SUS denota a saúde como um estado de equilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e cultural (BRASIL, 2006a), de modo a guiar as políticas públicas. Esses diferentes conceitos, desenvolvidos a partir da metade do século XX, no Brasil e no exterior, são distintas concepções de saúde, posto que cada um estabeleça certa percepção, determinada compreensão acerca da saúde (BARBOSA, 2000).

Assim, cada concepção intervém na atenção em saúde prestada, no alcance em que contém e veicula distintas visões de mundo. Em uma revisão bibliográfica que procurou atestar algumas das concepções do processo saúde-doença e promoção da saúde, as autoras discorrem que um dos enigmas da definição do processo saúde-doença assentaria no modo como é retratado o corpo humano, segmentado, longe de uma compreensão durante a totalidade complexa (ARANTES *et al.*, 2008).

A título de exemplo, pode-se aludir como a discussão a propósito de prevenção e promoção da saúde tem, como início, o próprio conceito de saúde: na perspectiva da prevenção, a saúde é vista como carência de doenças, ao mesmo tempo em que, na promoção da saúde, é enfrentada como um conceito positivo, multidimensional, dentro de um modelo participativo de cuidado. Esta contestação é radical porque alude transformações densas no uso e na operacionalização das práticas de saúde (ARANTES *et al.*, 2008).

Assim, evidencia-se que a promoção da saúde procura associar os saberes técnicos e populares, a partir de uma concepção alargada do processo saúde-doença e seus determinantes. Nessa concepção, profissionais e usuários podem trabalhar unidos no enfrentamento de diversos problemas e necessidades de saúde (CHIESA *et al.*, 2007). Nesta perspectiva, pode-se entender que alguns conceitos de saúde abordam da cooperação entre diferentes setores a fim de ampliar as possibilidades de cuidado e da relação profissional-

usuário, de modo a guiar o processo de trabalho, enquanto outros conceitos procuram uma maior fragmentação do cuidado e o predomínio de originada classe profissional ou racionalidade médica. À vista disso, abarcar a complexidade das concepções de saúde é um prelúdio para a progresso do cuidado em uma variedade de contextos (SCHVEITZER, 2015).

Portanto, o cuidado pode ser estabelecido como um traço humano, um imperativo moral, uma intervenção terapêutica caracterizada pela sensibilidade interpessoal (FINFGELD-CONNETT, 2008); ou como o foco da disciplina de Enfermagem, combinado por uma ambiguidade de significados (BRILOWSKI; WENDLER 2005). Ao debater a significado do termo, traz-se a contribuição de Zoboli (2004):

A natureza da palavra ‘cuidado’ inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filologia da palavra ‘cuidado’ indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros (ZOBOLI, 2004, p.22).

A palavra cuidado, originária do latim, possui o significado de cura, que em sua forma mais arcaica admitia a escrita “coera” e era utilizada para designar relações de amor e amizade, expressando atitude de preocupação, desvelo com a pessoa amada ou com o objeto de estimação (BOFF, 1999). O cuidado é, também, conceituado como um compromisso que assumimos com o outro ao contribuir para o seu crescimento pessoal. Esse agir permite também o crescimento do ser que cuida (KIMURA, 2013; BALDUINO *et al.*, 2009; COLLIÉRE, 2003).

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades. Para realizar o cuidado, o enfermeiro, como membro integrante da equipe multidisciplinar, utiliza um conjunto de conhecimentos que possibilita a busca de resolutividade às respostas dos fenômenos de saúde, definidos pelo Internacional Council of Nurses como aspectos de saúde relevantes à prática de enfermagem, considerando o paciente integralmente em suas demandas. (KIMURA, 2013 BALDUINO *et al.*, 2009).

O cuidado é resultante do processo de cuidar (CARVALHO *et al.*, 2015) . O cuidado em relação às pessoas com estomias demanda especificidades em diversas dimensões, considerando que essas vivenciam várias perdas nesse momento, necessitando de atenção individualizada e sistematizada. Cuidar das pessoas submetidas a esse tipo de procedimento cirúrgico, que altera a sua fisiologia gastrointestinal, autoestima, imagem corporal, além de outras modificações em sua vida devido à presença de colostomia/ileostomia, tem constituído

um desafio para o cuidado prestado pelos profissionais de saúde, em especial para o enfermeiro (CARVALHO *et al.*, 2015; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

As pessoas com colostomia devem viver a experiência de se aceitar como um ser diferente, exigindo um ajuste de sua imagem e autoconceito (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; SOUZA *et al.*, 2011), bem como de enfrentar, junto com sua família, várias complicações que precisam ser abordadas profissionalmente. Nesse processo, a enfermeira, por meio da relação de ajuda, acompanha, educa e apoia o processo familiar de adaptação, concordando com os autores que enfatizaram a figura desse profissional como assessor, consultor e gestor de cuidados na relação terapêutica (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; RECALLA *et al.*, 2013; FERREIRA, 2011; BATISTA *et al.*, 2011).

O ajuste da vida em um novo contexto da pessoa com estomia intestinal, em que fatores importantes como a maneira de viver, o convívio social, a alimentação têm, muitas vezes, que ser abandonados, substituídos ou reduzidos (CARVALHO *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2011). Portanto, é um processo individual que se desenvolve ao longo do tempo e envolve uma série de aspectos que vão desde a assistência oferecida, ao modo como a pessoa se envolve no próprio cuidado. Ante ao exposto, torna-se imprescindível que a enfermagem conheça e valorize essas formas de cuidado, a fim de saber os possíveis benefícios propiciados por ele, podendo atuar de forma humanizada com a situação (CARVALHO *et al.*, 2015).

Por essas razões, é necessário que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem possam entender como é viver com uma estomia intestinal, em todas as suas múltiplas dimensões, de maneira que possam pensar sobre o cuidado como uma resposta às necessidades que são geradas, muitas das quais estão relacionados ao ambiente social e de trabalho, à sexualidade, ao medo da rejeição (COCA *et al.*, 2015; FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; BATISTA *et al.*, 2011). É fundamental entender os hábitos, percepções e atitudes, sentimentos e emoções demonstradas nas mais diversas situações que acontecem aos pacientes, enquanto compreende-se aqueles que acompanham e os apoiam nessa experiência de mudança de vida (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT, 2014; MARUYAMA; ZAGO, 2007; BELLATO *et al.*, 2007).

Nesta perspectiva, torna-se relevante destacar que dentro da equipe de saúde, emerge o enfermeiro como o articulador do processo. Os familiares veem a figura desse profissional como a mais próxima, a que interage mais em relação ao cuidado e apoio contínuo, coincidindo com estudos de diferentes contextos (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FORT,

2014; BACHELET; COLLET; RIBAL, 2012; BATISTA *et al.*, 2011). Assim esse profissional, por meio de seu conhecimento científico, possui competência para promover o cuidado integral, contribuindo, assim, na reabilitação da pessoa com estomia intestinal em relação à sua nova condição de saúde, reinserção na sociedade, bem como desenvolvimento do ensino-aprendizagem para o autocuidado (CARVALHO *et al.*, 2015; ARDIGO; AMANTE,2013).

De mais a mais, a atenção à saúde dos indivíduos que realizam estomia intestinal abrange ações de assistência e de educação em saúde, pois a presença dessa pode levar o paciente a vivenciar múltiplas dimensões, tais como: alterações relacionadas à autoestima e imagem corporal, relacionamento sexual, atividades laborais e sociais (COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; MARUYAMA *et al.*, 2009; BARBUTTI; *et al.*, 2008). Nesse sentido, o cuidado de enfermagem pode visar à melhora da QV da pessoa com estomia intestinal, a fim de possibilitar a sua reinserção social e o desenvolvimento da gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem.

MÉTODOS

3 MÉTODOS

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes.”

(Augusto Cury)

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo clínico aberto, randomizado, de dois braços, paralelo, controlado e com abordagem qualitativa à luz da análise de conteúdo.

O ensaio clínico randomizado controlado é um método considerado uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica. Características fundamentais do método: estudo prospectivo, comparação entre intervenções aplicadas à saúde de seres humanos, existência de grupo controle, aplicação aleatória das intervenções (SOUZA, 2008; PEREIRA, 2006). A Figura 16 apresenta o desenho típico de um ensaio clínico randomizado.

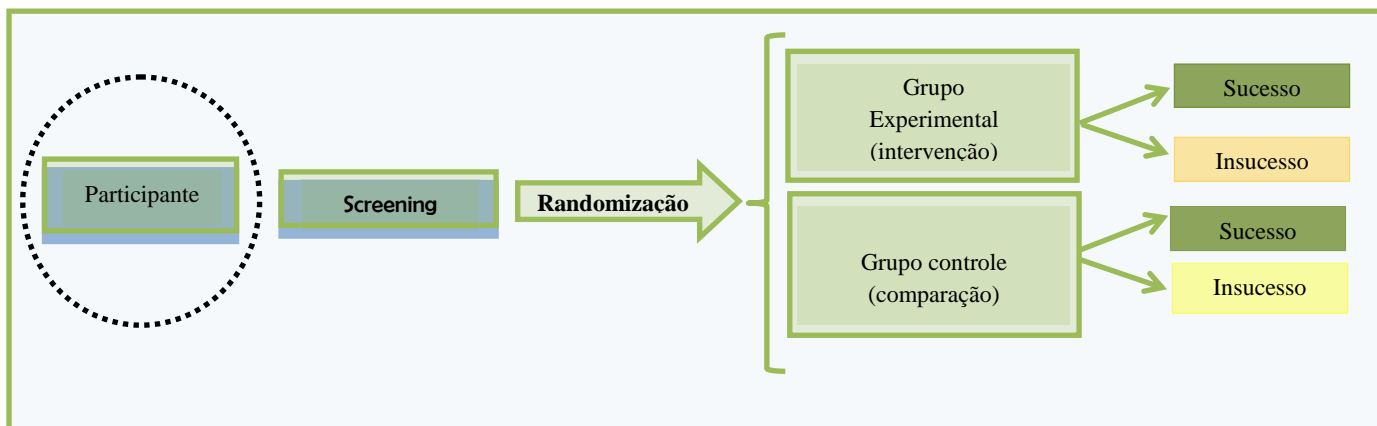
O estudo experimental envolve a aplicação de um tratamento ou intervenção – variável independente – e a análise de seus desfechos clínicos – variável dependente. (PEREIRA, 2006). Neste estudo foi incluído um grupo controle que recebeu os cuidados ambulatoriais previstos para pacientes estomizados e o grupo experimental, recebeu os referidos cuidados e ainda foi submetido a PDC, observando a taxa de alocação de 1:1. Outrossim, não houve alterações nos métodos após o início do estudo clínico. A Figura 17 apresenta o desenho para o desenvolvimento do projeto e processo de inclusão nos grupos experimental e controle.

O projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob a CAAE: 46323815.2.0000.0030 (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob a CAAE: 46323815.2.3001.5553 (Anexo C) e atendeu os requisitos éticos preconizado na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Outrossim, o estudo encontra-se registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), sob o identificador RBR-7VXCXM, conforme o recibo de protocolo de registro (Anexo D).

Os potenciais participantes que concordaram em tomar parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), após receberem explicações detalhadas sobre objetivos e procedimentos propostos. Foi garantido o sigilo sobre os dados e o anonimato dos voluntários, conforme consta na regulamentação brasileira

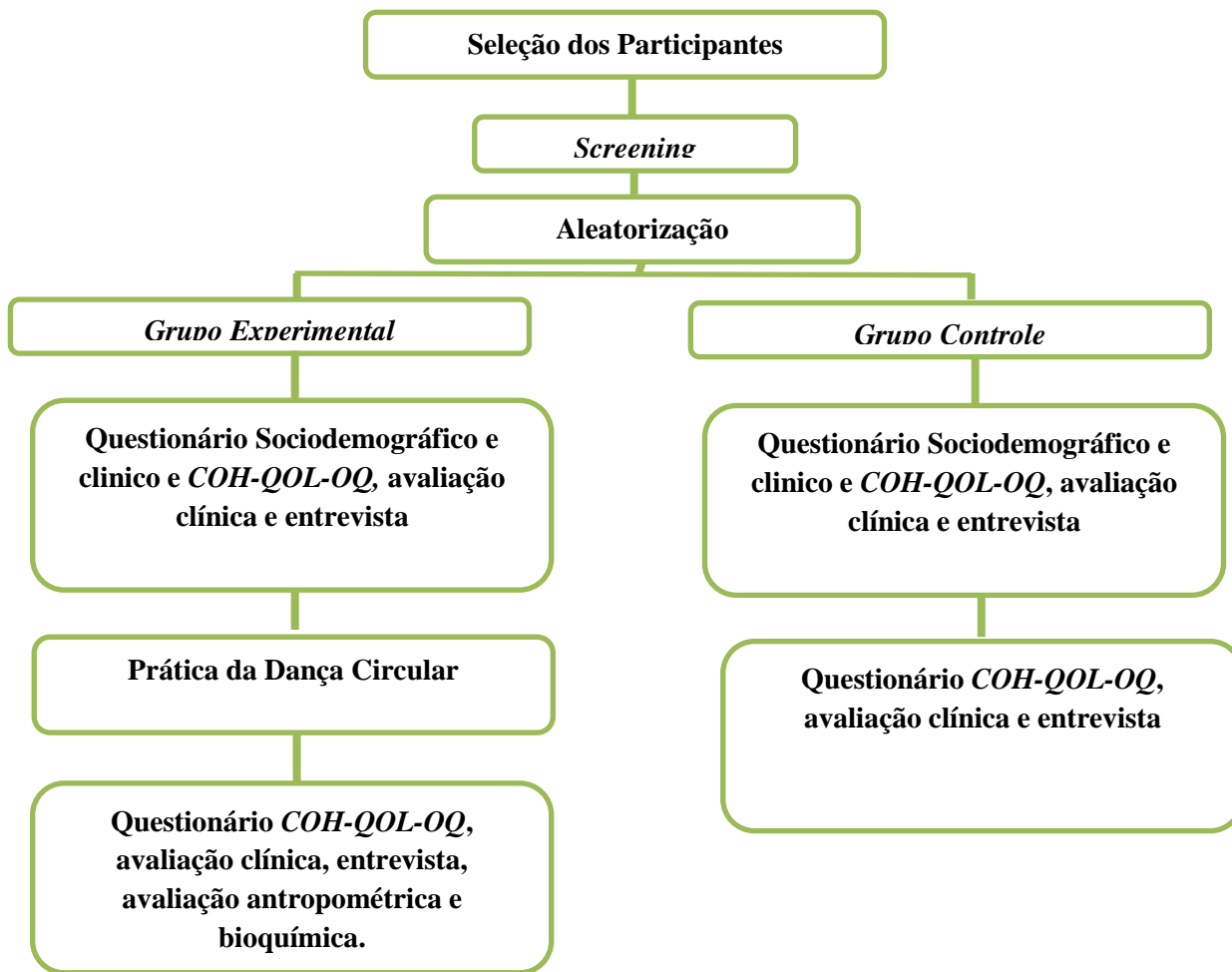
para pesquisas envolvendo seres humanos. Após a assinatura do TCLE, os participantes assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som de Voz (Apêndice B).

Figura 16 - Desenho típico de um ensaio clínico randomizado



Fonte: Souza, 2008, p 3-8 - Nota: Adaptado pela pesquisadora.

Figura 17 - Desenho para o desenvolvimento do projeto e processo de inclusão nos grupos experimental e controle



Fonte: Souza, 2008, p 3-8 - Nota: Adaptado pela pesquisadora.

3.2 RECRUTAMENTO

O processo de recrutamento foi iniciado em 15 de fevereiro de 2016, sendo realizado até dia 29 de fevereiro de 2016. O estudo cumpriu o cronograma, tendo sido terminado de acordo com o planejamento original, sem interrupções de qualquer sorte.

3.3 PARTICIPANTES

A inclusão dos participantes no estudo foi efetuada por meio de amostragem não probabilística intencional, ou seja, por demanda espontânea à participação do estudo, contando com a colaboração de 80 (oitenta) colostomizados recrutados no Ambulatório de Estomizados do Hospital Regional de Planaltina (HRPI) e no Ambulatório Regional de Estomizados do Hospital Regional de Sobradinho (HRS) da SES/Brasília/DF, cadastrados no Programa de Assistência Ambulatorial ao Estomizado da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sendo separados em dois grupos: experimental (n= 40) e controle (n= 40).

3.3.1 Critérios de elegibilidade

Os pacientes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres com idade superior a 18 (dezoito) anos, colostomizados, não praticantes de qualquer modalidade de dança, também não poderiam estar praticando qualquer outra atividade física, havendo sido submetidos à confecção de estomia intestinal por período superior a 12 (doze) meses. Demonstraram entendimento e condições para dar continuidade à intervenção no CERPIS, e que concordaram em participar da pesquisa, por meio da assinatura do TCLE. Por sua vez, foram observados os seguintes critérios de exclusão: crianças, adolescentes, gestantes, lactantes, acamados, outros deficientes físicos e pacientes déficit, indivíduos que possuíssem alguma restrição médica à prática de exercícios físicos, ou que apresentassem qualquer tipo de distúrbio de natureza fisiológica que impedisse a execução da PDC.

3.3.2 Informações e locais de onde foram coletados os dados

A coleta de dados no que se refere ao questionário sociodemográfico e clínico, *COH-QOL-OQ*, a avaliação clínica dos grupos experimental e controle foram realizados nos ambulatórios dos HRS e HRPI. A PDC, avaliação antropométrica por bioimpedância e a avaliação bioquímica foram realizadas no CERPIS, situado, em Planaltina (Brasília/DF). O CERPIS é uma Unidade Básica de Saúde da SES/Brasília/DF voltada para a oferta de PIS. É

pioneira no SUS e única no DF que se apresenta como modelo para implantação de outras unidades semelhantes no SUS. O período abarcou fevereiro de 2016 a junho de 2016.

Após pré-seleção e definição dos potenciais participantes, foi realizado uma agenda de acompanhamento das pessoas com colostomia, a pesquisadora responsável instituiu uma agenda de trabalho para a coleta de dados, a qual está descrito na Figura 18.

3.3.3 Procedimento

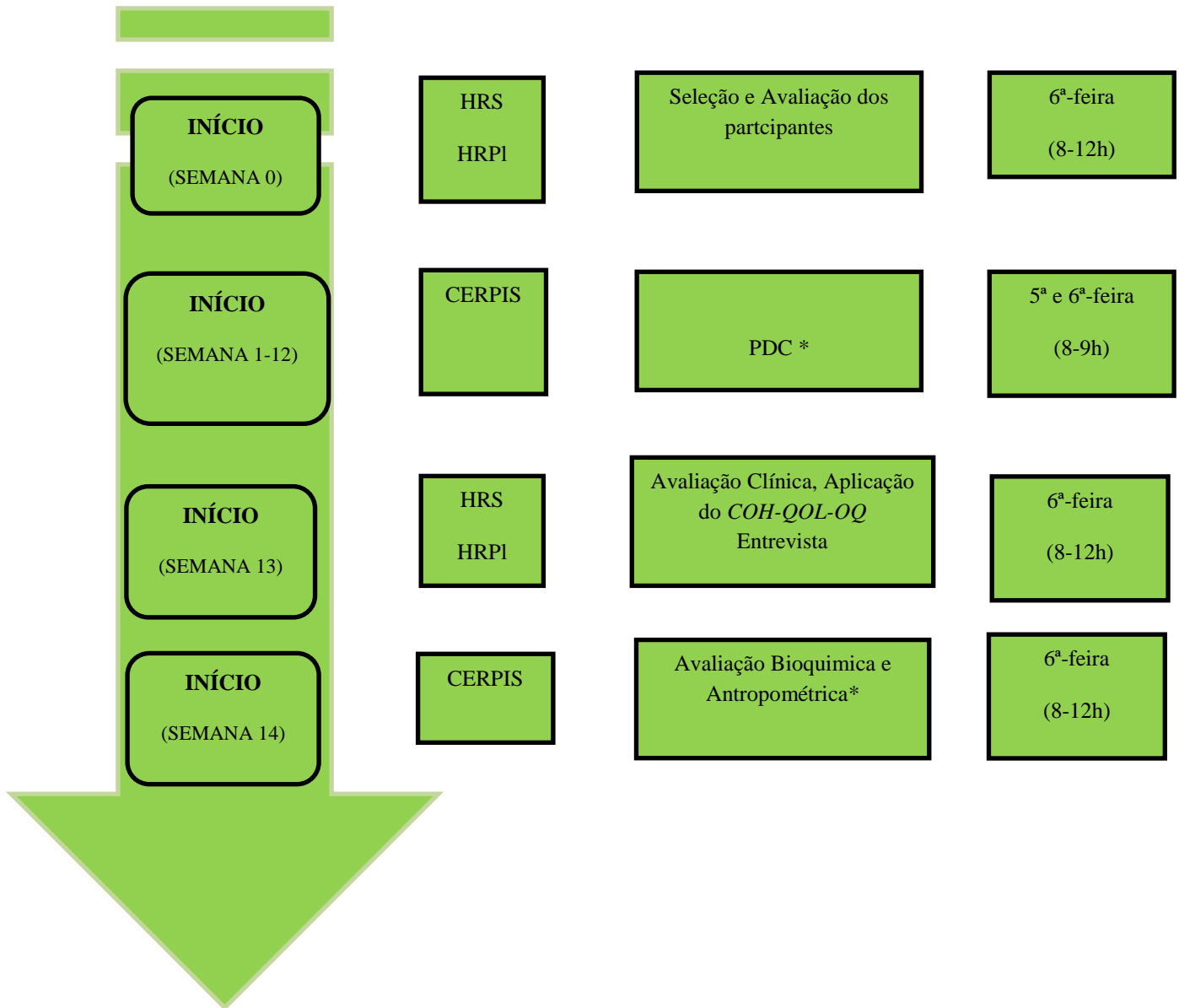
A aplicação dos instrumentos da coleta de dados foi realizada março de 2016 a junho de 2016. Seguiu o seguinte fluxo: primeiro realizado a avaliação clínica, após foi aplicado o instrumento dados sociodemográficos e clínicos, posteriormente, o instrumento de avaliação-questionário *COH-QOL-OQ* e, por fim, as entrevistas foram realizadas individualmente e, em uma sala reservada para os grupos experimental e controle. Isso permitiu privacidade aos participantes para se expressarem com tranquilidade e segurança, estabelecendo-se uma relação de confiança com a pesquisadora responsável. O período de duração da coleta de dados foi, em média, de uma hora e trinta minutos, dada a dificuldade de expressão e grau de instrução dos participantes da pesquisa, ocasionando a leitura e releitura das questões para melhor compreensão.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, literalmente, no mesmo dia do encontro, pois estavam nítidos, na memória da pesquisadora responsável, os relatos e comportamentos do participante. Ainda, foram analisadas as anotações no diário de campo na complementação dos relatos, sobretudo no registro das atitudes dos entrevistados.

O grupo experimental seguiu o fluxo apresentado no primeiro parágrafo, sendo este utilizado antes e após a intervenção proposta. Adicionalmente, para fins de avaliação exploratória, foi realizada a análise antropométrica por bioimpedância e análises bioquímicas somente para o grupo experimental. No caso do grupo controle os mesmos procedimentos foram realizados, executando-se a intervenção (PDC) e análise exploratória.

Ao término de 12 (doze) semanas, após as sessões bissemanais realizadas pelo grupo experimental, todos os participantes da pesquisa foram convidados a tomar parte dessas sessões.

Figura 18 - Agenda de trabalho para a coleta de dados



Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2016.

Legenda:* Somente para o grupo experimental.

3.4 ETAPAS DO ESTUDO

3.4.1 Instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Para a obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice C), um questionário foi criado pela pesquisadora deste estudo. Ele é composto de duas partes: dados sociodemográficos e dados clínicos da amostra. A parte referente aos dados sociodemográficos contém as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, convívio familiar,

religião, prática religiosa, instrução, situação frente ao trabalho, renda familiar. No que tange aos dados clínicos, foram observadas as variáveis: causa da estomia intestinal, tempo de estomizado, caráter da estomia, uso de irrigação e co-morbidades. Incluem-se ainda, nesta análise, questões referentes ao acompanhamento no serviço e recebimento de equipamentos coletores.

3.4.2 Mensuração da percepção sobre a QV da Pessoa com Estomia Intestinal - Instrumento de avaliação - Questionário *COH-QOL-OQ*

Utilizou-se o questionário *COH-QOL-OQ* (Anexo E), que é uma versão adaptada do *Quality of Life - Ostomy Questionnaire (COH-QOL-OQ)*, desenvolvido pelo pesquisador Gomboski validado em 2010 pela Escola de Enfermagem da USP, Brasil (GOMBOSKI, 2010).

A ausência de um instrumento para avaliação da QV da pessoa com estomia intestinal no Brasil motivou o pesquisador Gomboski realizar a validação do instrumento específico de avaliação de QV de pessoas estomizadas o *COH-QOL-OQ*, desenvolvido por Grant e colaboradores e publicado em 2004 (GRANT *et al.*, 2004).

O *COH-QOL-OQ* foi desenvolvido por meio da atualização e expansão de outro instrumento desenvolvido pelos próprios autores, na década de 1980, concebido para avaliar a QV apenas de pacientes colostomizados, denominado *City of Hope - Quality of Life - Colostomy patients*. Para tanto, um modelo inicial foi criado por pesquisadores do *City of Hope National Medical Center (COH-NMC)* – renomada instituição de ensino e pesquisa, além de hospital para tratamento do câncer em Duarte, no Estado da Califórnia (EUA) - para avaliar QV de pacientes com câncer em geral (GRANT *et al.*, 2004).

Desse modo, antes da construção do *COH-QOL-OQ*, dois outros instrumentos foram desenvolvidos pelo *COH-NMC*, evoluindo para o instrumento *COH-QOL-OQ*, que foi o foco do estudo do pesquisador Gomboski (GOMBOSKI, 2010). O trabalho de expansão do *COH-QOL - Colostomy patients* visou à avaliação de QV de pacientes com estomias urinárias e intestinais, com e sem câncer (GRANT *et al.*, 2004).

A estrutura conceitual usada para as revisões da estrutura do *City of Hope Quality of Life* envolveu a avaliação de quatro dimensões: Bem-estar físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar social e Bem-estar espiritual. As revisões iniciaram-se com entrevistas individuais aprofundadas de pacientes além de grupos focais usando dados do instrumento, neste caso o original (*COH-QOL - Colostomy Patients*). O modelo conceitual usado foi definido e

categorizado por aspectos do autocuidado dos colostomizados expressos durante as entrevistas qualitativas aprofundadas e grupos focais, gravadas e transcritas (GOMBOSKI, 2010).

O *COH-QOL-OQ* é composto por 43 (quarenta e três) itens organizados em quatro domínios (Bem-estar físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar espiritual, Bem-estar social e Bem-estar espiritual) que, por sua vez, encontram-se assim distribuídos, conforme Figura 19.

Figura 19 - COH-QOL-OQ



Fonte: Grant *et al.*, 2004- Nota: Adaptado pela pesquisadora.

O Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados mantém a mesma sigla (*COH-QOL-OQ*), do *Quality of Life - Ostomy Questionnaire*. As respostas foram avaliadas por meio da atribuição de escores (0-10), em que 0 (zero) equivale a uma QV ruim, e 10 (dez) é considerado uma excelente QV (KROUSE, 2009; GRANT *et al.*, 2011; CITY OF HOPE, 2013).

O *COH-QOL-OQ* foi aplicado nos momentos pré e pós-intervenção no grupo experimental, sendo que no caso do grupo controle este foi aplicado na etapa inicial e final do estudo.

3.4.3. Avaliação clínica

Para fins de obtenção de dados preliminares de saúde, os participantes foram submetidos a exames para determinação de frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) (Esfigmomanômetro Aneróide Premium, *Glicomed*®, Rio de

Janeiro, Brasil), sendo considerados como valores de referência para PA, os preconizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Adicionalmente, foram resgatados os registros de consumo de medicamentos por parte dos participantes, devidamente registrados no formulário de avaliação clínica.

A avaliação clínica foi realizada nos momentos pré e pós-intervenção no grupo experimental e grupo controle, sendo que no caso último ocorreu na etapa inicial e final do estudo. Todos os dados coletados de ambos os grupos foram preenchidos no formulário de avaliação clínica (Apêndice D).

3.4.4 Roteiro para coleta de dados qualitativos

A entrevista (Apêndice E) foi feita individualmente por meio de perguntas direcionadas, com utilização de gravador. Vale ressaltar, que a entrevista foi realizada nos momentos pré e pós-intervenção no grupo experimental, sendo que no caso do grupo controle este foi aplicado na etapa inicial e final do estudo. Foram utilizados nomes de flores para o grupo de grupo experimental e pedras preciosas para o grupo controle, a fim de se manter o anonimato e a preservação da identidade dos participantes da pesquisa nos dados coletados da entrevista.

Este tipo de entrevista baseia-se na utilização de um roteiro como instrumento de coleta de informações o que garante que a mesma pergunta será feita da mesma forma a todas as pessoas que forem pesquisadas. Gil (2007) explica que a entrevista desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados que, geralmente, são em grande número.

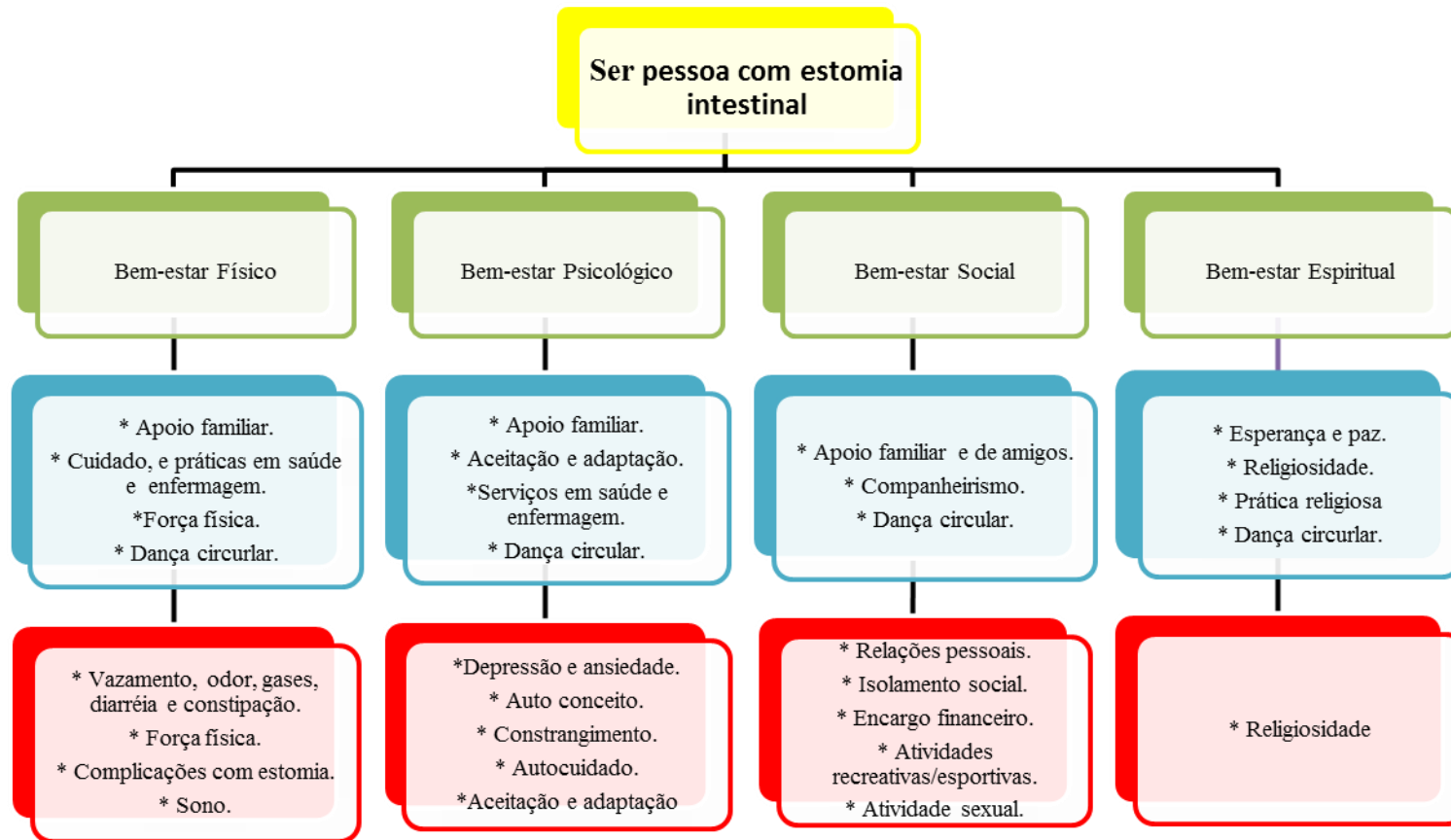
A coleta de dados da entrevista foi analisada à luz da *Análise de Conteúdo de Bardin* (2008), que tem como pilares a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, busca descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias, sendo uma das formas mais adequadas aos estudos qualitativos.

Nesta vertente, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato com os textos), a escolha dos documentos (no caso, os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a pesquisa), a referenciação dos índices, a elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material (BARDIN, 2008).

Na fase seguinte, exploração do material, tem-se o período mais duradouro e laborioso: a etapa da codificação, na qual foram feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, na qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Para analisar os dados, foi realizada uma divisão que orientasse quanto à inclusão das informações obtidas e que atendesse ao objetivo deste estudo. Dessa maneira, foram criados dois grandes diagramas esquemáticos e, a partir deles, categorias e subcategorias negativas e positivas que permitiram explorar a riqueza das informações obtidas por meio das pessoas com colostomia. Os diagramas esquemáticos estão descritos nas Figuras 20 e 21 que ilustram a divisão acima descrita.

Figura 20- Diagrama Esquemático do grupo experimental



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2016.

- Legenda:
- eixo temático
 - categorias
 - subcategorias positivas
 - subcategorias negativas

Figura 21- Diagrama Esquemático do grupo controle



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2016.

- Legenda:
- eixo temático
 - categorias
 - subcategorias positivas
 - subcategorias negativas

3.4.5. Avaliação antropométrica por bioimpedância

Os dados antropométricos primários foram obtidos da forma que segue: circunferência abdominal (Fita métrica 1,5m, *Fisiostore*®, São Paulo, Brasil). O índice massa corporal (IMC) foi calculado por meio da fórmula (Índice de Quetelet): $IMC = [(peso \text{ em quilos}) / (altura \text{ em metros})^2]$ e os valores de referência para circunferência abdominal foram os preconizados pela *International Diabetes Federation*.

A composição corporal foi aferida por meio de bioimpedância eletromagnética, utilizando-se o aparelho BodyStat© 1500. A bioimpedância foi utilizada para determinação de variáveis antropométricas como gordura corporal e massa livre de gordura. O uso da bioimpedância tem se tornado rotineiro em ensaios clínicos no que tange a análise corporal. Ainda que não possa ser considerado o padrão ouro para tal análise, apresenta boa correlação com a determinação por Absotometria de raio x de dupla energia (DEXA) em vários estudos.

A análise de bioimpedância mede a impedância, ou oposição do fluxo de uma corrente elétrica por meio dos fluidos corporais presentes especialmente na massa livre de gordura e massa gorda. Uma corrente de 400 uA a 50 kHz atravessa o corpo entre os eletrodos gerando uma medida de impedância. Tais medidas são transformadas em uma estimativa da água corporal total, e extrapoladas para determinação de massa livre de gordura e massa gorda em função da diferença de hidratação entre os tecidos. A medida de massa gorda ocorre comparando a medida de massa total e massa magra.

Os dados antropométricos foram preenchidos em uma ficha (Apêndice F). A avaliação antropométrica por bioimpedância foi realizada somente no momento pós-intervenção com o grupo experimental

3.4.6. Avaliação bioquímica

Com a finalidade de caracterizar o perfil de marcadores bioquímicos e pró-inflamatórios, foi realizada coleta de sangue no momento pós- intervenção somente no grupo experimental. Foram analisados os níveis séricos de: cortisol, insulina, proteína C-reativa (PCR), glicemia de jejum, colesterol total, colesterol HDL e frações, triglicerídeos.

As análises foram realizadas por meio dos métodos fotolorimétricos e imunológicos em sistema aberto LABTEST, em sistema automatizados validados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do uso de laboratório de apoio Laboratório de Análises Clínicas e Saúde (LACLISA), de acordo com as boas práticas laboratoriais, tendo

sido premiado nível excelência pelo Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ) nos últimos 3 (três) anos. Outrossim, a coleta de sangue foi realizado por profissionais especializados, com material descartável e apropriado para acondicionamento em temperatura adequada conforme instruções do fornecedor do kit diagnóstico, em acordo com as boas práticas laboratoriais, sendo, posteriormente, encaminhado ao Laclisa.

3.4.7 Prática da dança circular: intervenção

A intervenção com a implementação da PDC se baseou em procedimentos tradicionais em culturas tribais que buscam a harmonização do coletivo por meio de movimentos corporais realizados sob música, de forma ritmada, enquanto dispostos em um círculo de aproximadamente 20 (vinte) metros de diâmetro, que permitiu aos indivíduos expressar seus movimentos ainda tendo a consciência que estão sendo observados e acompanhados pelo grupo todo. Essa troca, associada à localização menos urbana, integrada à natureza, permitiu uma dissociação da realidade patológica em que o paciente se encontra, permitindo a integração com o grupo ainda que sua expressão individual seja devidamente preservada.

Foi realizado inicialmente apenas com o grupo experimental. Período da intervenção: 12 (doze) semanas; frequência: 02 (duas) vezes por semana; duração: 60 (sessenta) minutos; local: CERPIS em Planaltina (Brasília/DF). Os passos foram ensinados na hora, buscando explicar da melhor maneira possível para que os participantes os compreendessem juntamente com gestos, posturas das mãos e ritmos que foram bem variados. Ainda aconteceram deslocamentos quando as danças foram feitas com as mãos soltas, quando formaram alguma figura. Depois de ensinada, a dança foi realizada, houve uma mesma sintonia na execução da dança. O grupo foi assistido, bem como orientado, por um profissional⁸ com domínio da PDC. Durante todas as sessões da PDC, a pesquisadora acompanhou utilizando o recurso audiovisual para registro da realidade pesquisada.

Seguem exemplos da realização da PDC junto ao grupo experimental nas Figuras 22 e 23, abaixo.

⁸ Marcos Freire - médico generalista Gerente do CERPIS (Planaltina /DF) e possui formação em dança circular.

Figura 22 – PDC com o Grupo Experimental.



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, 2016.

Figura 23 - PDC com o Grupo Experimental.



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, 2016.

3. 5 DESFECHOS

3.5.1 Desfecho primário

O desfecho primário foi constituído pelas alterações na percepção própria de QV dos indivíduos, sendo definidas como estatisticamente significativas aquelas cujo valor de $p < 0,05$. Considerou-se o período de 12 semanas consecutivas e ininterruptas da intervenção, a qual consistia em sessões de PDC realizadas bissemanalmente, com duração 60 (sessenta) minutos a sessão. Para a análise foram consideradas as alterações quantitativas no espectro das dimensões apresentadas pelo *COH-QOL-OQ* da percepção de QV.

3.5.2 Desfechos secundários

Os desfechos secundários incluíram a alteração nos valores componentes da avaliação clínica - realizada por meio de exames físicos, da FC, FR, PA, além disso, dos resultados das entrevistas individuais, sendo consideradas estatisticamente significante as que apresentaram diferenças cujo $p < 0,05$ coletadas no início e final do estudo.

3.5.2 Desfechos exploratórios

Para a avaliação dos objetivos exploratórios estabelecidos no estudo, foram feitas avaliações de bioimpedância e análise bioquímica. A primeira, utilizando-se o dispositivo Bodystat 1500 para obtenção dos dados de gordura Corporal (GC), peso total (PT), Porcentagem de água corporal (AC%), Massa livre de gordura (MM) e Taxa metabólica basal (TMB). No caso da avaliação clínica foram realizados ensaios laboratoriais para determinação sérica de Proteína C Reativa, Glicemia de Jejum, Perfil Lipídico, Hormônio Tireoestimulante (TSH), Cortisol, Insulina, Paratormônio (PTH), Triiodotironina (T3 Total), Tetraiodotironina (T4 Total) e Fator anti-nuclear (FAN).

3.6 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho amostral foi determinado levando-se em consideração aspectos práticos no tocante ao manejo dos potenciais participantes selecionados. Primeiramente, a limitação espacial das instalações do CERPIS é de 100 (cem) indivíduos por sessão, centro de referência em tais práticas e sua localização estratégica em relação aos Ambulatórios de Estomizados do HRPI e do HRS. Também foi considerado o aspecto socioeconômico e seu impacto na adesão dos participantes nas intervenções, especialmente pela baixa renda

observada entre os potenciais envolvidos, sendo o transporte financiado pela pesquisadora. Ainda assim, agravado pelas bem documentadas resistências a interação social e dificuldade de deslocamento em transporte coletivo, haja vista a confecção de estomia intestinal e a distorção da percepção de auto imagem perante a sociedade, o número de participantes foi escolhido em razão dos aspectos supracitados.

O tamanho amostral, ainda que suficiente para a caracterização da intervenção da PDC e seus efeitos, não pode ser extrapolado como representativo de todo o universo amostral de pessoas com estomia intestinal, em razão do número total de pessoa com estomia intestinal ser de difícil caracterização no Brasil, por mais que existam bancos de dados com tais informações, tais bancos apresentam inconsistências e fragilidades no cadastro efetivo que impossibilitam a determinação do poder estatístico das presentes análises. Um estudo com número amostral mais elevado poderia corrigir essas potenciais distorções estatísticas. Tais aspectos não foram realizados neste estudo em função de limitações de ordem orçamentária, temporal, logística e, sobretudo, em função da dificuldade característica da pessoa com estomia intestinal, no que tange ao autoconceito geralmente diminuído, bem como o efeito psicológico e comportamental de seus estigmas.

3.7 RANDOMIZAÇÃO: SEQUÊNCIA DE GERAÇÃO

Foi realizada a criação de uma sequência de randomização para alocação dos indivíduos nos grupos, por simples randomização, por meio do software Excel pela função (ALEATÓRIO). Não houve restrição a mencionar.

3.8 ALOCAÇÃO, MECANISMO DE OCULTAÇÃO

Os números foram dispostos de forma aleatória em uma tabela e alinhados com a listagem dos potenciais participantes em coluna adjacente, de forma a permitir que a ordenação crescente do número indexador aleatória, gerasse duas listagens, sendo a primeira atribuída ao grupo controle (n=40) e a segunda atribuída ao grupo experimental (n=40).

3.9 IMPLEMENTAÇÃO

A randomização foi realizada por um profissional de saúde externo à pesquisa, sem conhecimento das características da amostra ou das intervenções a serem realizadas. A listagem foi gerada e informada à pesquisadora responsável, como grupo I e grupo II, para seguimento da coleta de dados.

3.10 CEGAMENTO

Em virtude do desenho experimental, e da natureza da intervenção, não houve cegamento.

3.11 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. A significância estatística aceita considerando o valor *p* inferior a 0,05. No que se refere à caracterização descritiva dos dados do questionário sociodemográfico e clínico, além da entrevista dos participantes, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis.

Os dados do questionário do *COH-QOL-OQ* – foram analisados por meio do cálculo da média, desvio padrão e proporções e análise inferencial por meio dos seguintes procedimentos estatísticos: intervalo de confiança 95% (estimativa do valor médio real de algumas das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo), teste *t-Student* (comparação entre as médias de variáveis de duas populações independentes), com distribuição normal e teste de *Mann-Whitney*, sem distribuição normal e coeficiente de correlação linear de *Pearson* (avaliação das correlações entre variáveis numéricas contínuas). Foram utilizados ainda o Teste de *Tukey* (para comparações múltiplas), bem como a utilização de *ANOVA* para determinação das diferenças entre os domínios avaliados no instrumento entre os grupos experimental e controle.

Quanto aos domínios Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, foram adicionadas pontuações, atribuídas pelos respondentes, para cada item do domínio e divididas pelo número de itens do próprio domínio. O escore total foi obtido por meio da média aritmética das 43 (quarenta e três) questões contidas no instrumento (ou seja, adicionando-se a pontuação de todos os itens do instrumento e dividindo-se por 43). As médias aritméticas dos domínios consideraram o número de variáveis contidas em cada um – Bem-estar físico (onze questões); Bem-estar psicológico (doze questões); Bem-estar social (treze questões) e Bem-estar espiritual (sete questões).

Neste estudo, foi definido como ponto de corte o escore 5 (cinco). Logo, médias acima de 5 (cinco) indicam boa QV, e abaixo de 5 (cinco), QV ruim. O escore 5 (cinco) representa o ponto médio da escala de avaliação das variáveis que compõem o instrumento (CITY OF HOPE AND BECKER RESEARCH INSTITUTE, 2013). Para a devida interpretação dos

dados, em especial no que tange à correlação, a pontuação de algumas questões que apresentam pontuação inversa em relação a maioria, foi corrigida por meio das orientações de aplicação do instrumento, que recomenda a inversão da escala de pontos para as questões: 1 a 12, 15, 18 e 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37.

Em todas as análises, o nível de significância foi estabelecido em $\alpha=0,05$. Portanto, foram avaliados estatisticamente significantes os testes cujos resultados apresentaram valor menor ou igual a 0,05. A apresentação dos resultados foi feita por meio de tabelas e de gráficos.

Conforme evidenciado no fluxograma (Figura 24), houve perda de 7 (sete) indivíduos no grupo experimental. Tais valores foram suprimidos das análises a fim de não gerar vieses nas determinações estatísticas do grupo experimental.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

“A grandeza de um ser humano não está no quanto ele sabe, mas no quanto ele tem consciência que não sabe”.

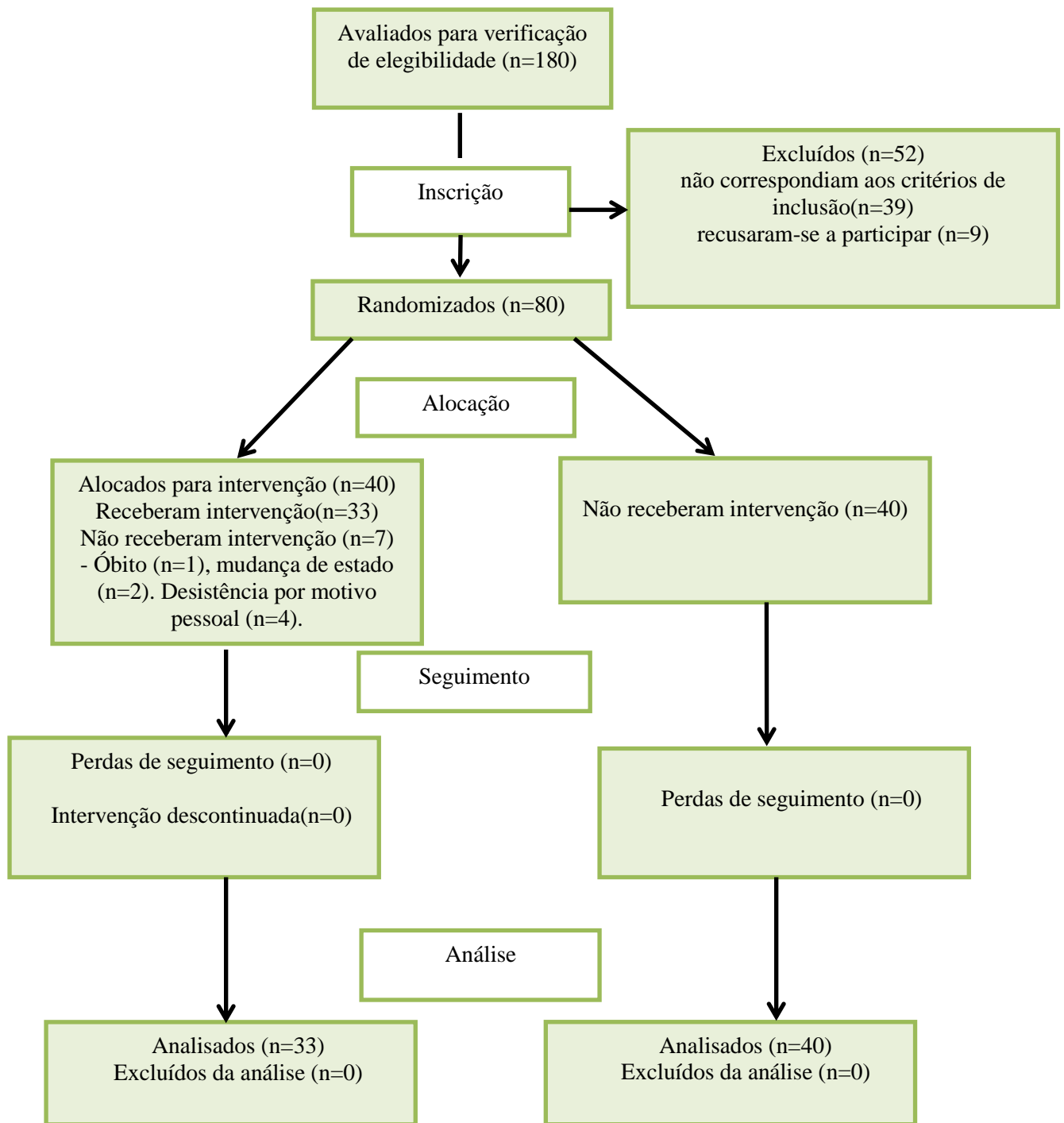
(Augusto Cury)

4.1 FLUXO DE PARTICIPANTES

A triagem inicial contou com 180 (cento e oitenta) pacientes que foram analisados como potenciais participantes, levando em consideração os critérios de elegibilidade e pela conveniência do contato entre a pesquisadora e os pacientes atendidos pelos ambulatórios do HRPI e HRS. Destes, foram aleatoriamente atribuídos a um dos dois grupos, experimental ou controle, compostos por 40 (quarenta) participantes, respectivamente. A randomização foi feita por meio de sistema informatizado aleatoriamente e atribuição ao grupo de forma eletrônica. Após a fase de *screening*, os participantes com efetiva capacidade de tomar parte do experimento, seja em função dos critérios de elegibilidade ou de disponibilidade e capacidade de deslocamento, foram registrados e contabilizados.

No grupo experimental, a intervenção da PDC foi analisada em somente 33 (trinta e três) participantes, havendo perda de 7 (sete) participantes. Essencialmente, houve 1 (um) óbito; 2 (duas) mudanças de residência, que tornaram a participação nos grupos impraticável, mesmo com custeio do transporte coletivo para o local da intervenção; e 4 (quatro) participantes não aderiram ao processo de intervenção por razões pessoais não declaradas. As remoções foram registradas e foram removidos os registros parciais referentes a esses participantes, bem como foi realizado o tratamento de dados conforme descrito na metodologia, de forma a não implicar em vieses na determinação da significância estatística dos dados. No grupo controle, não foi observada perda, obtendo 40 (quarenta) participantes. O fluxograma da escolha dos participantes está descrito na Figura 24.

Figura 24 – Fluxograma da escolha dos participantes para o ensaio randomizado, segundo Guia CONSORT.



Fonte: CONSORT, 2011.

4.2 DADOS DE BASE

Os questionários, as entrevistas, as avaliações clínicas dos grupos experimental e controle foram coletados no Ambulatório de Estomizados do HRPI e no Ambulatório do HRS, as caracterizações da bioimpedância e de bioquímica e as PDCs do grupo experimental foram realizadas no CERPIS. Segue a Tabela 5 abaixo, que descreve a quantidade de pacientes inseridos nos grupos de cada ambulatório.

Tabela 5– Distribuição dos participantes dos ambulatórios de estomizados do HRPL e HRS da SES/Brasília/DF, Brasil, 2016.

| Grupo Experimental | | | Grupo Controle | | |
|--------------------|-----------|-------------|----------------|-----------|-------------|
| | n | % | | n | % |
| HRPI | 18 | 54,6% | HRPI | 20 | 50% |
| HRS | 15 | 45,4% | HRS | 20 | 50% |
| Total | 33 | 100% | Total | 40 | 100% |

Os resultados foram apresentados em seis partes: (I) caracterização sociodemográfica e clínica dos grupos experimental e controle; (II) comparação da qualidade de vida entre o grupo experimental e grupo controle; (III) associação entre as questões e seus respectivos domínios da qualidade de vida nos grupos experimental e controle, (IV) categorização da percepção da qualidade de vida das pessoas colostomizadas nos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Físico, Psicológico, Social e Espiritual; (V) caracterização antropométrica por bioimpedância do grupo experimental (tempo final); e (VI) caracterização da análise bioquímica do grupo experimental (tempo final).

4.2.1 Caracterização sociodemografico e clínica dos grupos experimental e controle

A distribuição dos 33 (trinta e três) colostomizados do grupo experimental em função da faixa etária demonstrou que majoritariamente se tratam de indivíduos entre 51 e 60 anos de idade 39,4% (n=13), sendo a segunda faixa mais frequente, de 61 a 70 anos 30,3% (n=10). Conforme esperado, a incidência da estomia em indivíduos abaixo de 30 anos é reduzida 9,1% (n=3). Nesse grupo, observou-se maior prevalência do sexo feminino, representado por 61% (n=20). Observou-se que a média de idade foi de $\pm 54,78$ anos de idade (n=33). Em sua maioria, os indivíduos reportaram serem católicos 63,7% (n=21), posteriormente evangélicos 30,3% (n=10). No que tange à definição de prática religiosa, sobressaiu a ocorrência de 84,8%

(n=28) de ativos. Em relação ao estado civil, 48,5% (n=16) reportaram serem casados, sendo 87,8% (n=29) declaram que possuem hábitos de convívio familiar. A determinação do nível de instrução demonstrou predominância de educação fundamental 72,7% (n=24) e sua situação frente ao trabalho foi igualmente distribuída entre aposentados e afastados 36,4% (n=12) e renda familiar, tomando como base o salário mínimo vigente de R\$ 880,00, variando entre menor que 1 e igual a 3 salários mínimos 87,9% (n=19). Todas as variáveis do questionário sociodemográfico podem ser vistas na Tabela 6.

A distribuição dos 40 (quarenta) colostomizados do grupo controle em função da faixa etária demonstrou que majoritariamente se tratam de indivíduos entre 51 e 60 anos de idade 32,5% (n=13), sendo a segunda faixa mais frequente o de 61 a 70 anos 25% (n=10), em coincidência com o grupo experimental. A incidência da estomia em indivíduos abaixo de 30 anos também foi reduzida 7,5% (n=3). Nesse grupo, observou-se maior prevalência do sexo feminino, representado por 60% (n=24). Observou-se que a média de idade foi de $\pm 55,57$ anos de idade (n=40). Em sua maioria, os indivíduos do grupo controle reportaram ser católicos 65% (n=26), posteriormente evangélicos 27,5% (n=11). No que tange à definição de prática religiosa, sobressaiu a ocorrência de 77,5% (n=31) de ativos. Em relação ao estado civil, 52,5% (n=21) reportaram serem casados, sendo que 95% (n=38) declaram que possuem hábitos de convívio familiar. A determinação do nível de instrução demonstrou predominância de educação fundamental 77,5% (n=31) e sua situação frente ao trabalho foi entre aposentados 52,5% (n=21) e afastados 27,5% (n=11), e renda familiar, tomando como base o salário mínimo vigente de R\$ 880,00, variando entre menor que 1 e igual a 3 salários mínimos 80% (n=32). Todas as variáveis do questionário sociodemográfico podem ser vistas na Tabela 6.

Quanto ao aspecto clínico, o tempo desde a estomia intestinal, observou-se que, nos grupos experimental e controle, a faixa que sobressaiu foi a faixa de >12 meses e ≤ 60 meses 81,9% (n=27) e 75% (n=30), respectivamente. Além disso, ambos os grupos demonstraram que majoritariamente o caráter definitivo da estomia intestinal foi de 60,6% (n=20) no grupo experimental, sendo que no grupo controle 55% (n=22) houve um discreto predomínio. No que tange ao uso do sistema de irrigação, somente o grupo controle, contando com somente uma ocorrência 2,5% (n=1) de utilização do referido sistema. Em relação às co-morbidades para o grupo de experimental, 54,6% (n=18) possuem hipertensão arterial e 30,3% (n=10) Diabetes Mellitus, por outro lado, o grupo controle 40% (n=16) possuem hipertensão arterial e 20% (n=8) Diabetes Mellitus. Dentre os componentes do grupo experimental, observa-se

uma frequência de tabagismo de 33,3% (n=11) e no grupo controle 51,5% (n=17). Em ambos os grupos, foi observada a ocorrência de acompanhamento ambulatorial, isto é, 94% (n=31) no grupo experimental e 90% (n=36) no grupo controle. No que se refere ao recebimento de equipamentos, ambos os grupos apontaram tal recebimento, sendo no grupo experimental, 96,9% (n=32) e no grupo controle 97,5% (n=39). Todas as variáveis do questionário clínico podem ser vistas na Tabela 7.

No tocante à causa da confecção da estomia intestinal, tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle, a causa mais comum observada fora o CCR 51,5% (n =17) e 60% (n=24), respectivamente. Todas as variáveis do questionário clínico podem ser vistas na Tabela 8.

Em relação à avaliação clínica, ainda que não tenhamos notado efeitos significativos, em especial do ponto de vista clínico, é importante reiterar que o reflexo no aspecto fisiológico do paciente pode ser fracamente detectado, contudo, as análises das entrevistas, bem como do instrumento *COH-QOL- OQ*, sugeriram um incremento em força física e bem-estar físico no geral como fruto da implementação da PDC. Todas as variáveis da avaliação clínica podem ser vistas na Tabela 9.

No que se refere ao perfil de uso de medicamentos, como esperado, são pacientes polifarmácia, portadores de patologias crônicas, condizentes com a faixa etária, associado ao consumo, culturalmente característico de medicamentos de forma autorregulada – automedicação. Todas as variáveis do perfil do consumo de medicamentos podem ser vistas na Tabela 10.

Tabela 6 – Amostra dos grupos experimental e controle segundo as características sociodemográficas. Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Variáveis | Grupo Experimental | | Grupo Controle | |
|------------------------------------|--------------------|------------|----------------|------------|
| | n | % | n | % |
| SEXO | | | | |
| Feminino | 20 | 61 | 24 | 60 |
| Masculino | 13 | 39 | 16 | 40 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| FAIXA ETÁRIA | | | | |
| 20 -----30 | 3 | 9,1 | 4 | 10 |
| 31 -----40 | 1 | 3,0 | 3 | 7,5 |
| 41 -----50 | 5 | 15,2 | 5 | 12,5 |
| 51 -----60 | 13 | 39,4 | 13 | 32,5 |
| 61 -----70 | 10 | 30,3 | 10 | 25 |
| 71 -----80 | 1 | 3,0 | 5 | 12,5 |
| 81 -----90 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| RELIGIÃO | | | | |
| Católicos | 21 | 63,7 | 26 | 65 |
| Evangélicos | 10 | 30,3 | 11 | 27,5 |
| Espíritas | 1 | 3,0 | 3 | 7,5 |
| Outras | 1 | 3,0 | 0 | 0 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| PRÁTICA RELIGIÃO | | | | |
| Sim | 28 | 84,8 | 31 | 77,5 |
| Não | 5 | 15,2 | 9 | 22,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Casado | 16 | 48,5 | 21 | 52,5 |
| União Estável | 3 | 9,1 | 10 | 25 |
| Divorciado | 3 | 9,1 | 2 | 5 |
| Viúvo | 4 | 12,1 | 2 | 5 |
| Solteiro | 7 | 21,2 | 5 | 12,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| CONVÍVIO FAMILIAR | | | | |
| Com convívio familiar | 29 | 87,8 | 38 | 95 |
| Sem convívio familiar | 4 | 12,2 | 2 | 5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| INSTRUÇÃO | | | | |
| Nenhuma a Ensino Fundamental | 24 | 72,7 | 31 | 77,5 |
| Ensino Médio | 9 | 27,3 | 8 | 20 |
| Ensino Superior | 0 | 0 | 1 | 2,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| SITUAÇÃO FRENTE AO TRABALHO | | | | |
| Aposentado | 12 | 36,4 | 21 | 52,5 |
| Afastado | 12 | 36,4 | 11 | 27,5 |
| Trabalha | 4 | 12,1 | 1 | 2,5 |
| Desempregado | 5 | 15,1 | 7 | 17,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| RENDA FAMILIAR (SM*) | | | | |
| <1 a 3 SM | 29 | 87,9 | 32 | 80 |
| 4 a 5 SM | 3 | 9 | 5 | 12,5 |
| >= 6 SM | 1 | 3,1 | 3 | 7,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |

*Salário Mínimo vigente na época da pesquisa: R\$ 880,00.

Tabela 7 – Amostra dos grupos experimental e controle segundo as características clínicas, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Variáveis | Grupo Experimental | | Grupo Controle | |
|---------------------------------------|--------------------|------------|----------------|------------|
| | n | % | n | % |
| TEMPO DE ESTOMIZADO (em meses) | | | | |
| > 12 meses e ≤ 60 meses | 27 | 81,9 | 30 | 75 |
| > 60 meses | 6 | 18,1 | 10 | 25 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| CARÁTER DA ESTOMIA | | | | |
| Definitivo | 20 | 60,6 | 22 | 55 |
| Temporário | 13 | 39,4 | 18 | 45 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| USO DO SISTEMA DE IRRIGAÇÃO | | | | |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 2,5 |
| Não | 33 | 100 | 39 | 97,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| CO-MORBIDADES | | | | |
| Diabetes Mellitus | | | | |
| Sim | 10 | 30,3 | 8 | 20 |
| Não | 23 | 69,7 | 32 | 80 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL | | | | |
| Sim | 18 | 54,6 | 16 | 40 |
| Não | 15 | 45,4 | 24 | 60 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| TABAGISMO | | | | |
| Sim | 11 | 33,3 | 17 | 51,5 |
| Não | 22 | 66,7 | 23 | 48,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL | | | | |
| Sim | 31 | 94 | 36 | 90 |
| Não | 2 | 6 | 4 | 10 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |
| RECEBIMENTO DE EQUIPAMENTOS | | | | |
| Sim | 32 | 96,9 | 39 | 97,5 |
| Não | 1 | 3,1 | 1 | 2,5 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |

Tabela 8 – Caracterização segundo causa da confecção da estomia intestinal dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| CAUSA DA ESTOMIA | Grupo Experimental | | Grupo Controle | |
|--------------------------------|--------------------|------------|----------------|------------|
| | n | % | n | % |
| CCR | 17 | 51,5 | 24 | 60 |
| Traumas abdômino perineais | 5 | 15,1 | 6 | 15 |
| Doença Inflamatória Intestinal | 3 | 9 | 5 | 12,5 |
| Doença de Chagas | 4 | 12,2 | 1 | 2,5 |
| Doença Diverticular | 4 | 12,2 | 4 | 10 |
| Total | 33 | 100 | 40 | 100 |

Tabela 9 – Caracterização da avaliação clínica dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Variáveis | Grupo Experimental | | Grupo Controle | |
|--|--------------------|----------|----------------|----------|
| | Média | DP | Média | DP |
| PRESSÃO ARTERIAL | | | | |
| Tempo Inicial | 142/84 | 9,8/8,5 | 144/87 | 11,7/9,1 |
| Tempo Final | 140/83 | 12,1/8,6 | 142/85 | 12,9/9,4 |
| Total | 33 | | 40 | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA REPOUSO | | | | |
| Tempo Inicial | 66,7 | 9,1 | 68,3 | 8,5 |
| Tempo Final | 67,1 | 7,2 | 64,6 | 7,7 |
| Total | 33 | | 40 | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA REPOUSO | | | | |
| Tempo Inicial | 13,4 | 2,07 | 13,7 | 1,89 |
| Tempo Final | 12,9 | 1,98 | 12,8 | 2,01 |
| Total | 33 | | 40 | |

Tabela 10 – Perfil do consumo de medicamentos dos grupos experimental e controle, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Medicamentos | Grupo Experimental | | Grupo Controle | |
|--------------------|--------------------|------------|----------------|------------|
| | n | % | n | % |
| Anti-hipertensivos | 18 | 54,5 | 16 | 40 |
| Hipoglicemiantes | 10 | 30,3 | 8 | 20 |
| Analgésicos | 12 | 36,3 | 13 | 32,5 |
| Anti-inflamatórios | 9 | 27,2 | 11 | 27,5 |
| Antidepressivos | 10 | 30,3 | 4 | 10 |
| Anti-eméticos | 18 | 54,5 | 23 | 57,5 |
| Total | 33 | *** | 40 | *** |

4.3 NÚMEROS ANALISADOS

A análise dos dados considerou as perdas ocorridas no grupo tratado, isto é, no grupo experimental (n=7), sendo, portanto avaliados os dados dos 73 (setenta e três) participantes remanescentes na pesquisa. No grupo controle, entretanto, essa considerou o número de participantes original do projeto, a constar: (n=40).

4.4 DESFECHOS E ESTIMATIVAS

O desfecho primário considerou os dados observados das alterações quantitativas no espectro das dimensões apresentadas pelo *COH-QOL-OQ* da percepção de QV, considerando variação mínima de 5%, com valor significativo entre os valores observados anteriormente à intervenção e entre grupos experimental e controle. Alterações na percepção própria de QV dos indivíduos, quando estatisticamente significativa, foram consideradas como indicativo de aproveitamento da PDC.

Os desfechos secundários incluíram a alteração nos valores componentes da avaliação clínica – realizada por meio de exames físicos, FC, FR, PA e entrevista.

Complementarmente, os desfechos exploratórios incluíram as alterações observadas na bioimpedância e nos parâmetros bioquímicos estabelecidos e apresentados previamente.

Importante mencionar que tais características devem ser consideradas como informações adicionais, fruto de desfecho exploratório, cujo objetivo é enriquecer o trabalho, sem, contudo, apontar relação de causalidade entre os eventos. Tais observações podem ser implementadas em trabalhos posteriores a título confirmatório.

4.4.1 Comparação da qualidade de vida entre o grupo experimental e grupo controle no tempo inicial e final do estudo

Os resultados da Tabela 11 e dos gráficos 1e 2 apresentaram escores médios para os Domínios Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual do *COH-QOL-OQ*, não foram verificadas diferenças, estatisticamente, significativas entre os grupos. Foi utilizado o Teste *t de Student* para verificar se as médias dos domínios eram iguais entre as pessoas com estomia intestinal pré-intervenção entre ambos os grupos. Pode-se observar que não existe diferença estatisticamente significativa para todos os domínios, permitindo a caracterização da amostra utilizada como sendo homogênea entre si ($p>0,05$).

Tabela 11 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e com o grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Grupos | Grupo Experimental (tempo inicial) | | | | | Grupo Controle (tempo inicial) | | | | | |
|--------|--------------------------------------|-----|-------|------|--------|----------------------------------|-------|------|--------|------|------|
| | Domínios | n | Média | DP | IC 95% | n | Média | DP | IC 95% | P | |
| BEF | 33 | 5,5 | 1,8 | 4,88 | 6,11 | 40 | 4,78 | 2,24 | 4,08 | 6,11 | 0,60 |
| BEP | 33 | 5,6 | 1,7 | 5,01 | 6,18 | 40 | 5,18 | 1,64 | 4,67 | 6,18 | 0,75 |
| BES | 33 | 5,4 | 1,5 | 4,88 | 5,91 | 40 | 4,55 | 1,72 | 4,01 | 5,91 | 0,24 |
| BEE | 33 | 7,1 | 1,8 | 6,48 | 7,71 | 40 | 7,35 | 1,70 | 6,82 | 7,71 | 0,42 |

Gráfico 1 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) Brasília, DF, Brasil, 2016.

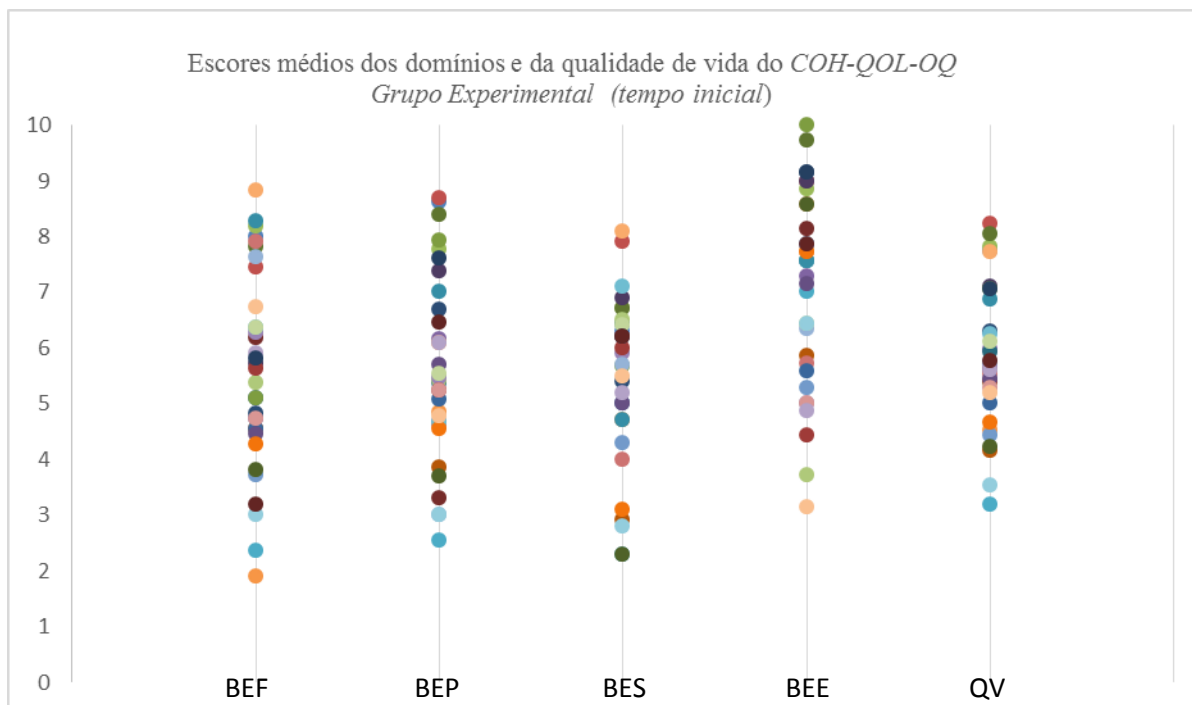
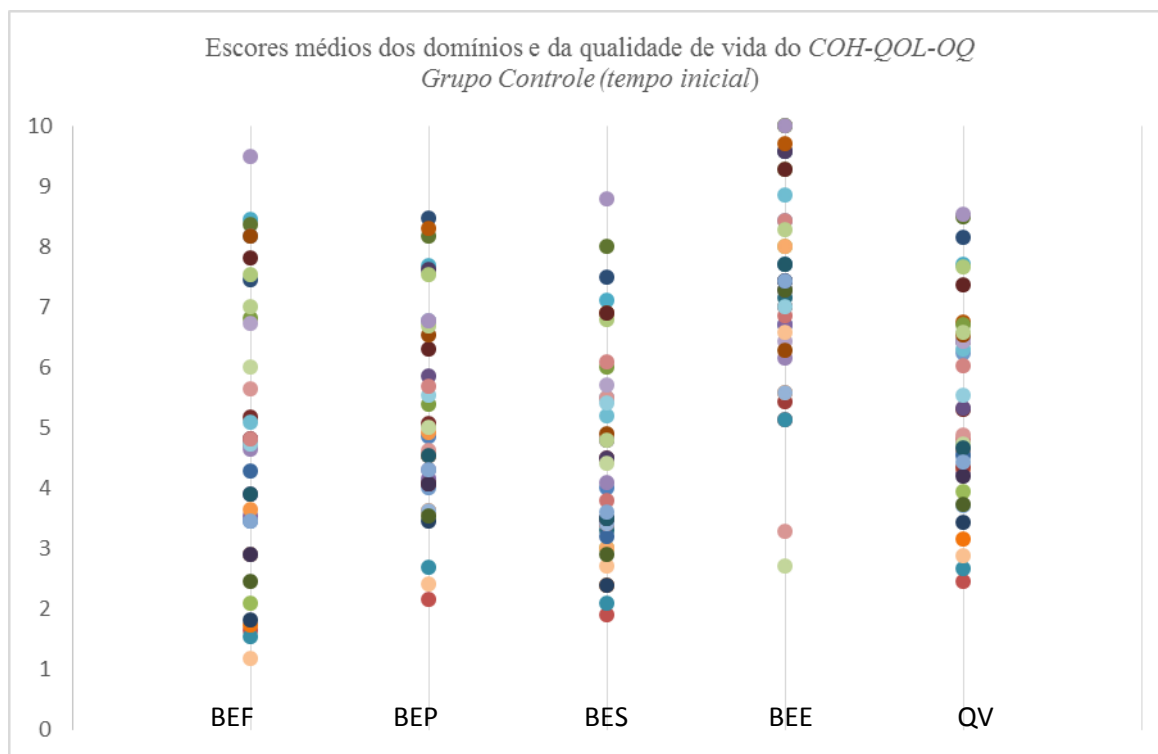


Gráfico 2 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.



4.4.2 Associação do grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial) entre as questões e seus respectivos domínios

A partir dos resultados obtidos, buscou-se identificar as questões fortemente correlacionadas em cada um dos domínios do *COH-QOL-OQ*, por meio da correlação entre cada questão que compõe o domínio e seu escore médio, do grupo experimental (tempo inicial) e do grupo controle (tempo final). Com o objetivo de possibilitar a avaliação destas questões por grupo nas Tabelas 12, 13, 14 e 15.

Foi utilizado o teste de correlação de Pearson, conferindo se existe correlação entre a questão e o seu domínio. Pode-se observar que existe correlação significativa em todos os casos, ou seja, as respostas obtidas no questionário estão significativamente relacionadas com o que o seu domínio demonstra.

Neste sentido, pode-se inferir com os dados da Tabela 12 que ambos os grupos apresentaram associação significativa da maioria das questões com o domínio BEF, destacando-se, com grau de correlação muito forte ($r > 0,8$), as questões de número 5 “Dores ou sofrimentos” e de número 2 “Fadiga”.

Na Tabela 13 os dados demonstram que a questão de número 23 “Depressão”, foi a maior associação no domínio BEP, seguida das questões de número 22 “Ansiedade”, de

número 18 “*Dificuldade para olhar para estomia*”, de número 21 “*Satisfeito com a aparência*”, de número 15 “*Constrangido por causa da estomia*” e de número 16 “*QV no geral*”.

Já na Tabela 14, dos dados que se referem ao domínio BES, os resultados indicam que as quatro questões comprovam a associação com o referido domínio a de número 29 “*Interferência da estomia nas relações pessoais*”, de número 25 “*Dificuldade para conhecer novas pessoas*”, de número 26 “*Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento*”, e a de número 34 “*Interferência da estomia na intimidade*” estão fortemente correlacionados com o escore médio adquirido no referido domínio, em ambos os grupos, ou seja, com significância estatística ($p < 0,001$). A questão de número 36 “*Privacidade suficiente para cuidar se sua estomia quando viaja*” apresentou correlação negativa e não estatisticamente significativa em ambos os grupos.

Os dados da Tabela 15 demonstram que, em ambos os grupos, o domínio BEE obteve valores de correlação também fortes, especialmente nas questões de número 40 “*Quanto você se sente esperançoso*”, de número 38 “*Você sente que tem uma razão para estar vivo*”, de número 39 “*Você tem sentimento de paz interior*”, de número 41 “*O apoio que você recebe de suas atividades espirituais é suficiente para atender suas necessidades*” e de número 42 “*O apoio que você recebe de atividades religiosas, é suficiente para atender suas necessidades*” com $p < 0,001$. Vale ressaltar que o domínio BEE foi o que obteve o maior número de questões correlacionadas com o domínio do instrumento.

Tabela 12 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Físico (BEF), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BEF | Grupo Experimental (tempo inicial) | | Grupo Controle (tempo inicial) | |
|----------|--------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| | | R | P | R | P |
| 1 | Força física | 0,76 | <0,001 | 0,75 | <0,001 |
| 2 | Fadiga | 0,80 | <0,001 | 0,83 | <0,001 |
| 3 | Pele ao redor da estomia | 0,75 | <0,001 | 0,75 | <0,001 |
| 4 | Interrupções de sono | 0,79 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 5 | Dores ou sofrimento | 0,83 | <0,001 | 0,87 | <0,001 |
| 6 | Gases | 0,67 | <0,001 | 0,66 | <0,001 |
| 7 | Odor | 0,62 | <0,001 | 0,67 | <0,001 |
| 8 | Constipação | 0,66 | <0,001 | 0,68 | <0,001 |
| 9 | Diarreia | 0,45 | 0,008 | 0,55 | 0,007 |
| 10 | Vazamentos da bolsa | 0,67 | <0,001 | 0,69 | <0,001 |
| 11 | Bem-estar Físico Geral | 0,75 | <0,001 | 0,76 | <0,001 |

Tabela 13 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Psicológico (BEP), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BEP | Grupo Experimental (tempo inicial) | | Grupo Controle (tempo inicial) | |
|----------|--------------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| | | R | P | R | P |
| 12 | Adaptação da estomia | 0,42 | 0,004 | 0,55 | 0,003 |
| 13 | Sentir útil | 0,51 | 0,013 | 0,46 | 0,002 |
| 14 | Satisfação ou prazer pela vida | 0,47 | <0,001 | 0,58 | <0,001 |
| 15 | Constrangido por causa da estomia | 0,77 | <0,001 | 0,77 | <0,001 |
| 16 | QV no geral | 0,76 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 17 | Memória | 0,43 | 0,016 | 0,47 | 0,002 |
| 18 | Dificuldade para olhar para estomia | 0,80 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 19 | Dificuldade para cuidar da estomia | 0,74 | <0,001 | 0,73 | <0,001 |
| 20 | Controle sobre as coisas na sua vida | 0,74 | <0,001 | 0,74 | <0,001 |
| 21 | Satisfeito com a aparência | 0,78 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 22 | Ansiedade | 0,82 | <0,001 | 0,81 | 0,003 |
| 23 | Depressão | 0,89 | <0,001 | 0,88 | <0,001 |
| 24 | Receio da doença voltar | 0,52 | 0,002 | 0,58 | 0,002 |

Tabela 14 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Social (BES), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BES | Grupo Experimental (tempo inicial) | | Grupo Controle (tempo inicial) | |
|----------|--|------------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| | | r | p | R | P |
| 25 | Dificuldade para conhecer novas pessoas | 0,83 | <0,001 | 0,82 | <0,001 |
| 26 | Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento | 0,78 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 27 | Quanto a sua doença tem sido angustiante para sua família | 0,30 | 0,088 | 0,41 | 0,098 |
| 28 | Interferência da estomia para viajar | 0,32 | 0,062 | 0,58 | <0,001 |
| 29 | Interferência da estomia nas relações pessoais | 0,83 | <0,001 | 0,82 | <0,001 |
| 30 | Quanto isolamento é causado pela estomia | 0,77 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 31 | O apoio de seus amigos e família é suficiente para atender suas necessidades | 0,74 | <0,001 | 0,73 | <0,001 |
| 32 | Interferência da estomia nas atividades recreativas/ esportivas | 0,68 | <0,001 | 0,70 | <0,001 |
| 33 | Interferência da estomia nas atividades sociais | 0,73 | <0,001 | 0,72 | <0,001 |
| 34 | Interferência da estomia na intimidade | 0,77 | <0,001 | 0,75 | <0,001 |
| 35 | Privacidade suficiente para cuidar de sua estomia em casa | 0,58 | 0,011 | 0,55 | 0,012 |
| 36 | Privacidade suficiente para cuidar de sua estomia quando viaja | -0,15 | 0,39 | -0,15 | 0,352 |

Tabela 15 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Espiritual (BEE), de acordo com o grupo experimental (tempo inicial) e grupo controle (tempo inicial), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questão | BEE | Grupo Experimental (tempo inicial) | | Grupo Controle (tempo inicial) | |
|---------|---|------------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| | | <i>r</i> | <i>p</i> | <i>R</i> | <i>P</i> |
| 37 | Incerteza quanto ao seu futuro | 0,28 | 0,014 | 0,51 | <0,001 |
| 38 | Você sente que tem uma razão para estar vivo | 0,79 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 39 | Você tem sentimento de paz interior | 0,78 | <0,001 | 0,77 | <0,001 |
| 40 | Quanto você se sente esperançoso | 0,83 | <0,001 | 0,82 | <0,001 |
| 41 | O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, é suficiente para atender suas necessidades | 0,77 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 42 | O apoio que você recebe de atividades religiosas, é suficiente para atender suas necessidades | 0,76 | <0,001 | 0,77 | <0,001 |
| 43 | Ter uma estomia tem trazido mudanças positivas na sua vida | 0,31 | 0,036 | 0,68 | <0,001 |

4.4.3 Comparação da qualidade de vida entre o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final).

Os resultados da Tabela 16 e os gráficos 3 e 4 apresentaram escores médios para os Domínios BEF, BEP, BES e BEE do *COH-QOL-OQ*, do grupo experimental (tempo final) e do grupo controle (tempo final), foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Foi utilizado o Teste *t de Student* para verificar se as médias dos domínios eram iguais entre as pessoas com estomia intestinal pós-intervenção entre ambos os grupos. Pode-se observar que existe diferença estatisticamente significativa para todos os domínios, sugerindo que as PDCs contribuíram para a modificação dos resultados previamente determinados ($p > 0,05$).

Tabela 16 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Grupos | Grupo Experimental (tempo final) | | | | Grupo Controle (tempo final) | | | | |
|--------|----------------------------------|-------|-----|-----------|------------------------------|-------|------|-----------|----------|
| | n | Média | DP | IC 95% | n | Média | DP | IC 95% | <i>P</i> |
| BEF | 33 | 6,7 | 1,6 | 6,18 7,29 | 40 | 4,88 | 2,34 | 4,06 5,52 | <0,001 |
| BEP | 33 | 6,4 | 1,0 | 6,11 6,79 | 40 | 5,06 | 1,52 | 4,61 5,81 | <0,001 |
| BES | 33 | 5,6 | 1,3 | 4,92 5,77 | 40 | 4,35 | 1,72 | 4,13 5,16 | <0,031 |
| BEE | 33 | 8,2 | 1,8 | 7,81 8,63 | 40 | 7,41 | 1,70 | 6,87 7,79 | <0,001 |

Gráfico 3 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo experimental (tempo final) Brasília, DF, Brasil, 2016.

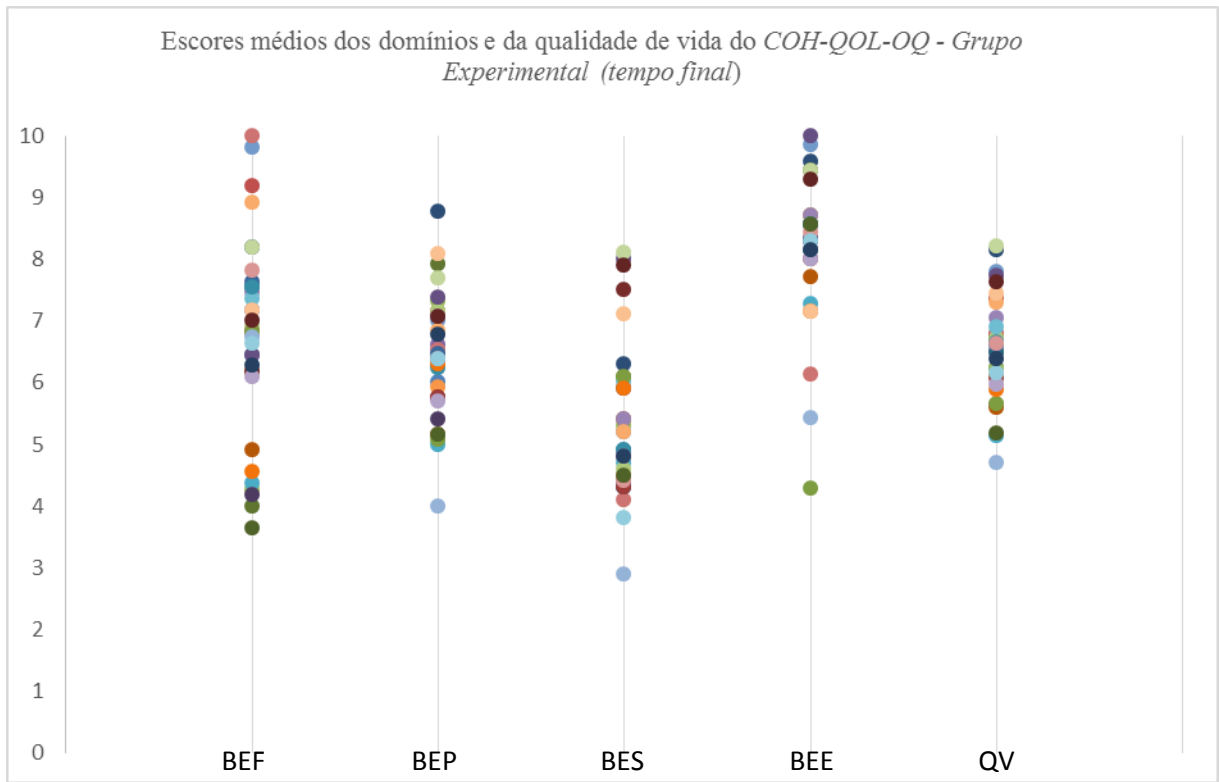
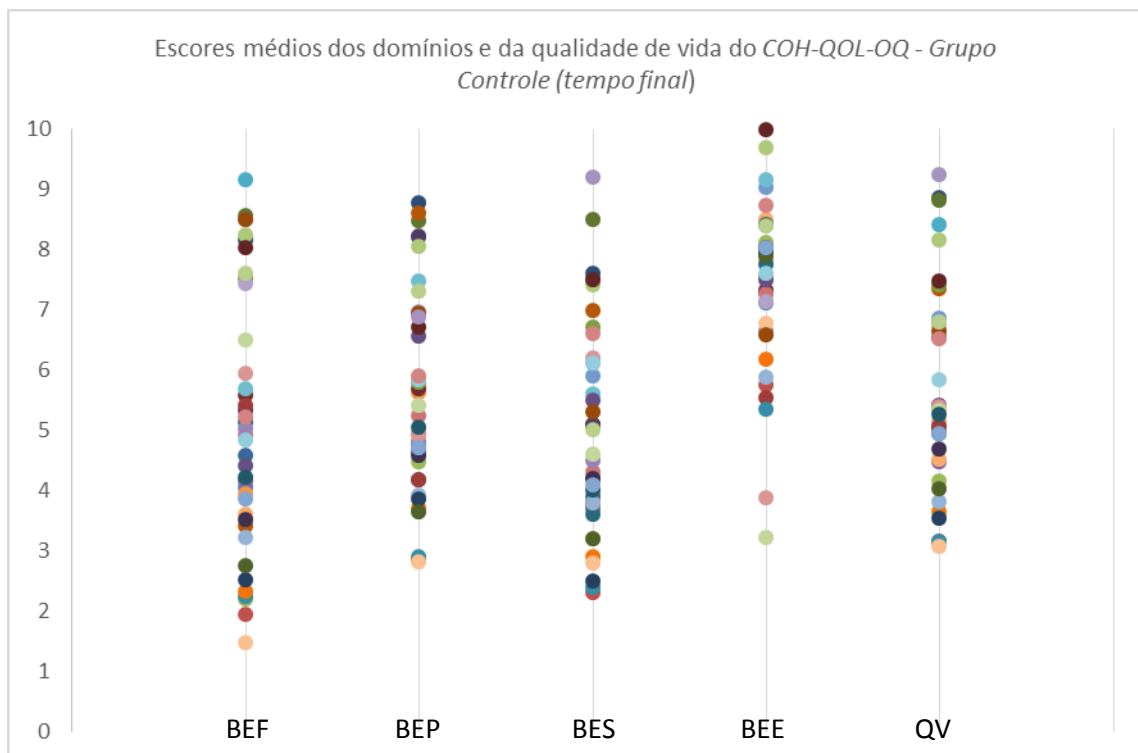


Gráfico 4 – Escores médios dos domínios e da qualidade de vida do *COH-QOL-OQ*, de acordo com o grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.



4.4.4 Associação do grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final) entre as questões e seus respectivos domínios

Buscando caracterizar as diferenças advindas da implementação das PDCs junto ao grupo experimental em relação ao controle, foi realizada a identificação da correlação entre as questões e seus respectivos domínios de acordo com o *COH-QOL-OQ*, por meio da correlação entre cada questão que compõe o domínio e seu escore médio, do grupo experimental (tempo final) e do grupo controle (tempo final). Com o objetivo de possibilitar a avaliação destas questões por grupo nas Tabelas 17, 18, 19 e 20.

Foi utilizado o teste de correlação de Pearson, conferindo se existe correlação entre a questão e o seu domínio. Pode-se observar que existe correlação significativa em todos os casos, independente dos grupos, contudo, a intensidade da correlação se mostra diminuída no grupo experimental em relação ao controle, sugerindo que as PDCs atuaram na melhoria dos escores dos domínios BEF, BEP, BES e BEE.

Neste sentido, pode-se inferir com os dados da Tabela 17 que ambos os grupos apresentaram associação significativa da maioria das questões com o domínio BEF, destacando-se ainda que no grupo controle, permaneceram com grau de correlação muito forte, as questões de número 5 “*Dores ou sofrimentos*” e a de número 2 “*Fadiga*”.

Já no grupo experimental, houve redução da associação entre as questões de número 5 “*Dores ou sofrimentos*”, de número 2 “*Fadiga*”, de número 4 “*Interrupções de sono*”, de número 1 “*Força física*” e de número 11 “*Bem-estar geral físico*”, obtiveram uma redução nos valores de correlação. Tal fato pode sugerir que as PDCs interferiram positivamente no BEF, reportando a redução da contribuição desses agravos em relação ao grupo controle.

O domínio do BEP da Tabela 18, novamente foi percebido o mesmo perfil de redução das associações no grupo experimental em relação ao controle – em especial nas questões de número 23 “*Depressão*”, seguida das questões de número 22 “*Ansiedade*”, de número 21 “*Satisfeito com a aparência*”, de número 15 “*Constrangido por causa da estomia*”, de número 18 “*Dificuldade de olhar para a estomia*” e de número 16 “*QV no geral*” – foi novamente observada a redução pontual dessas questões, notadamente como resultado das PDCs no grupo experimental. Somente a questão número 24 “*Receio de a doença voltar*” apresentou correlação negativa e não estatisticamente significativa.

Em relação ao BES da Tabela 19, tal perfil de redução se manteve em relação ao grupo controle, a citar as quatro questões de número 29 “*Interferências da estomia nas relações pessoais*”, de número 25 “*Dificuldade para conhecer novas pessoas*”, de número 30 “*Quanto*

isolamento é causado pela estomia” e de número 34 “Interferência da estomia na intimidade”.

Os dados referentes da Tabela 20 ao BEE demonstram que também nesse domínio, as PDCs resultaram uma redução nos valores de associação do grupo experimental, corroborando o suposto efeito da PDC na maioria das questões desse domínio em específico, a de número 40 “Quanto você se sente esperançoso”, de número 39 “Você tem sentimento de paz interior” e de número 38 “Você sente que tem uma razão para estar vivo” contribuem menos para a redução da QV no grupo experimental.

Face ao exposto, é importante destacar que nas questões de número 6 “Gases”, de número 7 “Odor”, de número 8 “Constipação”, de número 9 “Diarreia”, de número 10 “Vazamentos da bolsa” e de número 3 “Pele ao redor da estomia” referente ao BEF, permaneceram praticamente inalteradas, fato este explicável pela falta de contribuição das PDCs. O mesmo pode ser observado em BEP, nas questões de número 17 “Memória” e de número 24 “Receio da doença voltar”; em BES, nas questões de número 26 “Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento”, de número 27 “Quanto a sua doença tem sido angustiante para sua família”, de número 31 “Apoio de seus amigos e família é suficiente para atender as suas necessidades” e de número 35 “Privacidade suficiente para cuidar de sua estomia em casa”. No entanto, no domínio BEE, todas as questões sofreram influência da PDC, excetuando-se a questão número 37 “Incerteza quanto ao seu futuro”.

Tabela 17 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Físico (BEF), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BEF | Grupo Experimental (tempo final) | | Grupo Controle (tempo final) | |
|----------|--------------------------|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| | | R | P | R | P |
| 1 | Força física | 0,59 | <0,001 | 0,74 | <0,001 |
| 2 | Fadiga | 0,54 | <0,001 | 0,82 | <0,001 |
| 3 | Pele ao redor da estomia | 0,75 | <0,001 | 0,77 | <0,001 |
| 4 | Interrupções de sono | 0,58 | <0,001 | 0,77 | <0,001 |
| 5 | Dores ou sofrimento | 0,51 | <0,001 | 0,88 | <0,001 |
| 6 | Gases | 0,53 | 0,001 | 0,62 | <0,001 |
| 7 | Odor | 0,60 | 0,001 | 0,63 | <0,001 |
| 8 | Constipação | 0,65 | <0,001 | 0,65 | <0,001 |
| 9 | Diarreia | 0,48 | <0,001 | 0,53 | <0,001 |
| 10 | Vazamentos da bolsa | 0,65 | 0,002 | 0,66 | <0,001 |
| 11 | Bem-estar Físico Geral | 0,60 | <0,001 | 0,75 | <0,001 |

Tabela 18 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Psicológico (BEP), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BEP | Grupo Experimental (tempo final) | | Grupo Controle (tempo final) | |
|----------|--------------------------------------|----------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | | <i>r</i> | <i>P</i> | <i>R</i> | <i>P</i> |
| 12 | Adaptação da estomia | 0,40 | 0,001 | 0,56 | 0,004 |
| 13 | Sentir útil | 0,39 | 0,002 | 0,48 | 0,003 |
| 14 | Satisfação ou prazer pela vida | 0,42 | 0,002 | 0,59 | 0,002 |
| 15 | Constrangido por causa da estomia | 0,56 | <0,001 | 0,68 | <0,001 |
| 16 | QV no geral | 0,57 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 17 | Memória | 0,40 | 0,0014 | 0,49 | 0,002 |
| 18 | Dificuldade para olhar para estomia | 0,58 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 19 | Dificuldade para cuidar da estomia | 0,63 | 0,0012 | 0,74 | <0,001 |
| 20 | Controle sobre as coisas na sua vida | 0,65 | 0,0013 | 0,75 | <0,001 |
| 21 | Satisfeito com a aparência | 0,55 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 22 | Ansiedade | 0,53 | <0,001 | 0,87 | <0,001 |
| 23 | Depressão | 0,50 | <0,001 | 0,88 | <0,001 |
| 24 | Receio da doença voltar | -0,02 | 0,891 | 0,61 | <0,001 |

Tabela 19 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Social (BES), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questões | BES | Grupo Experimental (tempo final) | | Grupo Controle (tempo final) | |
|----------|--|----------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | | <i>R</i> | <i>P</i> | <i>R</i> | <i>P</i> |
| 25 | Dificuldade para conhecer novas pessoas | 0,51 | <0,001 | 0,84 | <0,001 |
| 26 | Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento | 0,76 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 27 | Quanto a sua doença tem sido angustiante para sua família | 0,27 | 0,088 | 0,44 | 0,097 |
| 28 | Interferência da estomia para viajar | 0,39 | <0,001 | 0,61 | <0,001 |
| 29 | Interferência da estomia nas relações pessoais | 0,50 | <0,001 | 0,81 | <0,001 |
| 30 | Quanto isolamento é causado pela estomia | 0,53 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 31 | O apoio de seus amigos e família é suficiente para atender suas necessidades | 0,76 | <0,001 | 0,74 | <0,001 |
| 32 | Interferência da estomia nas atividades recreativas/ esportivas | 0,61 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 33 | Interferência da estomia nas atividades sociais | 0,62 | <0,001 | 0,75 | <0,001 |
| 34 | Interferência da estomia na intimidade | 0,60 | <0,001 | 0,81 | <0,001 |
| 35 | Privacidade suficiente para cuidar se sua estomia em casa | 0,62 | 0,032 | 0,57 | <0,012 |
| 36 | Privacidade suficiente para cuidar se sua estomia quando viaja | -0,32 | 0,066 | -0,17 | 0,342 |

Tabela 20 – Correlação entre cada questão e o escore médio do Domínio Bem-estar Espiritual (BEE), de acordo com o grupo experimental (tempo final) e grupo controle (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Questão | BEE | Grupo Experimental (tempo final) | | Grupo Controle (tempo final) | |
|---------|---|----------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | | <i>r</i> | <i>P</i> | <i>r</i> | <i>P</i> |
| 37 | Incerteza quanto ao seu futuro | 0,36 | 0,039 | 0,55 | <0,001 |
| 38 | Você sente que tem uma razão para estar vivo | 0,52 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 39 | Você tem sentimento de paz interior | 0,51 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 40 | Quanto você se sente esperançoso | 0,50 | <0,001 | 0,83 | <0,001 |
| 41 | O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, é suficiente para atender suas necessidades | 0,62 | <0,001 | 0,79 | <0,001 |
| 42 | O apoio que você recebe de atividades religiosas, é suficiente para atender suas necessidades | 0,63 | <0,001 | 0,78 | <0,001 |
| 43 | Ter uma estomia tem trazido mudanças positivas na sua vida | 0,61 | <0,001 | 0,59 | <0,001 |

4.4.5 Categorização da percepção da qualidade de vida das pessoas com colostomia nos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

Os resultados das Tabelas 21, 22, 23 e 24 apresentam as categorias Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual, as subcategorias que foram divididas em negativas e positivas, constando de relatos, de forma literal, das pessoas com colostomia do grupo experimental e do grupo controle.

A análise da categorização da percepção de QV das pessoas com colostomia das Tabelas supracitadas evidenciou que os percalços enfrentados pelos colostomizados em ambos os grupos afetam, significativamente, os domínios Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual. Assim, dentro de uma perspectiva qualitativa, observou-se na análise de conteúdo que existem mais subcategorias negativas que positivas quando analisado o grupo controle, o que reforça abaixo a referida análise.

Tabela 21 - Categorização da percepção da qualidade de vida de pessoas com colostomia dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Físico, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| CATEGORIA: BEM ESTAR FÍSICO | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Grupo Experimental | | Grupo Controle | | |
| SUBCATEGORIAS | RELATOS | SUBCATEGORIAS | RELATOS | |
| NEGATIVA | Vazamento, odor, gases e constipação | <i>“Fico muito preocupada com o mau cheiro, quando eu faço uns gases. Também fico com medo da bolsa vazar. Às vezes tenho dificuldade de evacuar [...].”</i> (Petúnia) | Vazamento, odor, gases e constipação | <i>“Como fico preocupado e com medo, dos gases e da bolsa vazar, pois aí pode vir o mau cheiro (sic) principalmente quando estou perto de pessoas.”</i> (Olho de Tigre). |
| | Força física | <i>“Não tenho mais força para fazer meus serviços de casa [...].”</i> (Açucena). | Força física | <i>“Não consigo pegar muito peso [...].”</i> (Topázio). |
| | Complicações da estomia | <i>“Às vezes tenho irritação na pele”</i> (Dália Rosa). | Complicações da estomia | <i>“Tem época que minha pele ao redor do estoma fica irritada [...].”</i> (Ônix) |
| | Sono | <i>“Tenho muito problema com o sono”</i> (Açafrão). | Sono | <i>“Às vezes fico procurando o meu sono [...].”</i> (Enxofre). |
| POSITIVA | Apoio familiar | <i>“Não sei que seria de mim sem minha família. [...].”</i> (Lírio do Vale). | Apoio familiar | <i>“Minha família me apoia em tudo [...].”</i> (Diamante). |
| | Práticas em enfermagem | <i>“A enfermeira me ajuda muito. Explica tudo para mim (sic). Tem muita paciência [...].”</i> (Jasmim Branco). | Práticas em enfermagem | <i>“A enfermeira me ensina como cuidar da bolsa [...].”</i> (Jade). |
| | Dança Circular | <i>“Com a dança não sinto mais aquelas dores na minha costa (sic). [...] Até meu sono melhorou..”</i> (Iris Azul). | | |
| | Força física | <i>“Percebi que minha força física está melhor. [...].”</i> (Prímula). | | |

Tabela 22 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com colostomia dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Psicológico Brasília, DF, Brasil, 2016.

| CATEGORIA: BEM ESTAR PSICOLÓGICO | | | | |
|---|------------------------|--|------------------------|---|
| Grupo Experimental | | | Grupo Controle | |
| SUBCATEGORIAS | RELATOS | | SUBCATEGORIAS | RELATOS |
| NEGATIVA | Depressão e Ansiedade | “Às vezes bate aquele sentimento de depressão [...].” (Gerânio Escuro). | Depressão e Ansiedade | “Depois dessa bolsa sou uma mulher depressiva e ansiosa (sic).[...].” (Jaspe). “Como é difícil ver essa bolsa[...] Eu sei não é normal ter uma bolsa para fazer suas necessidades” (Olho de Gato). |
| | Autoconceito | “Têm hora que fico olhando no espelho e fico muito triste com essa bolsa [...].” (Junquilha). | Autoconceito | |
| | Constrangimento | “Como me sinto constrangido com essa bolsa (sic).[...].” (Aventurina). | Constrangimento | “Não me sinto a vontade com essa bolsa [...].Quando entro nos lugares me sinto constrangida” (Bardana). |
| | Autocuidado | “Até hoje tenho dificuldade de cuidar da minha bolsa” (Cardo). | Autocuidado | “É complicado cuidar dessa bolsa [...]. Com tempo a gente vai acostumando (sic).” (Granada). |
| | Aceitação e Adaptação | “Como é difícil aceitar que essa bolsa faz parte da minha vida” (Malmequer). | Aceitação e Adaptação | “Ainda tenho dificuldade de me adaptar com essa bolsa”. (Zircão). |
| POSITIVA | Apoio familiar | “Minha esposa e minhas filhas me ajudam muito. Não sei o que seria de mim sem elas [...].” (Lótus). | Apoio familiar | “Minha família desde o início me apoiou para que eu não me sentisse mal com a bolsa.” (Cristal Fume). |
| | Aceitação e Adaptação | “Com o tempo fui aceitando essa bolsa [...].” (Alecrim). | Aceitação e Adaptação | “Não tenho outra saída. Preciso aceitar a usar essa bolsa. Melhor com ela do que morrer.” (Zircão). |
| | Práticas de Enfermagem | “A enfermeira me ajuda muito. Me ensina como devo trocar a bolsa e não ter irritação na pele (sic).” (Acácia). | Práticas de Enfermagem | “Desde o primeiro dia a enfermeira orienta como cuidar da bolsa [...].” (Esmeralda). |
| | Dança Circular | “A dança me fez sentir mais bonita. Me sinto mais leve[...].”(Flores do Campo). | | |

Tabela 23 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com colostomia dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Social, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| CATEGORIA: BEM ESTAR SOCIAL | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Grupo Experimental | | Grupo Controle | | |
| SUBCATEGORIAS | RELATOS | SUBCATEGORIAS | RELATOS | |
| NEGATIVA | Relações pessoais | <i>“Sinto muito vergonha das pessoas, a bolsa de colostomia não me deixa a vontade [...].”</i> (Jacinto). | Relações pessoais | <i>“Fico sem jeito de falar para as pessoas que tenho uma bolsa de colostomia.”</i> (Rubi). |
| | Isolamento social | <i>“Não gosto muito de sair de casa [...].”</i> (Cravo Roxo). | Isolamento social | <i>“Prefiro ficar em casa [...].”</i> (Turquesa). |
| | Encargo financeiro | <i>“Não consigo mais fazer meus bicos (sic) [...] Só com essa aposentadoria tenho muito problema financeiro”</i> (Axinite). | Encargo financeiro | <i>“Tenho muitos problemas financeiros[...].”</i> (Agerato). |
| | Atividades recreativas e esportivas. | <i>“Depois dessa bolsa, não consigo mais fazer minha hidroginástica.”</i> (Hortênsia). | Atividades recreativas e esportivas. | <i>“Antes eu corria e fazia ginástica no parque perto da minha casa. Agora com essa bolsa não faço mais[...].”</i> (Opala). |
| | Atividade sexual | <i>“Não me sinto à vontade com meu esposo. Parece que estou suja [...].”</i> (Lavanda). | Atividade Sexual | <i>“Como é difícil [...]. Não sou o mesmo com minha esposa”</i> (Pedra da Lua). |
| POSITIVA | Apoio familiar e de amigos | <i>“Minha família e meus amigos o tempo todo me incentiva a passear [...].”</i> (Jasmim Amarelo). | Apoio familiar e de amigos | <i>“Sou uma pessoa abençoada tenho uma família maravilhosa e amigos também (sic). Fazem de tudo para eu sentir bem”</i> (Safira). |
| | Companheirismo | <i>“Meu esposo é meu companheiro [...].”</i> (Amor Perfeito) | Companheirismo | <i>“Graças a Deus tenho uma mulher maravilhosa, companheira [...].”</i> (Coral). |
| | Dança Circular | <i>“Com a dança não me sinto mais isolada [...]. Fiz amizades, isso é muito bom”</i> (Copo de leite). | | |

Tabela 24 - Categorização da percepção da qualidade de vida pessoas com colostomia dos grupos experimental e controle quanto ao Bem-estar Espiritual, Brasília, DF, Brasil, 2016.

| CATEGORIA: BEM ESTAR ESPIRITUAL | | | | |
|--|----------------------|--|-----------------------|---|
| Grupo Experimental | | | Grupo Controle | |
| | SUBCATEGORIAS | RELATOS | SUBCATEGORIAS | RELATOS |
| NEGATIVA | Religiosidade | <i>“Deus vai me curar, tenho certeza que não vou usar essa bolsa. Às vezes até esqueço de limpar a bolsa, pois tenho fé (sic) [...]”</i> (Anis). | Religiosidade | <i>“Perguntei várias vezes por que Deus me castigou. Oque eu fiz, para merecer isso [...].”</i> (Azurita). |
| | Esperança e Paz | <i>“A esperança e a paz são sentimentos que acompanham minha vida”</i> (Íris Branco). | Esperança e Paz | <i>“O que me faz viver é a esperança e a paz. [...].”</i> (Pedra de Sol). |
| POSITIVA | Religiosidade | <i>“Depois que coloquei essa bolsa (sic) minha fé aumentou. Estou mais próxima de Deus [...]”</i> (Camélia Rosa). | Religiosidade | <i>“Deus é meu refúgio e fortaleza [...]. É assim a gente precisa passar por um pesadelo para a gente ter fé em Deus (sic)”</i> (Ônix). |
| | Prática religiosa | <i>“A igreja me faz muito bem [...].”</i> (Girassol). | Prática religiosa | <i>“Antes não ia (sic), tanto na igreja. Agora vou sempre me sinto muito bem.”</i> (Cristal). |
| | Dança Circular | <i>“Como eu danço, olho essa natureza linda. Ai (sic) tenho certeza o quanto Deus é maravilhoso [...]”</i> (Azaleia Rosa). | | |

4.5 ANÁLISES AUXILIARES

Houve análise auxiliar nesse ensaio clínico, considerando os desfechos exploratórios atrelados a alterações no perfil bioquímico e antropométrico dos indivíduos. Essa análise buscou caracterizar potenciais contribuições da implementação das PDCs. Tais resultados podem não apresentar relação causal da PDC com a alteração de forma direta, contudo, podem sinalizar que tais potenciais alterações no perfil bioquímico e antropométrico são advindas de modificações no estilo de vida da pessoa com estomia intestinal, por meio das PDCs.

4.5.1 Caracterização antropométrica por bioimpedância do grupo experimental (tempo final)

O impacto da adoção da intervenção sobre aspectos antropométricos e de gasto energético foram dimensionados do ponto de vista da QV. Adicionalmente foi realizado um levantamento de dados de bioimpedância para fins de geração de hipóteses para complementação do estudo aqui proposto. Sob esse olhar, temos a obtenção dos seguintes dados. O peso médio dos indivíduos estudados foi de 56,90 kg, apresentando IMC médio de 22,17 Kg/m² com peso em gordura médio da ordem de 19,29 kg. As mensuras de massa livre de gordura apresentaram valor médio de 32,22 kg, sendo observado o nível de hidratação, por meio da composição de água corporal, da ordem de 35,66 L. Esse grupo de pacientes apresentou um gasto energético basal (GEB) de 1360,62 kcal. A Tabela 25 apresenta a caracterização por bioimpedância do grupo experimental (tempo final).

Tabela 25 – Caracterização por bioimpedância do grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| Variáveis | Grupo Experimental |
|---|---------------------------|
| DIFERENÇA DE PESO TOTAL | |
| Tempo final | 1877,73 kg |
| Total | 33 |
| DIFERENÇA DE PESO EM GORDURA | |
| Tempo final | 636,72 kg |
| Total | 33 |
| DIFERENÇA DE PESO EM MASSA MAGRA | |
| Tempo final | 1261,4 kg |
| Total | 33 |
| ÍNDICE DE MASSA CORPORAL | |
| Tempo final | 731,65 Kg/m ² |
| Total | 33 |
| ÁGUA CORPORAL | |
| Tempo final | 1176,79 L |
| Total | 33 |
| GASTO ENERGÉTICO BASAL | |
| Tempo final | 44900,55 kcal |
| Total | 33 |

4.5.2 Caracterização da análise de bioquímica do grupo experimental (tempo final)

Foi realizada a caracterização dos aspectos bioquímicos obtidos a partir de venopunção das pessoas com colostomia. Em relação à Proteína C Reativa, importante marcador inflamatório, ela apresentou valores médios de 28,7 mg/L, com valores máximos de 96 mg/L e mínimo menor que 6 mg/L. Vinte e dois dos pacientes estão dentro da faixa de normalidade, com 33% do total apresentando elevações de valores de Proteína C Reativa (PCR) acima do normal. Entre os valores de glicemia de jejum, a glicemia média ficou dentro da faixa de valor de referência, apresentando média de 78,3 mg/dl, com valores máximos de 330 mg/dl – sendo 3 (três) pacientes hiperglicêmicos – e valor mínimo de 46 mg/dl.

Os valores de colesterol total sérico observado na amostra foi de 185,8 mg/dl, com valores máximos de 1357 mg/dl e mínimo de 55 mg/dl, sendo 29 (vinte e nove) pacientes dentro do intervalo de normalidade, com 4 (quatro) indivíduos apresentando elevação de colesterol total sérico acima dos valores de referência.

Os valores de colesterol HDL apresentaram média de 39,9, limítrofe para a normalidade, com máximo de 57 mg/dl e mínimo de 20 mg/dl. Sete dos pacientes apresentavam-se dentro da normalidade, enquanto os outros 26 (vinte e seis) indivíduos apresentaram valores com redução em relação aos valores de referência.

Os valores de Colesterol LDL apresentaram média de 68,3 mg/dl, com valores máximos de 175 mg/dl e 11 mg/dl de valores mínimos, sendo que somente 2 (dois) pacientes apresentaram a elevação acima dos valores de referência dessa fração de colesterol. A fração VLDL do colesterol apresentou também valores médios dentro da normalidade (26,7 mg/dl), com valores máximos e mínimos de 65 mg/dl e 7 mg/dl, 8 (oito) indivíduos com valores acima do valor de referência.

Os valores de triglicerídeos séricos apresentaram média de 182,2 mg/dl, com valores máximos e mínimos de 748 mg/dl e 35 mg/dl, respectivamente, sendo 21 (vinte e um) desses dentro da normalidade. Foram determinados os valores de TSH médio do grupo (2,8 uIU/mL), sendo o máximo observado de 13,4 uIU/mL e o mínimo de 0,04 uIU/mL. Nessa categoria, 2 (vinte e um) indivíduos apresentam valores dentro do valor de referência.

Análises sequenciais de valores de T3 Total e T4 Total apresentaram médias, respectivamente, de 1,0 ng/mL e 8,1 pg/dL, com valores máximos de 2,1 ng/mL e 20 pg/dL, e mínimo de 0,4 ng/mL e 3,0 pg/dL, respectivamente, sendo que somente um indivíduo apresentou resultados de T3 Total abaixo do valor de referência. Em contrapartida, 3 (três) pacientes apresentaram resultados abaixo do valor de referência e 2 (dois) indivíduos com valores acima do valor de referência.

Os valores de cortisol apresentaram média de 13 ug/dL com valores máximos e mínimos, respectivamente de 27,0 ug/dL e 0,7 ug/dL. Desses, quatro apresentavam-se acima do valor de referência enquanto 3 (três) apresentavam-se abaixo do referido valor.

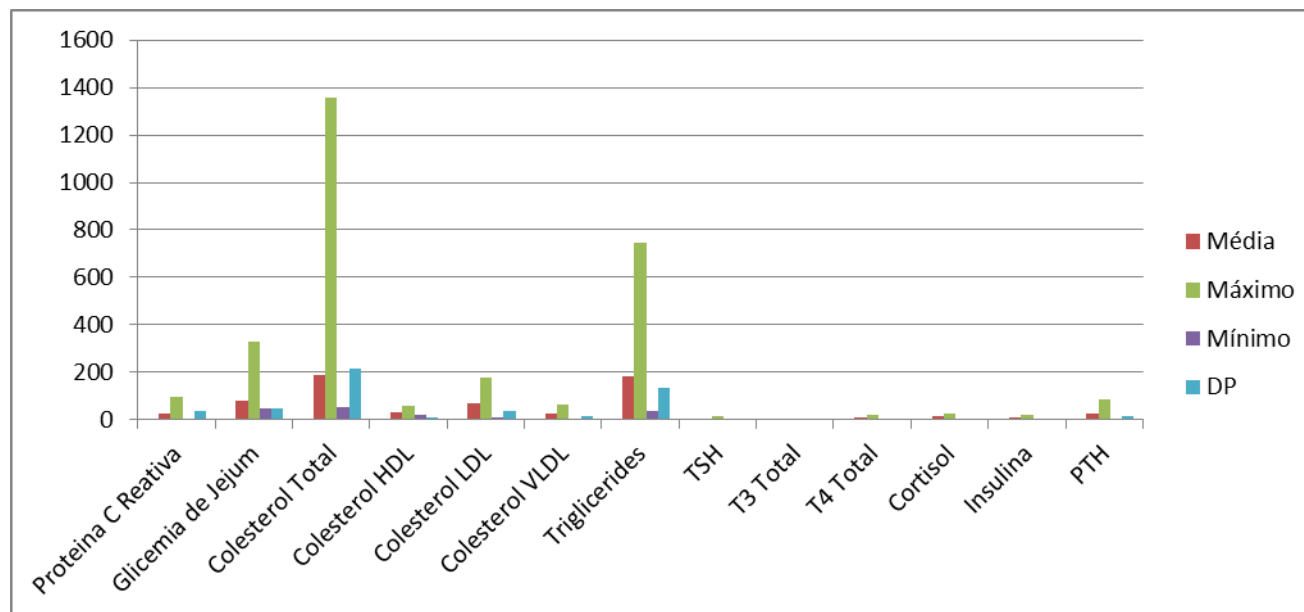
Os valores de insulina sérica apresentaram média de 7,3 uUI/mL, com máximo e mínimo de 22,5 uUI/mL e 1,6 uUI/mL. Nessa categoria, somente 1 (um) indivíduo apresentou valores muito abaixo do valor de referência (1,6 uUI/mL).

Finalmente, os valores de paratormônio (PTH) apresentaram média de 25,9 pg/mL, com valores máximos e mínimos, respectivamente, de 86,0 pg/mL e 1,2 pg/mL. Somente foi encontrado um indivíduo com valores fora dos valores de referência, notadamente baixo (1,2 pg/mL). Entre os ensaios de Fator Anti Nuclear (FAN), observamos somente 2 (dois) pacientes reativos para tal ensaio. A Tabela 26 apresenta a caracterização da análise bioquímica do grupo experimental (tempo final) e o gráfico 5 a caracterização da análise bioquímica (DP) do grupo experimental (tempo final).

Tabela 26 – Caracterização da análise bioquímica do grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.

| GRUPO EXPERIMENTAL | Proteína C Reativa | Glicemia de Jejum | Colesterol Total | Colesterol HDL | Colesterol LDL | Colesterol VLDL | Triglicerídes | TSH | T3 Total | T4 Total | Cortisol | Insulina | PTH |
|--------------------|--------------------|-------------------|------------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|------|----------|----------|----------|----------|------|
| Média | 30,2 | 93,0 | 208,1 | 46,9 | 86,7 | 35,1 | 197,9 | 4,1 | 10,7 | 7,9 | 31,5 | 1,0 | 8,5 |
| Máximo | 96,0 | 403,0 | 1387,0 | 64,0 | 185,0 | 75,0 | 748,0 | 39,5 | 24,6 | 22,6 | 100,0 | 2,1 | 22,0 |
| Mínimo | 6,0 | 54,0 | 75,0 | 30,0 | 22,0 | 9,0 | 46,0 | 0,1 | 0,8 | 1,7 | 1,2 | 0,5 | 3,1 |
| DP | 36,2 | 62,2 | 223,5 | 9,7 | 39,6 | 17,6 | 138,8 | 7,2 | 6,1 | 4,9 | 19,3 | 0,3 | 3,2 |

Gráfico 5 – Caracterização da análise bioquímica (DP) do grupo experimental (tempo final), Brasília, DF, Brasil, 2016.



4.6 DANOS

Não houve danos devido à natureza da intervenção.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

“Ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo. Por isso, aprendemos sempre.”

(Paulo Freire)

Dada a complexidade da pessoa em seus aspectos físico, espiritual, psicológico e social, a determinação de uma avaliação de QV se torna uma tarefa laboriosa. A capacidade de permear multidimensões, de forma dinâmica e subjetiva, mensurando ainda a interação entre os aspectos físico, psicológico, social e espiritual, exige um instrumento complexo, capaz de mensurar, a título de exemplo, o bem-estar físico, a capacidade funcional, a saúde psíquica e social (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012). No que tange à subjetividade, Kimura (2013) menciona que é impossível não descartar a interferência da pessoa em tal avaliação.

Nessa linha, a QV é considerada como uma dimensão da vida humana, de grande importância, nomeadamente o processo de cuidar em saúde e enfermagem. Nesse aspecto, deve-se considerar o papel das atividades diversas na autopercepção da QV, entre elas, a importância de considerar-se o impacto de atividades diárias e rotineiras como a oração, meditação, regime de atividade física e alimentação.

Frente aos objetivos propostos no presente estudo e considerando a fundamentação proposta, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos.

5.1 LIMITAÇÕES

Uma das limitações a ser considerada em relação aos resultados do estudo refere-se ao tamanho amostral. Deve se considerar que os dados ora apresentados levam à restrição da extrapolação dos achados para outras amostras mais homogêneas e representativas do universo de pessoas com estomia intestinal. Alterações nos critérios de elegibilidade como: período mínimo de estomia intestinal inferior a um ano, bem como amostras de populações mais jovens podem não refletir os achados do estudo. Contudo, tais potenciais limitações não desabonam as evidências dessa tese, tão somente analisam um grupo restrito de pessoas com estomia intestinal. Outra limitação a ser considerada está relacionada o tempo da intervenção (PDC). É provável um aumento das sessões, bem como do período de análise possam evidenciar os verdadeiros ganhos que a PDC representa.

5.2 GENERALIZAÇÃO

Os achados no presente estudo são indicativos de que as PICs, tal como a PDC apresentam-se como ferramentas importantes na ampliação de acesso e de corresponsabilidade do usuário acerca de sua própria saúde, ampliando tanto o sucesso das terapias já estabelecidas, bem como estimulando a prática da cidadania. Ainda, as PICs permitem a obtenção de benefícios, tais como na melhora na formação de vínculos, na ampliação da percepção dos problemas e no empoderamento das redes pessoais e da possibilidade de resolução de situações adversas junto à comunidade.

Ainda que o número amostral possa ser considerado reduzido, mesmo que tenha abarcado pacientes bem controlados disponíveis nos centros de referências do Distrito Federal, os achados encontram corroboração na literatura internacional, em consonância com diversos autores de proeminência no campo. Contudo, tais efeitos isolados podem ser melhor determinados em um estudo com maior número amostral. Entretanto, os custos, o tempo e a magnitude do ensaio não permitiram tal ampliação de número amostral.

5.3 INTERPRETAÇÃO

De forma geral, os resultados demonstram extremo valor da adoção de práticas integrativas como a PDC para pessoas com colostomia, demonstrando melhora significativa na sua QV, extrapolando para outras dimensões do indivíduo, permitindo melhoras no bem-estar físico, bem-estar social, bem-estar psicológico e bem-estar espiritual. Não relatados pelos participantes do estudo dano, relacionados à PDC.

5.4 ANÁLISE DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLE

No presente estudo, a análise das pessoas com colostomia estudada no aspecto da caracterização sociodemográfica revelou que a média de idade do grupo experimental foi de $\pm 54,78$ anos e do grupo controle foi de $\pm 55,57$ anos. Houve uma prevalência de CCR na faixa etária superior a 50 anos, constatando-se que mais de 90% dos cânceres colorretais incidem em indivíduos com idade superior a 50 anos (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; BRASIL, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SIGEL; DESANTIS; JEMAL, 2014). Vale destacar que as taxas de incidências e mortalidade são crescentes à medida que a faixa etária avança. O risco de desenvolver CCR, ao longo da vida, é de 6% nos países onde a incidência é mais elevada (BRASIL, 2015; KIMURA, 2013; VIEIRA *et al.*, 2013).

A análise demonstrou que houve um predomínio do sexo feminino, o que vai ao encontro dos estudos realizados pelo INCA no Brasil, em 2015, no qual as estimativas indicadas para o mesmo ano seriam válidas também para o ano de 2016. As expectativas dão conta do surgimento de 16.660 casos novos de CCR, em homens e 17.620, em mulheres. Sobretudo esses valores correspondem a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres. As estimativas de número de casos novos de CCR, no Distrito Federal são de 570, sendo destes, 270, em homens e 320, em mulheres (BRASIL, 2015).

Na amostra estudada, para ambos os grupos, a religião predominante foi a católica, seguida da evangélica, isto é 63,7% (n=21) eram católicos e 30,3% (n=21) evangélicos, atinente ao grupo experimental. Por sua vez, no grupo controle esta análise indicou que 65 % (n=26) eram católicos e 27,5% (n=11) evangélicos. Tais dados encontram-se aproximados em relação aos declarados no CENSO 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que declara como sendo de 65% a frequência de católicos e 22,2% a frequência de evangélicos no País, sugerindo relativa robustez na representatividade amostral (CENSO 2010 – IBGE).

Em relação à prática da religião dos grupos estudados, concomitantemente, verificou-se que a maioria pratica a religião mencionada, ou seja, 84,8% (n=28) do grupo experimental e 77,5% (n=31) do grupo controle.

Em consonância com os resultados obtidos, denota-se que a prática da religião pode se tornar importante característica das populações no tocante aos impactos da estomia intestinal. Nesse âmbito, Kimura (2013), Santos e colaboradores (2013), bem como Saad e Nasri (2008), apontam a íntima relação entre a prática religiosa e outros aspectos da vida, além do físico e psicológico, estendendo-se até a formação cultural do indivíduo.

Na amostra da variável estado civil do grupo experimental, evidenciou-se que 48,5% (n=16) dos pacientes eram casados e 9,1% (n=3) tinham união estável e, na análise do grupo controle, verificou-se que 52,5% (n=21) dos pacientes eram casados e 25% (n=10) tinham união estável. Tendo em vista que o CCR foi a causa mais predominante da confecção de estomia intestinal, torna-se relevante destacar que algumas pesquisas internacionais com pessoas com neoplasia de colorretal apontam que a maioria dos pacientes são casados ou mantêm união estável (KIMURA *et al.* 2013; MOHLER *et al.*, 2008). No Brasil, estudos similares apontam uma frequência desses tipos de relacionamento da ordem de 61,9% a 87,5% (KIMURA *et al.* 2014; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012).

Ainda por esta vertente, a análise dos dados indicou que 21,2% (n=7) dos pacientes eram solteiros, 12,1% (n=4) eram viúvos e 9,1% (n=3) eram divorciados, dados referentes ao grupo experimental. Em relação ao grupo controle, demonstrou-se que 12,5% (n=5) dos pacientes eram solteiros, sendo que a porcentagem dos divorciados e viúvos foi igualmente distribuída entre as duas categorias, observando 5% (n=2).

Nesta perspectiva, constatou-se que a QV dos colostomizados que declaram ser divorciados, viúvos ou solteiros, apresentava fragilizada em ambos os grupos estudados. Tal observação tem sede no fato que, independentemente da qualidade conjugal, a condição de não estar casado é um fator de risco para a saúde física, especialmente, para os homens. Indivíduos divorciados, viúvos ou solteiros têm pior saúde física e mental que os casados. As pessoas casadas têm maiores níveis de bem-estar físico e psicológico que os demais (KIMURA *et al.*,2014; VIEIRA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*,2013; KAUFMAN; TANIGUCHI, 2006).

Verificou-se que a variável convívio familiar foi predominante em ambos os grupos estudados, isto é, 87,8% (n=29) do grupo experimental e 95% (n=38) do grupo controle. Assim, os dados tornam-se relevantes quando se tratado convívio familiar, uma vez que a família é vista como um *porto seguro*, responsável por cuidar da pessoa com estomia intestinal, na desordem física e emocional, sendo todos, envolvidos pelo vínculo da afetividade (MARTINS *et al.* 2015; KIMURA *et al.* 2014; CAETANO *et al.* 2013; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012).

No tocante à renda e ao grau de instrução dos grupos experimental e controle, os valores foram relativamente baixos, configurando-se a renda familiar mais frequentemente observada, sendo a faixa variando entre menor que 1 (um) e igual a 3 (três) salários mínimos, tomando como base o salário mínimo vigente de R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

Quanto ao grau de instrução observou-se, majoritariamente, que as pessoas com colostomia possuíam, mais frequentemente, até o ensino fundamental, cuja frequência observada foi de 72,7% (n= 24) e 77,5% (n= 31), respectivamente, nos grupos experimental e controle. Conforme já mencionado, o CCR foi a mais prevalente causa da confecção da estomia intestinal. Esses dados sublinham a relevância da assistência governamental a esta clientela. A baixa escolaridade, bem como a renda familiar, pode ser um fator para a não prevenção do CCR, devido ao esclarecimento precário acerca dos fatores que desencadeiam essa doença, incluindo a dieta que tem como recomendação a base em alto consumo de frutas,

vegetais frescos, cereais e peixes, além da prática de exercício físico (BRASIL, 2015; KIMURA *et al.* 2013; FORTES; MONTEIRO; KIMURA).

Os estudos de Torres *et al.*, (2015), Salomé *et al.*, (2015), Kimura *et al* (2014), Fortes, Monteiro e Kimura (2012), bem como Dabirian *et al.* (2011) discorrem sobre a existência da relação do grau de escolaridade com a QV, ou seja, graus escolares mais elevados tendem a ter melhor QV, sobretudo ressaltam que os problemas econômicos podem afetar a QV de pessoas com estomia intestinal.

Ainda nesta vertente, a análise dos dados revela a formação e a renda da clientela, confirmando a necessidade de orientação clara e objetiva – em razão à baixa renda familiar e à formação educacional limitada para o tratamento e, principalmente, para o autocuidado, uma vez que o grupo experimental 60,6% (n= 20) e 55% (n= 22) do grupo controle apresentaram o caráter definitivo da estomia intestinal. Além disso, o baixo nível socioeducacional restringe as oportunidades de inserção no mercado de trabalho com maiores salários.

Na variável frente ao trabalho, em ambos os grupos houve um predomínio de aposentados, sendo 36,4% (n=12) do grupo experimental, e 52,5% (n=21) atinentes ao grupo controle. Observou-se, ainda, uma prevalência no que tange ao caráter de estomia intestinal definitiva, a pessoa com estomia intestinal é considerada uma portadora de necessidades especiais, de acordo com o Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 (KIMURA *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que o predomínio de pessoas com colostomia, com faixa etária acima de 51 anos, configura uma conjuntura que assinala maior vulnerabilidade social, haja vista que nessa fase da vida há dificuldade para inserção no mercado de trabalho. Além disso, em função do próprio momento de crise de desemprego no Brasil. Outro fator que se agrega a essa conjuntura é o fato de essas pessoas necessitarem de um seguimento ambulatorial para consultas e tratamentos, resultando em afastamentos por saúde, que agravam ainda mais a possibilidade da manutenção de uma atividade laboral.

Além dessas inferências, percebe-se, também, que as pessoas com estomia intestinal têm dificuldade em reintegrarem-se ao trabalho. Geralmente, aqueles que possuem vínculo empregatício preferem aposentar-se e afastar-se em definitivo, e os desempregados não conseguem se inserir no mercado formal de trabalho (MAURÍCIO *et al.* 2014; KIMURA *et al.*, 2014; STUMM *et al.* 2008).

No tocante à análise das pessoas colostomizadas estudadas, no aspecto da caracterização clínica e causa da confecção da estomia intestinal, os resultados apontam que a

referida causa, tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle, mais frequente fora o CCR 51,5% (n =17) e 60% (n=24), respectivamente. Nesta perspectiva, estudos revelam que o perfil de pessoas comestomia intestinal apresenta um predomínio de neoplasias colorretais (TORRES *et al.* 2015; BONILL-DE-LAS-NIEVES *et al.* 2014; KIMURA *et al.* 2014; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012).

Um dado observado importante ainda sobre a causa da estomia intestinal em ambos os grupos foram os traumas abdômino perineais, sendo que no grupo experimental o acidente automobilístico foi 9% (n= 3), seguido de PAF com 6,1% (n= 2), e no grupo controle, o acidente automobilístico e o PAF foram igualmente distribuídos sendo 7,5% (n= 3), totalizando 15,1% (n=5) e 15% (n=6), respectivamente.

Diante dessa análise, torna-se importante relatar que a partir da década de 80, houve um crescimento na taxa de mortalidade por causas externas, representando a segunda causa de morte no Brasil. Observou-se que, em sua maioria, as mortes eram ocasionadas por acidentes automobilísticos e PAF. Deste modo, os acidentes e os homicídios são os maiores responsáveis por este aumento (KIMURA, 2013; CYRILLO *et al.*, 2009; IBGE, 2000). Não obstante, o IBGE (2000) relata que tal incremento na mortalidade por causas externas, aplica-se, especialmente, a indivíduos do sexo masculino, de faixa etária mais jovem. Tal observação corrobora os dados obtidos no presente trabalho.

Além disso, foi verificado que a faixa etária que apresentava maior frequência de traumas abdômino-perineais, como fator causal da estomia intestinal, foi de 20 a 40 anos. Esses achados corroboram os estudos do Departamento de Prevenção de Violência, Injúrias e Deficiência da Organização Mundial de Saúde, que indicam que a maioria dos acidentes automobilísticos ocorre entre 15 e 44 anos de idade (OMS, 2013). Ainda alguns estudos demonstram que a faixa etária das pessoas comestomia intestinal acometida por PAF, é composta por indivíduos entre 20 e 40 anos (IFLAZOGLU *et al.*, 2015; KIMURA, 2013).

Dentre os eventos causais correlacionados com a confecção de estomia intestinal por causa externa figuram os acidentes automobilísticos em decorrência da violência no trânsito e o PAF, decorrente de maior suscetibilidade e exposição à violência urbana (MENEZES *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2006). Por outro lado, Pinto *et al.* (2006), atribui à violência urbana como sendo a causa mais comum da procura de atendimento em serviços de urgência e emergência, sendo considerada fator de crescimento em pessoas comestomia intestinal .

Em relação ao tempo desde a estomia intestinal, observou-se que nos grupos experimental e controle a faixa que sobressaiu foi a de >12 meses e ≤ 60 meses 81,9% (n=27)

e 75% (n=30), respectivamente. Além disso, em ambos os grupos demonstrou-se o caráter majoritariamente definitivo da estomia intestinal foi de 60,6% (n=20) no grupo experimental, sendo que no grupo controle 55% (n=22) houve um discreto predomínio.

Assim, a confecção cirúrgica da estomia intestinal implica imediata e severa mudança na vida da pessoa, exigindo adaptações e, normalmente, resultando no detrimento da QV, independente do caráter temporário ou definitivo da estomia (CARVALHO *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; KNOWLES *et al.*, 2013; DABIRIAN *et al.*, 2011). De tal modo, independente deste aspecto anterior, a QV da pessoa com estomia intestinal é prejudicada, em várias dimensões, a saber: no BEF, no BEP, no BES e no BEE.

Evidenciou-se, no que tange ao uso do sistema de irrigação, que apenas o grupo controle, contando com somente uma ocorrência 2,5% (n=1) de utilização do referido sistema foram avaliados. Mesmo diante da pouca representatividade, torna-se necessária a evidenciação da importância da disseminação da técnica de irrigação, bem como do conhecimento e do ensino, por iniciativa dos profissionais de saúde (KIMURA *et al.*, 2014; MARUYAMA *et al.*, 2009). O uso de irrigação apresenta-se como uma técnica sem efeitos colaterais, que permite o controle intestinal e ainda beneficia as relações sociais e familiares, promovendo a elevação da QV da pessoa com estomia intestinal (KIMURA *et al.* 2014; CESARETTI *et al.*, 2010). Outrossim a irrigação auxilia na diminuição frequente da flora bacteriana colônica e, ainda, acarreta a redução da formação de gases (KIMURA *et al.*, 2013; MARTINS; ALVIM, 2011; MARUYAMA *et al.*, 2009).

Em relação às co-morbidades para o grupo experimental, 54,6% (n=18) possuem hipertensão arterial e 30,3% (n=10) Diabetes Mellitus, por outro lado, o grupo controle 40% (n=16) possuem hipertensão arterial e 20% (n=8) Diabetes Mellitus. Diante desses resultados, vale destacar que alguns estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas (SERRA *et al.*, 2015). A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos. Destaca ainda, que todas as regiões do Brasil apresentaram aumento, estatisticamente, significativo, do coeficiente padronizado de diabetes associada a hipertensão, destacando-se as regiões Centro-Oeste e Nordeste (FREITAS; GARCIA, 2012).

Considerando que, majoritariamente, a causa da estomia intestinal foi o CCR, isto é, 51,5% (n=17) do grupo experimental e 60% (n=24) do grupo controle, destes 21,2% (n=7) eram diabéticos e 15% (n=6) eram diabéticos, respectivamente, assim a referida análise

encontra reforço nos estudos de Maurício (2014) que apresentam a Diabetes Mellitus de tipo II como um maior risco de CCR, em virtude do estado de hiperinsulinêmica que caracteriza os estádios iniciais desta neoplasia.

A análise indicou que dentre os componentes do grupo experimental, observa-se uma frequência de tabagismo de 33,3% (n=11) e no grupo controle 51,5% (n=17). Considerando que a maior causa da estomia intestinal foi o CCR, e de acordo com alguns estudos, revela-se que embora o colón não seja atingido diretamente pela composição do tabaco, as substâncias carcinogênicas transportadas pela corrente sanguínea tem um impacto negativo no que se refere ao risco do desenvolvimento do CCR. Além disso, a quantidade de maços/ano e a duração do hábito contribuem para o desenvolvimento de adenomas, consequentemente aumentam o risco do CCR (KIMURA *et al.*, 2014; REPIĆ; IVANOVIĆ, 2014; MAURÍCIO, 2014).

As DII estão relacionadas a diversos fatores e, segundo Blumberg (2010), inclui-se, entre estes fatores, o tabagismo. Vale destacar que, 6% (n= 2) do grupo experimental e 7,5% (n= 3) do grupo controle são tabagistas, observado que 9% (n=3) do grupo experimental e 12,5% (n= 5) do grupo controle dos colostomizados possuem DII.

Dentre as variáveis, o acompanhamento ambulatorial, em ambos os grupos, apresentou uma alta prevalência da realização de tal acompanhamento por parte das pessoas colostomizadas, sendo no grupo experimental 94% (n=31), e no grupo controle 90% (n=36). Quanto ao recebimento de equipamento, também foram observadas elevadas prevalências de tal ocorrência, a citar, grupo experimental 96,9% (n=32) e no grupo controle 97,5% (n=39). Tais achados estão em consonância com a legislação vigente, em especial no que tange ao atendimento das premissas apresentadas na Portaria nº 400, de 16/11/09 que estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas estomizadas no âmbito do SUS.

A apreciação dos dados obtidos para fins de avaliação clínica dos participantes não demonstrou alteração significativa dos parâmetros básicos avaliados entre os grupos ou por meio da intervenção das PDCs. Tais informações não são surpresa, haja vista que não é objetivo das PDCs a reversão de quadros patológicos do ponto de vista cardíaco ou respiratório. Contudo, a adoção de práticas integrativas de saúde busca justamente a postura de tratar do indivíduo como um todo, sem compartimentalização da doença. Sob essa ótica, as melhorias potencialmente advindas da adoção das PDCs não foram detectadas na análise fria dos números da avaliação clínica, mas pode ser melhor avaliada na análise de conteúdo e apreciação do instrumento *COL-COH-OQ* em suas várias dimensões.

Quanto ao perfil farmacoterápico dos participantes, ainda que sejam observadas diferenças entre os grupos, em especial no consumo de antidepressivos, é importante lembrar que tais medicamentos podem estar sendo utilizados como recurso farmacoterápico para gerir complicações advindas da própria estomia intestinal e seus impactos. Não podendo ser imediatamente considerada como um fator causal, mas sim como consequência do estado em que o paciente se encontra. Nesse aspecto, seria interessante a determinação em estudos posteriores dos impactos da adoção das PDCs no que diz respeito à permanência do tratamento farmacológico para manejo da depressão, característica amplamente apresentada como negativa nos resultados de análise de conteúdo e do *COL-COH-OQ*. É razoável considerar que, frente à adoção das PDCs, a prescrição de psicotrópicos voltados ao manejo da depressão, reclamação recorrente entre as pessoas com colostomia, pode sofrer significativa redução, especialmente se considerarmos a quantidade de respostas positivas no domínio do BEP por meio da intervenção das PDCs junto às pessoas com estomia intestinal (VANKOVA *et al.*, 2014;MALA; KARKOV; MEEKUMS,2012).

5.5 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE O GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO INICIAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO INICIAL).

Os resultados obtidos na análise comparativa entre os grupos experimental e controle não geraram resultados significativos de diferença entre as amostras, sugerindo efetiva homogeneidade entre os participantes e o sucesso na aleatorização, ainda que o reduzido número amostral não permita a extrapolação dos dados aqui obtidos com a população total de pessoas com estomia intestinal no Distrito Federal. No cenário pré-intervenção, o nível de homogeneidade chegou a gerar o mesmo ordenamento quando analisados os escores dos domínios BEF, BEP, BES e BEE, sendo o de maior escore em ambos os grupos representados por BEE, e o menor escore obtido em BES.

5.6 ASSOCIAÇÃO DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO INICIAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO INICIAL) ENTRE AS QUESTÕES E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS

Por uma questão de padronização, durante a discussão da associação dos grupos experimental (tempo inicial) e controle (tempo inicial), serão utilizadas as questões que

apresentaram um grau maior de associação ($r \geq 0.75$), isto é, as que fortemente correlacionaram aos seus respectivos domínios.

No que concerne à análise do questionário *COH-QOL-OQ*, os escores médios dos domínios e da QV da tabela 12 possibilitam constatar que não houve diferença estatisticamente significativa dos grupos. Neste sentido, ambos os grupos apresentaram associação significativa da maioria das questões com o domínio BEF, destacando-se, com grau de correlação muito forte ($r > 0,8$), as questões número 5 “*Dores ou sofrimento*” e a de número 2 “*Fadiga*”, em seguida as questões de número 4 “*Interrupções de sono*”, de número 1 “*Força física*”, de número 11 “*Bem-estar Físico Geral*” e de número 3 “*Pele ao redor da estomia*”. Tal fato fica bem caracterizado como eventos recorrentemente reportados em pessoas com estomia intestinal, em consonância com relatos de outros estudos (COCA *et al.* 2015; KIMURA *et al.* 2014; REPIC; IVANOVIC, 2014; KNOWLES *et al.* 2013; BALDWIN *et al.* 2009).

Vale destacar que outros estudos que apontaram para o fato de que, na esfera física, a presença de dor ou de sofrimentos e a fadiga agravam a percepção sobre a QV. Agregado às dores ou aos sofrimentos e à fadiga, o prejuízo quanto ao sono e ao repouso, a falta de mobilidade, e a dificuldade nas atividades da vida cotidiana e na capacidade de trabalho estão, intimamente, relacionadas com a diminuição da QV em nível da dimensão de desempenho físico da pessoa com estomia intestinal (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012; BALDWIN *et al.*, 2009). Conforme já descrito anteriormente no presente estudo, em decorrência do comprometimento do câncer, a QV sofre intensa alteração, necessitando de uma adaptação rápida, por vezes traumática, em função, principalmente, das adulterações da integridade físico-emocional por dor, sofrimento, fadiga, desconforto, desfiguração, dependência e perda da autoestima (SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA, 2013; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2009). Posto isto, foi observado que a causa predominante da confecção da estomia intestinal foi o CCR em ambos o grupos, sendo que isso é corroborado em outros estudos (TORRES *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; BONILL-DE-LAS-NIEVES *et al.*, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; MAHJOUBI *et al.*, 2012).

Face ao exposto, este resultado foi encontrado em outros estudos que apontaram para o fato de que, na esfera física, a presença da dor ou do sofrimento agrava a percepção sobre a QV. Sobretudo a questão da dor ou sofrimento é grande e recorrente no paciente estomizado oncológico (KIMURA *et al.* 2014; KIMURA *et al.* 2013; RAMINEZ *et al.*, 2009; BALDWIN

et al. 2009). Além disso, a dor, a fadiga, o prejuízo quanto ao sono e ao repouso, a falta de mobilidade, e a dificuldade nas atividades da vida cotidiana e na capacidade de trabalho estão, intimamente, relacionadas com a diminuição da QV da pessoa com estomia intestinal (KIMURA *et al.* 2014; MAHJOUBI *et al.* 2012; BALDWIN *et al.* 2009; UNDEN; ELOFSSON, 2006).

A complexidade da questão referente ao BEF pode ser observada em achados de estudos que mostram que o conjunto de sensações negativas experimentadas pela pessoa com estomia intestinal chega a afetar o sono, seja pelo desconforto do portar o dispositivo de coleta durante o sono, ou mesmo pela preocupação no que se refere ao correto funcionamento do mesmo e do risco de vazamento durante o sono. Tais eventos levam o paciente a reportar um impacto negativo da estomia intestinal na qualidade do sono, e, portanto, na QV (KIMURA, *et al.*, 2014; KNOWLES, *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.* 2009; UNDEN; ELOFSSON, 2006).

Ademais, evidências são descritas na literatura as interrupções do sono da pessoa com estomia intestinal, foi o que obteve correlação com a escala de capacidade física. A qualidade do sono influencia diretamente a rotina dos indivíduos; o déficit de sono pode trazer prejuízos para a saúde, impedindo a reposição das energias gastas na atividade diária, o que aumenta a sensação de cansaço e de desgaste mental e corporal, resultando no prejuízo na força física, bem como no bem-estar físico geral (KIMURA, KAMADA, GUILHEM, 2016; TORRES *et al.*, 2015; KIMURA, *et al.*, 2014; DABIRIAN, *et al.*, 2011; GRANT *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.* 2009).

Com correlação menos intensa, mas significativa e importante, temos ainda as questões associadas à força física, bem-estar físico geral e a pele ao redor da estomia. Tais associações são bem descritas na literatura, em especial o manejo da pele ao redor da estomia e suas complicações que tanto complicam o bem-estar geral da pessoa com estomia intestinal. Nesse ponto específico, estudos demonstram que a implementação de cuidados de saúde e enfermagem especializados no manejo da pessoa com estomia intestinal são capazes de minorar as complicações advindas no processo de adaptação à estomia (COCA *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2013; RECALLA *et al.*, 2013). Sendo inclusive considerada uma complicação clínica importante, tendo sido alvo de implementações inovadoras no manejo dessa questão por meio de medidas que contemplam desde a orientação adequada até a adoção de injeções de preenchimento para fins de melhorar a adesividade do dispositivo, reduzindo as

complicações de pele e complicações frequentes como vazamentos (WEIDMANN; AL-
NIAIMI; LYON, 2014; RECALLA *et al.*, 2013; BURCH,2011; NYBAECK; JEMAC,2010).

Nota-se, frente à complexidade dos domínios do BEF e do BEP e à interação entre
esses nos grupos experimental e no controle, que alterações importantes em um domínio
específico geram um efeito de influenciar outros domínios correlacionados, tal qual se
observou no impacto físico importante da estomia intestinal, que implica perversão do BEP,
que, por conseguinte sedimenta a tendência ao isolamento social em virtude da dificuldade do
processo de auto cuidado, bem como a dificuldade em internalizar a nova realidade do corpo
da pessoa com estomia intestinal.

Nesse aspecto, é razoável considerar como fenômeno importante a questão de número
23 “*Depressão*” dentro do BEP. A forma como tal quadro patológico se instala, é impossível
remover os vetores de contribuição para tal quadro, sem considerar que a doença causal para a
realização da estomia intestinal, nem sempre é responsável pelo estabelecimento do quadro
depressivo, haja vista que as questões de depressão não estão associadas tão fortemente
quanto o medo da recidiva da doença. Nesse aspecto, ao verificar as questões mais
intensamente associadas percebe-se que as questões “*Ansiedade*”, “*Dificuldade para olhar
para a estomia*”, “*Satisfeito com a aparência*”, “*Constrangimento por causa da estomia*” e
“*QV no geral*” são vetores compondo um mesmo quadro, de raiz causal conhecida e com
leito na confecção da estomia intestinal (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016;
SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013;
VANKOVA *et al.* 2009; KROUSE *et al.*, 2009; MCMULLEN *et al.*, 2008).

A estomia intestinal associa-se ainda a problemas e limitações emocionais,
especialmente quanto à depressão, a qual funciona como preditor significativo de QV.
Intervém na espontaneidade de agir, impedindo um desempenho adequado no que se refere ao
BEP (TORRES *et al.* 2015; KIMURA *et al.* 2014; SALLES; BECKER; FARIA, 2014;
GRANT *et al.* 2013; GRANT *et al.* 2011; HORNBOROOK *et al.*,2011). Ainda Grant e
colaboradores (2013), Noda e colaboradores (2001), afirmam que o impacto de uma estomia
intestinal pode ser assolador, mesmo num período pós-operatório sem complicações. A
pessoa com estomia intestinal depara-se numa situação que anteriormente desconhecia, com
um segmento intestinal exteriorizado por meio da parede abdominal por onde são expelidos
gases e fezes de forma involuntária. Como tal, a depressão torna-se vulgar nestas pessoas.

Ainda que isso seja ilusório; sentimentos de medos não materializados podem ser
responsáveis pelo aparecimento de transtornos de depressão e ansiedade, e necessitar de

acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; GRANT *et al.* 2013; SALES, 2013; BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008). Por isso, a compreensão da pessoa com estomia intestinal é fundamental a quem se dedica a assisti-la, uma vez que a afetação de múltiplas áreas de sua vida impõe a necessidade a uma condição adaptativa, na qual o sujeito reelabora significados e simbologias que propagam sua vivência no processo saúde-doença (SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; SALES; 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; BARNABE; DELL'ACQUA, 2008).

Tais resultados complementam os achados de outros estudos que mostram que mais da metade dos pacientes pós-estomia desenvolveram sentimentos de depressão, com importante impacto secundário sobre sentimentos de ansiedade, e alteração no autoconceito. Novamente, ficou caracterizada a inter-relação entre os domínios, e como tais interações devem ser intimamente analisadas, devido a sua capacidade de se correlacionarem com a redução da QV da pessoa com estomia intestinal, por fatos como depressão, ansiedade, autoconceito, autocuidado e alteração da dieta. Além disso, o sentimento de constrangimento por causa da estomia intestinal (SALLES; BECKER; FARIA 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; KIMURA *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; DABIRIAN *et al.*, 2011). Sob essa visão, tais estudos reforçam os achados da análise dos escores de BEP no presente trabalho, em que se observa a correlação entre “Sentir-se satisfeito com a aparência” e seu respectivo domínio.

Assim, o significado de ter um corpo alterado, desviado dos padrões sociais vigentes na dimensão intrapsíquica da pessoa com estomia intestinal, afeta o autoconceito, uma vez que a imagem corporal e a autoestima abarcam os componentes fundamentais da identificação, particularmente quando alterado em consequência da mutilação do corpo (estomia), faz com que a pessoa com estomia intestinal se depare com a representação do corpo ideal, ancorada nos conceitos de beleza, harmonia e saúde, podendo provocar estranheza a si próprio (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; SALLES; BECKER; FARIA 2014; KIMURA *et al.*, 2013; KNOWLES *et al.*, 2013; RICHBOURG; THORPE; RAPP, 2007). Ainda os estudos de Kimura (2013), Grant *et al.* (2013) e Dabirian *et al.* (2011) salientam que as funções psicológicas se mostraram alteradas, em decorrência da imagem corporal e da baixa autoestima, induzindo assim a sentimentos negativos, como as preocupações e os medos, e a luta para a satisfação dos desejos e a preocupação em suportar os problemas oriundos de decepções do dia-a-dia.

Com base no que foi mencionado, é evidente que a QV da pessoa com estomia intestinal é prejudicada. No entanto, as pessoas podem se ajustar a nova situação ao longo do tempo e aprender a viver com colostomia, o que leva à diminuição dos problemas, tais como vergonha, insegurança acerca das mudanças na aparência do corpo, ansiedade sobre o vazamento fecal da bolsa de colostomia, odor ofensivo, o ruído do intestino, e perda de libido (REPIC; IVANOVIC, 2014; GRANT *et al.*, 2013; SANTOS GRANT *et al.*, 2013; COONS *et al.*, 2007).

De acordo com a apresentação da análise dos resultados, é notório que as pessoas com colostomia devem ser trabalhadas no sentido de reabilitação, atenção dada especialmente na gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, a fim de oferecer mecanismo de suporte no processo de autoaceitação, sobretudo no que concerne à aceitação de mudanças em seu corpo (SALOMÉ *et al.*, 2015; MAURICÍO; SOUZA; LISBOA, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2012). Por conseguinte, Kimura (2013) e Vankova *et al.* (2009) consideram o homem um ser imprevisível, assim a reabilitação da pessoa com estomia intestinal deve ser sustentada por longos períodos de tempo. Pondera-se, portanto, tarefa árdua, haja vista que a prevenção de doenças psíquicas depende, intimamente, de como o pessoa com estomia intestinal lida com as limitações decorrentes da confecção da estomia intestinal.

As associações fortes encontradas na análise do BES, ora no grupo experimental, ora no grupo controle, foram essencialmente relacionadas às questões de número 29 “*Interferência da estomia nas relações pessoais*”, de número 2 “*Dificuldade de conhecer novas pessoas*”, de número 3 “*Quanto o encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento*”, de número 34 “*Interferência da estomia na intimidade*” e de número 30 “*Quanto o isolamento é causado pela estomia*”.

Para a pessoa com estomia intestinal, o significado da alteração no corpo físico e o sofrimento decorrente do novo estilo de vida, em virtude do uso de equipamentos coletores, prejudicam o desempenho social, as relações pessoais bem como a possibilidade de conhecer novas pessoas. Com a imagem corporal alterada e baixa autoestima, as pessoas com estomia intestinal adotam uma postura de distanciamento, resultando no isolamento social em razão da estomia intestinal, comprometendo sua QV, o que contrafaz o BES (SALOMÉ *et al.*, 2015; MAURICÍO; SOUZA; LISBOA, 2014; KIMURA *et al.*, 2014; DANIELSEN; SOERENSEN; BURCHARTHK, 2013; WONG *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Face ao exposto, a confecção da estomia intestinal afeta, sobremaneira, as relações pessoais. Além dos problemas comumente enfrentados pelas pessoas com estomia intestinal, que são submetidas a uma cirurgia, estas enfrentam outras dificuldades tais como a exposição a uma série de constrangimentos sociais pela possibilidade de saída dos gases e eliminação de excrementos, em razão da inexistência de controle voluntário, e pela falha na segurança e qualidade do equipamento coletor, provocando o medo da exposição em público por parte dessas pessoas (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; CAETANO *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011; DABIRIAN *et al.*, 2011; ALTSCHULER *et al.*, 2009; KIMURA *et al.*, 2009). Isto posto, torna-se evidente que as relações pessoais das pessoas com colostomia estão comprometidas, revelando a importância do suporte social que se inicia na família para o melhor desempenho na área dos relacionamentos interpessoais.

No que se refere ao encargo financeiro das pessoas com estomia intestinal, nessa linha, Grant *et al.* (2012) declaram, em consonância aos achados do presente estudo, que as preocupações mais frequentes entre as pessoas com estomia intestinal incluem os desafios financeiros, as dificuldades nos deslocamentos em viagens, bem como o sentimento de desconforto com a estomia em si e suas complicações potenciais em eventos sociais. Concomitantemente, a questão orçamentária aparece com importante fator derivado da estomia intestinal, seja por motivos pelos quais a pessoa com estomia intestinal tem de deixar sua ocupação, e, portanto, sofre impacto direto pela redução dos recursos financeiros disponíveis e pela crescente demanda exigida na vida pós-estomia (IQBAL *et al.*, 2016). Tanto quanto por motivos de que a amostra estudada apresentava perfil econômico de baixa renda, isto é, com renda variando entre menor que 1 e igual a 3 salários mínimos em ambos os grupos. A questão 36 “*Privacidade suficiente para cuidar se sua estomia quando viaja*” apresentou correlação negativa e não estatisticamente significativa em ambos os grupos. Pondera-se então, que a falta de importância de tal associação se deve, potencialmente, ao fato que por se tratar de indivíduos de baixa renda, a preocupação com a privacidade ou custos de viagens não podem ser consideradas de caráter primário, portanto, tem pouca ou nenhuma contribuição com o escore do BES.

Ampliando as complicações em relação ao BES, Salomé e Almeida (2014), Knowles *et al.* (2013) discorrem sobre o relato de alto impacto sobre a sexualidade, fator particularmente importante nas relações pessoais. Tal impacto sobre a sexualidade, em especial à mulher, é abordado por Kimura, Kamada, Guilhem (2016), Coca *et al.* (2015), Grant *et al.* (2013), Sousa (2013), descrevendo o impacto da estomia intestinal como sendo

intensa a ponto de algumas pessoas comestomia intestinal não saberem descrever um conceito de sexualidade. Nesse estudo, além das marcas cirúrgicas deixadas pela patologia primária, os indivíduos informam que a alteração no estilo de vida torna mais difícil as relações interpessoais, implicando em agravamento do processo de rejeição ao qual estão expostos e dificultando significativamente as relações sexuais.

Além do mais, a estomia intestinal acarreta alteração de ordem social e significativa do corpo, podendo transformá-lo num corpo privado de sua integridade, dinamismo, autonomia, e ocasionando conflitos e desequilíbrios interiores, por vezes transformando relações com o mundo exterior, inclusive no que se refere à vivência de sua sexualidade, e na atividade sexual, afetando a QV (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; COCA *et al.*, 2015; SALLES; BECKER; FARIA 2014; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013). Deste modo, a QV é comprometida, significativamente, em ambos os sexos: no gênero feminino pelo fato da mulher ser mais sensível à modificação da sua imagem corporal, com sentimentos negativos por ter uma parte exteriorizada e por vivenciar o estigma de ser uma pessoa com estomia intestinal; e no gênero masculino, prejuízo em relação à questão sexual, por sofrerem maior pressão quanto ao seu desempenho sexual (KIMURA *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.*, 2009).

Vale reiterar a importância do suporte social da família. Assim, pesquisas sugerem que uma rede de apoio social é de suma importância para as pessoas comestomia intestinal (MARTINS *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.* 2012; BALDWIN *et al.* 2011). Diante de todos os aspectos mencionados, o enfrentamento da pessoa com estomia intestinal tem sido relacionado ao apoio de suas famílias, já que é uma unidade que embora complexa, é essencial para o processo de vida das pessoas e, por isso, tem se mostrado como importante recurso no enfrentamento de situações de crise, como no adoecimento. Na família, há suporte quando um de seus membros encontra-se fragilizado e necessitando de ajuda. No caso da pessoa com estomia intestinal, a família é considerada uma ferramenta imprescindível no aspecto do suporte social (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; MARTINS *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.* 2012; SOUZA *et al.*, 2011). Ademais, conhecer o apoio social acionado por essas pessoas pode oferecer subsídios aos profissionais de saúde para que possam incluí-los no plano individual e coletivo de assistência especializada. Ressalta-se, portanto que o apoio social é indispensável e significativo para a reabilitação da pessoa com estomia intestinal, isto é, no BES, pois norteia

as decisões a respeito da doença e do tratamento, amparando-a neste processo de enfrentamento (MARTINS *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA, 2013).

Quanto à análise das questões correlacionadas com o domínio BEE, é importante destacar que o referido domínio foi o que obteve o maior número de questões correlacionadas. Isto é, demonstra que em ambos os grupos, o domínio BEE obteve valores de correlação também fortes, especialmente nas questões de número 40 “*Quanto você se sente esperançoso*”; número 38 “*Você sente que tem uma razão para estar vivo*”; número 39 “*Você tem sentimento de paz interior*”, de número 41 “*O apoio que você recebe de suas atividades espirituais é suficiente para atender suas necessidades*” e de número 42 “*O apoio que você recebe de atividades religiosas, é suficiente para atender suas necessidades*”.

Assim, pode-se destacar a importância da esperança, de ter alguma razão para estar vivo, do sentimento de paz interior e de algum vínculo de apoio em termos de religiosidade e espiritualidade. Tal traço, ainda que inicialmente possa ser considerado pouco importante, frente às análises, torna-se um importante ponto de apoio para o enfrentamento da situação de recém estomizado intestinal e a adaptação no novo estilo de vida. Trabalhos recentes remontam ainda a capacidade do apoio religioso e espiritual serem capazes de garantir a percepção de uma melhor QV, haja vista que haveria um mecanismo litúrgico para lidar com as adversidades da vida, e tal liturgias, em especial as de caráter religioso e espiritual, podem tornar a vida com a estomia intestinal menos opressiva ao indivíduo e sua família (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA *et al.* 2014; SANTOS *et al.*,2013; BULKLEY *et al.*,2012).

Para alguns autores, o apoio de atividades espirituais e religiosas para as pessoas com estomia intestinal , é considerado como uma ferramenta importante na construção da personalidade dos seres humanos, uma expressão de sua identidade e propósito, à luz de sua história, experiência e aspiração, que brota sentimentos de esperança, paz interior, sobretudo razão de estar vivo (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA, 2013; SANTOS *et al.*,2013; CHUN *et al.*, 2012).

Neste sentido, há investigações científicas comprovativas de que pessoas com uma profunda religiosidade e espiritualidade têm seu tempo de internação diminuído (KIMURA *et al.*, 2014;FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; BULKLEY *et al.*,2012). Nesta perspectiva, a fé de natureza religiosa dirige-se para algo superior e sobrenatural que tudo pode se assim quizer e merecer. Desse modo, a espiritualidade, a religião e crenças pessoais podem produzir alívio no sofrimento, uma vez que permitem mudanças nas representações subjetivas face à doença e ao crescimento pessoal, ao estimular a reflexão sobre o significado

da vida, o modo como foi vivida e sua finitude (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2012).

Tendo em vista os fatos apresentados, é possível entender que a pessoa com estomia intestinal experimente alterações de ordem física, psicológica, além de social, espiritual, e vê sua imagem corporal distorcida, resultando em baixa autoestima, uma vez que a presença de uma abertura no abdômen, por onde são eliminadas as fezes, rompe o padrão do esquema anterior sedimentado na infância, de domínio e controle voluntário, privacidade e autonomia (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011; SHABBIR;BRITTON, 2010; STUMM *et al.*, 2008).

Assim manifestam-se Kimura, Kamada e Guilhem (2016, p. 38):

De mais a mais, a estomia intestinal pode representar a mutilação sofrida e relacionar-se, diretamente, com a perda da capacidade produtiva da pessoa, assim como significa também uma denunciadora de sua falta de controle sobre as eliminações fisiológicas sobre seu corpo, beleza física e saúde, comprometendo a qualidade de vida.

Em tempo, torna-se imprescindível discorrer acerca da integralidade que sugere o acréscimo e o incremento do cuidar nas profissões da saúde e não se define, somente, como uma diretriz básica do SUS. Ou seja, pode ser compreendida como um conjugado de noções pertinentes a uma assistência alargada, com articulação das ações dos profissionais, em uma ótica abarcante do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016).

Não obstante, a integralidade é considerada um princípio doutrinário constitucional e essencial do SUS, portanto, é apreciada como um grande desafio no âmbito da saúde no Brasil, no processo de construção, implantação e concretização de um modelo assistencial que tem seu alicerce e suas diretrizes baseadas na promoção, prevenção, cura e reabilitação. Isto implica em práticas voltadas para a QV das pessoas (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016).

Neste sentido, estabelece uma importante instigação na gestão dos sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, que abarca o planejamento, a organização, o gerenciamento e a avaliação de ações e serviços de saúde e enfermagem, sobretudo abrange o cuidado, políticas e práticas em saúde e enfermagem, para pessoa com estomia intestinal, uma vez que a QV da pessoa com estomia intestinal, significa o alcance máximo de bem-estar e de autonomia.

5.7 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE O GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO FINAL)

Diferentemente dos resultados obtidos na análise comparativa entre os grupos experimental (tempo inicial) e controle (tempo inicial), os resultados foram significativos de diferença entre as amostras dos grupos experimental (tempo final) e controle (tempo final), sugerindo efetiva heterogeneidade entre os participantes.

Assim, observou-se que existe diferença estatisticamente significativa para todos os domínios no BEF, no BEP, no BES e no BES, sugerindo que as PDCs cooperaram para a modificação dos resultados previamente determinados ($p < 0,05$). Contudo, a comparação realizada entre os grupos nos momentos pré e pós-implementação das PDCs demonstra claramente uma alteração advinda da implementação de tal prática integrativa.

5.8 ASSOCIAÇÃO DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL) E GRUPO CONTROLE (TEMPO FINAL) ENTRE AS QUESTÕES E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS

Inicialmente vale evidenciar que há uma escassez de estudos na literatura nacional e internacional que empregaram a PDC na melhoria da QV em pessoas com estomia intestinal. No entanto, existem alguns trabalhos acadêmicos disponíveis, os quais majoritariamente apresentam os benefícios do uso da dança circular, tanto nos processos terapêuticos na saúde como na área da educação, para públicos alvo diferentes.

As PDCs obtiveram resultados positivos em várias questões em todos os domínios, no grupo experimental, pode sugerir que as PDCs atingiram benefícios para as pessoas com colostomia. De outro lado no grupo controle observou-se que a associação entre as questões e seus respectivos domínios foi significativa na maioria das questões, no entanto, resultados negativos os quais permaneceram semelhantes da amostra referente ao tempo inicial. Desse modo, conforme já descrito no presente estudo a confecção da estomia intestinal pode causar vários prejuízos na QV.

Face ao exposto, por uma questão de padronização, durante a discussão da associação do grupo experimental (tempo final), serão utilizadas as questões que apresentaram um grau menor de associação ($r \geq 0.50$ a ≤ 0.60), com significância estatística ($p < 0,05$), considerando as questões que apresentaram maior associação significativa com as PDCs. Não será discutida a associação do grupo controle (tempo final) entre as questões dos seus respectivos domínios,

em razão que no grupo controle, as questões permaneceram com grau de correlação muito forte semelhante aos resultados ao tempo inicial, os quais já foram discutidos.

Assim, a discussão versará sobre os possíveis efeitos das PDCs sobre a QV das pessoas com colostomia. Alguns estudos mostraram bons resultados em relação às variáveis estudadas, parecendo haver boa aceitação por parte dos participantes. O formato de círculo da PDC promove o ensino e a atenção ao ritmo do grupo como um todo, sendo que despontam diversos estados subjetivos presentes neste contexto, e estados de ânimo positivos, sendo estes importantes fatores para manter a adesão a essa terapia (CORAZZA, 2014; BEHREND; MULLER; DZIOBEK, 2012).

Costa (2012) e Frison (2011) descrevem a existência de valores e sentimentos associados à dança circular, ressalta que prática de dançar em roda possibilita diferentes maneiras de comunicação entre os participantes, e a dança circular representa um importante resgate das tradições e movimentos, vinculando som e movimento ao caminho dos valores. Ainda Corazza (2014), e Fleury e Gontijo (2006) aludem que as danças circulares permitem a possibilidade de se expressar conforme a sua necessidade. Isto é, ninguém é compelido a fazer o que não deseja, e o medo da falha ou da execução incorreta de um movimento é suprido pelo sentimento de satisfação acrescido da superação e do auxílio mútuo dado pelos colegas. Essa modalidade de dança permite à pessoa o contato consigo mesma, fazendo com que ela se descubra e respeite não apenas suas limitações, bem como suas potencialidades.

No que concerne às consequências positivas das PDCs no BEF nas pessoas com colostomia, foi observada uma redução nos valores de correlação entre as questões no referido domínio, do número 5 “*Dores ou sofrimentos*”, a de número 2 “*Fadiga*”, a de número 4 “*Interrupções de sono*”, a de número 1 “*Força física*” e questão de número 11 “*Bem estar geral físico*”.

Dentre os benefícios globais das danças circulares, apresenta-se o favorecimento da aquisição do centro de equilíbrio. O indivíduo passa a sentir simultaneamente os dois hemicorpos, melhorando sua percepção, lateralidade e propriocepção. Além disso, há ganho de força e resistência musculares bem como aprimoramento do controle motor, contribuindo para incremento na coordenação motora global, equilíbrio e esquema ou consciência corporais (KOCH; MORLINGHAUS; FUCHS, 2007; FLEURY; GONTIJO, 2006).

A dança é um tipo de atividade física que pode ter um efeito positivo em aliviar os sintomas relacionados às dores. Além disso, a dança mostra que o movimento do corpo e da percepção é um método que leva ao relaxamento que pode melhorar a dor, sobretudo o bem-

estar físico, além disso pode reduzir o número de pontos sensíveis e contraturas musculares (BAPTISTA *et al.*, 2012; FRANCHETTI; IMANBAYEV, 2012). Ainda pesquisas discorrem que a dança pode proporcionar melhorias significativas sobre o padrão de sono, a ansiedade, a rigidez muscular e a fadiga (BAPTISTA *et al.*, 2012; BOJNER *et al.*, 2006).

Em um estudo que versou sobre as possíveis contribuições da dança circular, notou-se que os participantes após as PDCs ficavam mais dispostos e ativos para as atividades da vida diária e de trabalho, além de adquirirem uma melhor locomoção e um sono mais tranquilo. Ainda descreveu que a dança como atividade física é importante para as pessoas porque estimula as funções do organismo, e, além disso, causa uma melhora no aparelho locomotor, auxiliando assim em suas atividades diárias (CORAZZA, 2014).

Face ao exposto, Baptista *et al.* (2012), Fleury e Gontijo (2006) ratificam que as danças circulares são capazes de produzir inúmeros benefícios para seus praticantes. Melhoram as disposições física e mental, a flexibilidade, a postura, a força e a resistência musculares, a consciência ou esquema corporal, reduzindo tensões, dores e possíveis sofrimentos, e precipitando bem-estar físico geral.

Em relação análise dos efeitos das PDCs no domínio do BEP do grupo experimental, foi percebido o perfil de redução das associações em especial nas questões de número 23 “*Depressão*”, seguida das questões de número 22 “*Ansiedade*”, de número 21 “*Satisfeito com a aparência*”, de número 15 “*Constrangido por causa da estomia*” e de número 18 “*Dificuldade de olhar para a estomia*” e de número 16 “*QV no geral*”.

Preliminarmente, com uma compreensão mais rica da natureza humana, considerando os ciclos da vida, a união das pessoas com a terra e com o céu, percebendo a força criativa da natureza, tem a possibilidade de viver de forma mais plena e integrada no mundo. Verifica-se aquele que vivencia a dança circular, demonstra uma melhoria na QV que reflete no bem-estar psicológico, levando a uma condição mais plena consigo mesmo e mais harmoniosa com o coletivo (ALMEIDA, 2005).

Ademais, Kiepe, Stockigt e Keil (2012) e Berni (2013) descrevem em seus estudos que as danças circulares do ponto de vista da dinâmica psicológica facilitam abertura para canais de circulação de energia psíquica entre o Self e o Ego, ora de um eixo extroversor, de dentro para fora, ora introversor, de um eixo de fora para dentro. Sendo que a dança circular, é considerada um círculo que constitui um modelo organizador da psique e ao materializá-lo em forma de movimento externamente, auxilia a pessoa a se organizar internamente.

A depressão está afetando cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo e está previsto para tornar-se em 2020 a segunda doença mais incapacitante no mundo após a doença isquêmica do coração (WHO, 2010). Segundo Mala, Karkov e Meekums (2012), a depressão claramente representa um encargo significativo para as famílias e para a sociedade; que tem um impacto negativo na QV. Além do mais, a depressão está entre as principais causas de incapacidade e provoca a maior perda de produtividade em todo o mundo. A depressão tem, portanto, custos financeiros elevados. Assim, é de extrema importância métodos de tratamento não farmacológico eficaz para a saúde pública (KOCH; MORLINGHAUS; FUCHS, 2007).

Contudo, conforme Vankouva *et al.* (2014), existem múltiplas maneiras eficazes para tratar a depressão, ainda os pesquisadores Lee, Franchetti e Imanbayev (2012) relatam sobre estudos recentes que enfatizam o tratamento não farmacológico como um seguro e rentável método no tratamento de depressão. Em uma pesquisa sobre a relação de pacientes com depressão diagnosticada, foram melhores respostas após sessões com danças circulares, apresentando menos sintomas depressivos e maior vitalidade. Os pesquisadores sugerem que as danças circulares parecem ter um efeito positivo nestes pacientes e recomendam a utilização deste tipo de estratégia como terapia (KOCH; MORLINGHAUS; FUCHS, 2007).

A dança como atividade física proporciona melhor elasticidade muscular, aumenta e melhora a circulação sanguínea e os movimentos articulares, além de diminuir o risco de doenças cardiovasculares, problemas no aparelho locomotor e o sedentarismo, reduzindo o índice de depressão e de ansiedade (VANKOUVA *et al.*, 2014). Vale ressaltar que a maioria das intervenções de atividade física, dentre elas a dança, resultaram na redução significativa dos sintomas depressivos e de ansiedade (BRIDLE *et al.*, 2012).

A dança é considerada uma prática de exercício físico ameniza o stress, dá equilíbrio mental e corporal, podendo colaborar de forma bastante significativa para uma vida com mais saúde. Ademais, a dança pode tornar a vida diária mais saudável, pois desenvolve os domínios sócio afetivo, psicomotor e perceptivo cognitivo, sendo uma atividade física prazerosa para o indivíduo. É considerada a arte do movimento humano, é plástica rítmica, abstrata e expressiva, e promove o desenvolvimento integral do ser humano (HOLMEROVA, *et al.*, 2010).

Outrossim, a dança circular permite o desenvolvimento e aprimoramento das qualidades humanas. A visão, precisão, coordenação do movimento, beleza corporal, flexibilidade, criatividade e expressão são a essência da dança levada para o dia a dia da

participante (KOCH; MORLINGHANS; FUCKS,2007). Há melhora significativa da postura e da qualidade de movimento, colaborando para o maior equilíbrio interno, além disso, a satisfação com a aparência, assim as PDCs apresentam melhoria na auto estima, a motivação e a autodeterminação, fazendo com que as pessoas se sintam livres, tranquilas e realizadas, causando assim a aceitação das suas condições(FLEURY; GONTIJO, 2006).

Ademais, Mala, Karkov e Meekums (2012), Williams; Tappen (2007) e Almeida (2005)observaram em suas pesquisas o benefício da dança circular na QV dos participantes, que relataram alterações no estado emocional (humor), melhor interação com o outro, disposição física e ligação com um sentimento religioso, espiritual. Além disso, Almeida (2005) descreve em sua pesquisa que houve uma melhoria na imagem corporal, que foi verificado de maneira clara comparando-se os desenhos feitos pelas participantes, antes e depois das PDCs em que as participantes ilustravam.

Isto posto, sugere-se que as PDCs permitiram as pessoas colostomizadas o prazer de poder extravasar seus limites, bem como suas emoções e seus sentimentos por meio de seu corpo, proporcionando a satisfação com a aparência, conseqüentemente a não dificuldade de olhar para a estomia, evitando qualquer sentimento de constrangimento. A dança circular atualmente, além de ser uma atividade física lúdica, proporciona a comunicação por meio de gestos do corpo, sobretudo na melhoria da QV.

No que diz respeito ao BES, foi verificado que as questões do número 29“*Interferência da estomia nas relações pessoais*”, número 25 “*Dificuldade para conhecer novas pessoas*”, número 30 “*Quanto isolamento é causado pela estomia*” e número 34 “*Interferência da estomia na intimidade*”, sofreram interferências positivas nesse ínterim das PDCs.

Isto posto, durante as PDCs, ou seja, a roda ou círculo, que se forma na atividade foi base para que fosse trabalhado o equilíbrio entre a pessoa com colostomia e o coletivo, com a experiência de enraizamento e de união, em que as pessoas colostomizadas percebem que não estão sozinhas, pelo contrário, encontram-se amparadas e reconhecem a igualdade no centro da roda, visualizando a presença singular e insubstituível de cada pessoa ali presente. Esse estilo de dança é um convite para aceitar a pessoa, e, sobretudo pressupõe-se a abertura ao encontro do outro e de si próprio, do múltiplo no mundo, dentro e fora de si mesmo, e com tal abertura, a pessoa permitirá ser tocada, favorecendo um processo de transformação, conforme o grau de interação e entrega.

De acordo com Fleury e Gontijo (2006), a dança circular é considerada também uma atividade recreativa surge como uma alternativa de trabalho coletivo, que estimula a solidariedade, fazendo com que haja uma diminuição das tensões e das angústias, e conseqüentemente incentiva a pessoa a buscar a socialização e o prazer de estar com outras pessoas. De acordo com a pesquisa de Koch, Morlinghaus e Fuchs (2007), os aspectos inclusivos e coletivos proporcionados pelas PDCs, ressaltam a capacidade de criar vínculos e relações de solidariedade entre os participantes, permitindo assim as relações pessoais, evitando o isolamento social.

Este aspecto embora de conteúdo social está intimamente ligado à saúde integral, pois estudos internacionais e nacionais apontam que a qualidade percebida de suporte de relacionamentos tem evidenciado contribuições na saúde e no bem-estar dos indivíduos. Assim, pessoas que se sentem apoiadas enfrentam melhor as condições de doenças, estresse e outras dificuldades relacionadas com experiência de vida (ANTONUCCI, 2001). Neste sentido, as PDCs podem resultar na qualidade de relacionamentos que por sua vez pode ter efeitos positivos no BES da pessoa com colostomia. Não obstante, conforme já descrito a dança circular melhora a força, resistência corporal e estados de humor, sobretudo a dança como terapia pode ser potencial na dimensão adicional de interação social (MALA; KARKOV; MEEKUMS, 2012; WILLIAMS; TAPPEN, 2007).

Face ao exposto, vale ressaltar que a PDC foi considerada uma forma de diversão, uma maneira de buscar novas amizades, manter as que já existem, um meio de inclusão na sociedade e na sua própria família, essas confirmações foram confirmadas no preenchimento do questionário *COH-QOL-OQ* e ratificadas nas entrevistas.

Os dados referentes ao BEE demonstram que também nesse domínio, as PDCs foram responsáveis por uma redução nos valores de associação do grupo experimental, demonstrando o efeito da PDC em todos os aspectos desse domínio em específico. A redução dos valores de correlação demonstra que as questões número 40 “*Quanto você se sente esperançoso*”, número 39 “*Você tem sentimento de paz interior*”, número 38 “*Você sente que tem uma razão para estar vivo*”. Assim, de acordo com a apresentação da análise dos resultados no BEE, observou-se que as PDCs tiveram influências positivas no respectivo domínio. Sobretudo, foi percebido nesta pesquisa que as PDCs puderam ser um veículo para uma expressão maior da espiritualidade.

As danças circulares vieram de comunidades étnicas, sociais e religiosas. Por meio delas ocorre um treinamento de consciência do equilíbrio (até no sentido amplo da palavra),

do caminho das danças, suas etapas, sentido do espaço, tempo, forma e memória para a sequência dos movimentos. Assim, o mundo interior e o exterior podem ser conectados por meio do dançarino, no seu centro, onde se encontram a imobilidade e o movimento. Essas danças são eficazes como meio de “*religio*” - num processo de religação com o divino (WOSIEN, 2002).

Ademais Wosien (2002) relata que as danças circulares faziam parte das práticas religiosas, da vida em comunidade até os primeiros séculos da era cristã e mantêm-se vivas até os dias atuais, porque contém arquétipos de movimento nos ritmos e nas formas da dança. Além disso, discorre que a dança faz parte da vida do ser humano desde os primórdios, e extrair significado do que se vive é a tarefa destinada ao homem. Torna-se importante também resgatar o caráter religioso e ritualístico da dança.

Outrossim, a dança circular é especialmente eficaz no reforço de um sentimento de segurança para as pessoas com experiências corporais alienados ou distorcida, após as terapias dedanças circulares surgem sentimentos de esperança, paz interior e razão para estar vivas. Além do mais, as PDCs visam o desenvolvimento de uma abordagem realista para a pessoa de aceitar o seu próprio corpo, vivenciando movimentos novos, bem como positivos, com anseios de motivação, de enfrentamento, de força, de energia e de prazer aumentado (BEHRENDTS; MULLER; DZIOBEK, 2012; KOCH; MORLINGHANS; FUCKS, 2007).

Em uma pesquisa sobre a PDC e sua correlação a possíveis alterações na imagem corporal, no que tange a QV e a religiosidade, considerou-se que se pode observar uma melhora na QV das participantes, que relataram ligação com um sentimento de apoio religioso e espiritual. A modificação e alteração da religiosidade foram verificadas, com o relato das participantes sobre terem sentido o sagrado/divino próximo a elas enquanto dançavam, e como ser integrante do universo (conexão com a natureza), possibilitando uma maior expressão da espiritualidade (ALMEIDA, 2005). Tal relato vai ao encontro de depoimentos de pessoas com colostomia, que discorreram sobre a interação da natureza com a espiritualidade, sendo que os referidos depoimentos podem ser observados na análise de conteúdo.

Diante do exposto, Corazza (2014) e Behrends, Muller e Dziobek (2012), por meio da dança circular, ressaltam que a pessoa pode viver uma experiência de alegria, valorizar a vida, e buscar a espiritualidade por meio de seu corpo, bem como possibilita a união entre as pessoas, já que existe o simbolismo do círculo e das mãos dadas, influenciando positivamente os sentimentos de confiança, igualdade e apoio mútuo, possibilitando o crescimento,

autoconceito, isto é, da autoestima e da autoimagem. Além do mais, a dança circular como prática regular de exercício físico contribui como importante fator de prevenção, proteção e promoção da saúde, assim como tem contribuição terapêutica não farmacológica, pois minimiza o desenvolvimento de doenças e auxilia no tratamento e na reabilitação de diversas patologias bem como na melhoria da QV.

A dança como prática regular de atividade física está agregada a uma menor mortalidade e maior QV em pessoas, relacionando-as com a prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Neste sentido a dança, que durante muitos anos vem proporcionando benefícios ao homem por meio de suas técnicas de movimentação corporal e de expressões cultural e emocional. Além disso, a dança engloba movimentos rítmicos e coordenados da musculatura corporal e possibilita o desenvolvimento de raciocínio mais rápido e lógico para a execução de movimentos no indivíduo, melhora sua habilidade motora e também do aspecto social, visto que favorece a interação entre os participantes e aumenta a sua autoestima (BEHRENDTS; MULLER; DZIOBEK, 2012; MCGARRY; RUSSO, 2011; HOLMEROVA, *et al.*, 2010).

A intervenção planejada de atividades físicas e exercícios, em uma única sessão ou em um programa regular e sistemático, por exemplo, a dança vem sendo recomendada como uma intervenção terapêutica importante associada ao tratamento farmacológico e/ou psicoterápico em pacientes comestomia intestinal sejam eles, com estomia intestinal definitiva ou não (BOOTH; LAYE; LACK, 2009). Além disso, a dança não age apenas como forma de expressão, mas também como um modo de viver, sendo uma das principais atividades indicadas para a melhoria ou manutenção da QV do ser humano (COSTA, 2012; HOLMEROVA, *et al.*, 2010).

Ademais, a dança integra os aspectos fisiológico e psicológico, bem como o componente sociológico e também oferece uma oportunidade para relembrar (BAPTISTA *et al.*, 2012; RAVELIN; KYLMA; KORHONEN, 2006). Todas estas qualidades são reforçadas por música, que se mostra ter um efeito positivo sobre a depressão e a angústia (SUNG; CHANG; LEE, 2010; CHAN *et al.*, 2009). Isto é especialmente importante para as pessoas com estomia intestinal deprimidas que estão em risco para a apreciação da diminuição da atividade física.

Face ao exposto, Costa (2012) e Berni (2002) afirmam que as danças circulares contribuem enquanto instrumento de ampliação de consciência individual e grupal, sendo um canal de desenvolvimento humano pessoal e da interação grupal. Outro aspecto que Berni

(2002) destaca são os conteúdos neurotransmissores, pois segundo médico psiquiatra Paulo Toledo Machado Filho, do Instituto Sedes Sapientia e em São Paulo - SP, as danças em círculo levam a um ritmo diferente daqueles estabelecidos pelos comportamentos ansiosos, pois a dança circular, segundo o médico, relaxa, alterando os neurotransmissores do estresse.

Há também por meio desta prática a liberação de neurohormônios, como a endorfina, ligados à sensação de bem-estar, que são liberados pelo fator de prazer. Dessa maneira, na alegria da música, na animação do grupo, assim como na liberação de efeitos de uma atividade cardiovascular como aspecto neuromotor, uma vez que, ao dançar, desenvolve-se bastante a bilateralidade, controle motor dos lados esquerdo e direito do corpo sob o movimento de forma não habitual (KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; KOCH; MORLINGHAUS; FUCHS, 2007; BERNI,2002).

Além do mais, o movimento em roda leva a pessoa com colostomia fazer o contrário de quem está a sua frente, ou espelho do outro. A dança circular possui uma contagem rítmica das diferentes culturas expressas nas coreografias, também favorece ao aprendizado de movimentos corporais que eram pouco utilizadas e na medida em que os passos se repetem essas novas informações são assimiladas gradativamente. Esta assimilação é importante para a inclusão das pessoas comestomia intestinal, bem como para diferentes pessoas, que sabem ou que nunca tiveram experiência de danças, possibilitando a inclusão de todos na roda.

Pari passu, as danças circulares se enquadram no novo contexto de saúde, no incentivo ao emprego de novas práticas, ou seja, novas formas de tratamento, complementares às técnicas do homem tradicionais, e que se trabalha pela busca de harmonização dos ritmos e conexões energética (KIEPE; STOCKIGT; KEIL, 2012; BERNI, 2002). As PDCs promovem uma compreensão da realidade de forma mais integrativa de maneira que uma vida com qualidade corresponde, como uma ação de autoconhecimento que viabilize a sustentabilidade. Este autoconhecimento é desejável ao se utilizar os referenciais mentais, emocionais, corporais, e espirituais, para vivenciar o presente e construir um futuro sustentável (BERNI, 2002).

Vale destacar que a implementação das PICs está em consonância com os princípios estruturantes do SUS de universalidade, integralidade e equidade (JÚNIOR *et al.*, 2014; BRASIL, 2006). Compreende-se que constitui uma importante estratégia para a constituição de um modelo de atenção integral na medida em que instiga a busca de novas formas de relacionamento com o mundo em que se vive e humaniza as relações interpessoais, com respeito às singularidades, subjetividades e relações de alteridade entre os sujeitos. Entre eles,

destaca-se intencionalmente o princípio da integralidade do SUS, que, de um lado, diz respeito à atenção integral em todos os níveis do sistema; do outro, refere-se à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Logo, no círculo da dança, entendido como uma dinâmica de grupo, permite o emergir da dimensão de transicionalidade, fazendo insurgir o que existe de mais verdadeiros dos sujeitos frente a possibilidade de apreensão e interpretação da vida dos sujeitos envolvidos (JÚNIOR *et al.*, 2014; RAMOS, 2000). De mais a mais, a PDC pode ser uma excelente promotora de QV para as pessoas comestomia intestinal, quebrando assim diversos paradigmas, em que os principais pontos a serem alcançados são a felicidade e a satisfação de estar bem e viver bem nesta fase da vida.

5.9 ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DOS DIAGRAMAS ESQUEMÁTICOS DOS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLE

Tendo em conta a natureza subjetiva do conceito de QV, acredita-se que um estudo de abordagem qualitativa possa levar a um melhor conhecimento da percepção da QV das pessoas colostomizadas, assim como a uma melhor compreensão da influência de cada fator associado à QV.

Foram incluídas algumas verbalizações que subsidiam a discussão das categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo.

A adoção de parâmetros de determinação qualitativa e quantitativa da QV, especialmente, aplicada em ensaios clínicos é uma prática bem estabelecida, em especial, nas últimas quatro décadas, em virtude de ser capaz de auxiliar no processo metodológico de determinação de quais práticas alternativas possam tornar a experiência de superar um processo patológico menos oneroso do ponto de vista físico, psicológico, social e espiritual, campos estes anteriormente relegados a segundo plano pela medicina tradicional, a tal ponto que o termo “Qualidade de Vida” somente fora inserido no *Index Medicus* a partir de 1980 (MPHIL, 2001).

As evidências baseadas em estudos qualitativos podem ajudar a melhorar a eficácia das intervenções de enfermagem (BONILL-DE-LAS-NIEVES *et al.*, 2014). Nessa linha, os dados obtidos no presente trabalho, podem ser utilizados para fins de escolha e comparação de estratégias de enfrentamento, a exemplo das PDCs aplicável às pessoas com colostomia. Com essa premissa em mente, buscando enriquecer as inferências geradas a partir desse trabalho, foi utilizada uma matriz de análises quanti-qualitativas, mesclando a objetividade do questionário *COH-QOL-OQ*, associada a uma avaliação centrada à análise de conteúdo de Bardin, sob a ótica da Epistemologia Qualitativa de Gonzalez Rey, dessa forma, trazendo o

embasamento de uma Teoria de Subjetividade na discussão dos achados, gerando resultados, mais profundamente, estruturados.

Vale descrever que a proposta metodológica da Epistemologia Qualitativa (REY, 2003) parte da premissa de que a construção do conhecimento fundamenta-se especialmente em três princípios básicos. O primeiro princípio é de que “a Epistemologia Qualitativa defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento”. “Esse fundamento implica compreender o conhecimento como produção permanente, e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta” (REY, 2005, p. 5). O caráter construtivo interpretativo do conhecimento visa descaracterizar a dualidade entre o empírico e o teórico, dando voz a inferências, a partir do campo teórico, sem desqualificar o aspecto empírico.

Com sede nesse leito, o empírico é compreendido como um momento inseparável do processo de produção da teoria. O segundo aspecto importante da Epistemologia Qualitativa é a legitimação do singular como fonte de produção do conhecimento, o que leva a considerar a pesquisa como uma produção teórica. O teórico, nesse caso, não é o restringido a fontes de saber pré-existentes agregadas ao processo de pesquisa, mas sim ao que se expressa na atividade “pensante e construtiva do pesquisador” (REY, 2005, p. 11).

O terceiro aspecto geral da Epistemologia Qualitativa, afirmado por Rey (2005), se baseia em compreender a pesquisa nas ciências antropológicas como um processo de comunicação e de diálogo. A ênfase dada à comunicação no processo de construção do conhecimento fundamenta-se no fato de que grande parte dos problemas sociais e humanos tem raízes, direta ou indiretamente, na comunicação entre as pessoas. Face ao exposto, a comunicação é um espaço privilegiado para o estudo da subjetividade e subsidia a conversão dos que fazem parte da pesquisa em sujeitos da pesquisa.

Rey (2005) ressalta que previamente à coleta de dados é importante para criação de um cenário de pesquisa. Trata-se do primeiro contato entre pesquisador e participantes, sendo deste encontro que forma-se o grupo de pesquisa:

{...}na qualidade da informação, no lugar de uma palavra em uma narrativa, na comparação das significações atribuídas a conceitos distintos de uma construção, no nível de elaboração diferenciado no tratamento dos temas, na forma com que se utiliza a temporalidade, nas construções associadas a estados anímicos diferentes, nas manifestações gerais do sujeito em seus diversos tipos de expressão, etc.” (REY, 2005, p. 116).

Nesse sentido, a construção do conhecimento dá-se por meio de indicadores de sentidos subjetivos. Fazendo uso de análise das conversações e das respostas nos demais instrumentos, o pesquisador confecciona indicadores que, organizados em categorias,

constituem base para a construção de hipóteses. As hipóteses, por sua vez, confrontadas com outras informações compiladas, seja por meio do mesmo instrumento, ou por outro externo, vão se confirmando ou não, num processo construtivo-interpretativo permanente de construção do conhecimento (REY, 2005).

Em ensaios que se fundamentam na Epistemologia Qualitativa de Rey, pode-se observar que o processo de construção da informação não se orienta por uma lógica preconcebida, mas se caracteriza por um processo mental e reflexivo do pesquisador que, ao longo da pesquisa, vai construindo seu próprio modelo teórico. Assim, o pesquisador tem como desafio a identificação de elementos de sentido que possam ser transformados em indicadores de sentidos subjetivos. De forma cumulativa, a obtenção desses elementos culmina com a confecção de uma ou mais categorias, servindo como ferramentas de organização das informações. Evidências demonstram que núcleos teóricos de significação são portadores de certa estabilidade, transformando as categorias em pontos fundamentais para a organização do processo construtivo-interpretativo segundo Rey (2005).

Ainda Rey (2005) ressalta a importância de o pesquisador, durante os momentos empíricos, elaborar tabelas e anotações, que constituirão a documentação básica da pesquisa e fonte para produção da informação. A matéria-prima dos momentos empíricos são as expressões de linguagem e as emoções. Interpretadas pelo pesquisador, resultam em uma tabela de indicadores. Continuamente, esses indicadores vão sendo organizados em categorias, que vão abrindo caminho para o surgimento e consolidação de hipóteses, num processo reflexivo de ida e volta contínuo. A partir da confirmação de hipóteses é que são captados os sentidos subjetivos, ou seja, na medida em que os relatos apontam elementos constituintes de determinado sentido, cria-se uma hipótese de que tais elementos possam significar algo relacionado ao tema pesquisado. Esses elementos associados às emoções e expressões dos sujeitos auxiliam na confirmação das hipóteses levantadas.

A análise da categorização da percepção de qualidade de vida das pessoas colostomizadas das Tabelas 22, 23, 24, 25 evidenciou que os percalços enfrentados pelos colostomizados em ambos os grupos afetam, significativamente, o Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Assim, dentro de uma perspectiva qualitativa observam-se na análise de conteúdo que existem mais subcategorias negativas no grupo controle do que positivas o que confirma a referida análise.

Nesta perspectiva, foi implementada a análise dos sentidos subjetivos contidos nos relatos das pessoas colostomizadas capturados e nas categorias e subcategorias definidas em

que se utilizou a Epistemologia Qualitativa de Gonzalez Rey (2003), objetivando apreender sentidos subjetivos na percepção da QV antes e após à PDC, nos moldes recomendados por Rey (2003) no que se refere à criação do cenário de pesquisa, a escolha dos momentos empíricos utilizados na coleta de dados e à análise das informações coletadas.

Para a criação do cenário de pesquisa, realizou-se o contato com as pessoas colostomizadas dos Ambulatórios dos HRS e HRPI, sendo, explicados o motivo da pesquisa, bem como sua participação neste processo.

Após a constituição do cenário, foram realizados dois momentos empíricos individuais, cuidadosamente, gerados de forma a manter um ambiente descompromissado e informal. O primeiro compreendeu a solicitação aos participantes para que relatassem, a partir de um guia de perguntas direcionadas, o impacto da estomia intestinal sobre a QV. No segundo momento empírico, realizou-se uma repetição do guia de perguntas direcionadas a uma pergunta sobre os benefícios da PDC. Observa-se aqui que tais perguntas serviram tão somente ao propósito de definir o cenário para resposta, não se tratando de pergunta objetiva de resposta reprodutível entre os participantes, mas sim, buscar levar o participante a refletir sobre o impacto da colostomia na sua QV, independente de qual domínio fosse mais afetado. Durante os dois momentos empíricos, a pesquisadora utilizou um caderno de campo onde anotou suas principais observações sobre o local. Sobretudo, Rey (2005) ressalta que esses momentos empíricos informais são fundamentais para que o pesquisador possa perceber filigranas emocionais que nem sempre se mostram tão perceptíveis nos momentos empíricos formais.

Com o intuito de esclarecer a maneira como se emprega a Epistemologia Qualitativa e faz-se a análise dos dados por meio dos sentidos subjetivos recuperados, foram apresentados trechos do estudo realizado para cada um dos momentos empíricos utilizados. A seguir encontram-se as demonstrações.

Identificam-se na categoria *Bem-estar físico*, os relatos dos colostomizados em ambos os grupos estudados descritos na subcategoria negativa - *vazamento, odor, gases e constipação* corroboram os estudos dos autores Salomé *et al.* (2015), Kimura *et al.* (2014) e Salomé, Almeida e Silveira (2014) Sales, Becker e Faria (2014), Grant *et al.* (2013) sobre o significado da alteração no corpo físico e o sofrimento quanto ao novo estilo de vida da pessoa com estomia intestinal, e como afeta sobremaneira o bem-estar físico, pois existe a preocupação frequente com os gases, odores de fezes eliminadas, constipação, vazamentos,

resultando em decréscimo na percepção do bem-estar físico por parte do paciente. As descrições realizadas pelos colostomizados reforçam este aspecto:

“ Fico muito preocupado de vaziar a minha bolsa e de soltar gases, (sic) [...].”

(Cacto).

“ Meu intestino às vezes fica preso. Sabe como é? (sic) [...].” (Olho de Falcão).

“Não como de tudo, por causa dos gases. Me dá uma preocupação (sic) [...].”

(Rubi).

“Às vezes tenho a impressão que está saindo mau cheiro da minha bolsa (sic).

Fico com muito medo de ser verdade [...].” (Alfazema).

Em relação à *força física*, as pessoas com colostomia dos grupos controle e experimental, destacaram que a QV está prejudicada, necessitando a força física, conforme os relatos a seguir:

“ Depois que comecei usar essa bolsa, não consigo limpar minha casa como antes,

[...]” (Begônia).

“Agora sempre dependo das minhas filhas para ajudar a fazer as coisas de casa

(sic) [...]” (Dália Vermelha).

“ Sempre trabalhei com serviço pesado. Agora com essa bolsa não posso mais [...]”

(Heliotrópio).

Esses resultados são confirmados nos estudos de Kimura (2013), Grant *et al.* (2013) e Fernandes *et al.* (2010) que abordam em que medida as pessoas com estomia intestinal conseguem realizar trabalho físico. Neste estudo, observou-se que o maior incômodo sentido pelas pessoas com estomia intestinal foi a força física. Ainda a autora Kimura (2013) explica que a função física inclui a força, a resistência, o equilíbrio, a capacidade para realizar tarefas, como andar, subir escadas, abaixar-se, levantar-se, levantar cargas pesadas, correr e realizar tarefas manuais.

Vale ressaltar que a dificuldade acerca da força física referente às atividades diárias, foi identificada, principalmente, pelas mulheres, que relatam a redução nos afazeres domésticos, este achado também foi descrito no estudo de Kimura (2013). Sobretudo, alguns estudos recentes corroboram essa observação, complementando-a com evidências que apontam que após doze a vinte e quatro meses após a confecção da estomia intestinal, o processo de reabilitação do ponto de vista da força física se torna mais fácil, permitindo a

realização de atividade física (REPIC; IVANOVIC, 2014; SPEED-ANDREWS *et. al.*, 2013). Tal informação é importante, haja vista que após a confecção da estomia, em especial em pacientes sobreviventes de CCR, apenas 25% destes cumprem os critérios mínimos de atividade física sugerida pela OMS (duas vezes na semana, 30 minutos ao dia) (SPEED-ANDREWS *et. al.*, 2013).

A convivência com a estomia intestinal exige da pessoa, a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades diárias, incluindo o aprendizado das ações de cuidados da estomia e pele periestoma, bem como a manipulação dos equipamentos coletores, a fim de evitar futuras complicações com a estomia intestinal (WEIDMANN, AL-NIAIMI, LYON, 2014; REPIC; IVANOVIĆ, 2014; RECALLA *et. al.*, 2013; KIMURA, 2013; MARTINS; KNOWLES *et. al.*, 2013; ALVIM, 2011). Problemas de pele periestoma são relatados em cerca de 73% dos pacientes com estomia intestinal. A dermatite irritativa periestoma é a complicação mais frequente complicação de pele, sendo considerado tanto causa quanto consequência da reduzida adesividade dos dispositivos e, por conseguinte, vazamento do seu conteúdo, que é reportado como ocorrendo em 62% dos pacientes com estomia intestinal, configurando-se como uma morbidade física, psicológica e social. (WEIDMANN, AL-NIAIMI, LYON, 2014; KNOWLES *et. al.*, 2013). Os relatos das pessoas com colostomia acerca das complicações da estomia intestinal são descritos a seguir:

“Vire e mexe tenho problema na minha pele (sic).” (Ambar).

“Eu tive muita irritação na minha pele [...].” (Flor de Liz).

“Tenho às vezes problema na pele. De dermatite (sic) [...].” (Calcita).

A literatura afirma que os cuidados com a higienização e a troca dos equipamentos coletores são muito importantes para garantir a integridade da pele e prevenir infecção, e para que essas medidas sejam realizadas da maneira adequada, é preciso que a pessoa com estomia intestinal seja orientada pelos profissionais de saúde, para que ela pode desenvolver o autocuidado (REPIC; IVANOVIĆ, 2014; KIMURA, 2013; MEISNER, 2012; FERNANDES *et al.*, 2010). Em tempo, Kimura (2013), relata que a dermatite é considerada a mais comum das complicações da estomia intestinal, pois advém, geralmente, do uso inadequado do equipamento coletor.

O sono foi considerado uma subcategoria negativa, corroborando os estudos de Kimura (2013), Grant *et. al.* (2013), Knowles *et. al.* (2013), Dabirian *et al.* (2011), Baldwin *et. al.* (2009) os quais apontam interferência significativa no padrão de sono dos pacientes, em virtude tanto do dispositivo em si, quanto pelo aspecto da insegurança no que tange ao risco de vazamentos. Tais pontos, associados, provocam distúrbios de sono em pacientes comestomia intestinal, prejudicando, consideravelmente, a QV. Sendo observado ainda que a alteração do sono está relacionada à presença da estomia, principalmente, nos primeiros meses após a cirurgia, e ao medo acerca do futuro. Tais achados são corroborados pelos os seguintes relatos:

“Nos primeiros meses quase não dormia direito (sic) [...].” (Ágata Azul).

“Até meu sono não voltou como era antes. Acho que fico muita preocupada com a bolsa [...].” (Ametista).

“O médico me passou um remédio para eu dormir melhor [...].” (Serpentina).

Estudos demonstram que pacientes comestomia intestinal têm recorrentemente pensamentos de medo e insegurança, elevando a autoconsciência das próprias limitações frente ao novo cenário de vida da pessoa com estomia intestinal, a citar, nos âmbitos pessoal, social, familiar e profissional, o que acaba por levar a vulnerabilidades sociais e familiares, no manejo da doença no cotidiano desses pacientes (MARTINS *et. al.*, 2015; GRANT *et. al.*, 2013; ZHANG *et. al.*, 2013).

Neste sentido, o apoio da família é fundamental, essencial nos primeiros períodos após a estomia intestinal, contribui para dar sentido à luta pela vida, além disto, apresenta-se como suporte concreto, pois a pessoa com estomia intestinal recebe este amparo em todas as fases da doença. A família também desenvolve um papel fundamental, ao assumir o cuidado da desordem física e emocional e, além de oferecer proteção, conforto e afeto (MARTINS *et. al.*, 2015; KIMURA, 2013; ANARAKI *et. al.*, 2012; MIOTO, 2010). Deste modo, os relatos dos colostomizados dos grupos reforçam esta tese:

“Minha família me ajuda muito [...]”. (Flor de Anis)

“Graças a Deus minha família o tempo me ajuda.” (Bonina).

“Não sei que seria de mim, sem minha família [...]. É meu alicerce.”(Celestita).

O cuidado e as práticas em saúde e enfermagem devem abarcar a comunicação terapêutica que se estabelece entre os profissionais, pacientes com estomia intestinal e familiares, demonstrando o estabelecimento de uma relação baseada em confiança multilateral e a preocupação com a qualidade do acolhimento do paciente com estomia intestinal, bem como seus familiares, bem como seus cuidadores informais. Tal abordagem permite a individualização no atendimento favorecendo a resolução dos problemas e dificuldades destes pacientes com estomia intestinal e seus familiares. A adoção de tais medidas, demonstrada em estudos, chega a impactar tanto o tempo de internação pós-confecção da estomia intestinal, quanto a minorar os impactos da estomia nos domínios físico e psicológico dessas pessoas. (KIMURA, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; RECALLA *et al.*, 2013; ANARAKI *et. al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2011).

Segundo Kimura (2013), Caetano *et al.* (2013) e Nascimento *et al.* (2011), a educação em saúde é imprescindível para o processo de cuidar em saúde e enfermagem, resultando em uma assistência de qualidade, pois o enfermeiro, além de cuidador, é um educador, não apenas em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, mas para o paciente, seus familiares e cuidador informal. O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, carece reconhecer que a família é uma unidade de cuidado e de auxílio a essas pessoas, e desse modo deve ser incluída nas práticas de cuidado em saúde e enfermagem. Esse impacto é corroborado pelas transcrições das falas dos colostomizados, abaixo:

“As palestras da enfermeira me ajudou(sic) como cuidar da bolsa [...]” (Jade Branco).

“Fico em paz quando eu encontro a enfermeira, aí eu sei que vai me ajudar (sic).” (Safira).

“Toda vez que venho no ambulatório a enfermeira me orienta como cuidar da bolsa, (sic) [...]” (Gardéna).

Vale destacar que o cuidado humanizado ocorre a partir da interação dialógica entre enfermeiros/usuários e se proporciona como uma possibilidade de edificação de práticas assistenciais alicerçadas em um trabalho humanizado. Neste sentido, a criatividade do enfermeiro cuidador expede a inúmeras possibilidades de artefatos, sendo as danças circulares estímulos aos pacientes para aflorar por meio dos gestos advindos da dança. Logo, é evidente

a importância da dança circular no que concerne à humanização no cuidado de enfermagem (JÚNIOR *et al.*, 2014; RAMOS, 2002).

Ainda que escassos, um dentre os poucos estudos abordando a implementação das danças circulares como ferramenta de reabilitação à capacidade laboral, evidenciou significativo ganho de força física em 75% dos idosos submetidos à terapia de dança circular. Relatos quanto à melhora na massa muscular, massa óssea, aspectos posturais e, sobretudo, força física, são facilmente detectados nessas intervenções. Tais efeitos foram observados também nos relatos das pessoas com colostomia no grupo experimental estudado do presente estudo. Tais características da terapia da dança circular podem ser observadas na análise das transcrições das falas dos colostomizados, abaixo:

“Depois que comecei a fazer a dança, tenho mais força nas minhas pernas e nos braços [...]” (Gérbera).

“Estou mais disposta, minha força melhorou [...]” (Lírio).

“Percebi que minha força física está melhor. [...]” (Prímula).

A adoção da estratégia baseada na PDC gera benefícios de ordem física, psicológica e com capacidade de redução da ansiedade e estresse. Tais efeitos, ainda que também observados na realização da atividade física clássica se tornam importantes no manejo da pessoa com estomia intestinal, apresentando resultados normalmente elencados nos campos da minoração da dor física, incremento da sensação de bem-estar, melhora na qualidade do sono e, de forma geral, melhoria nos aspectos relacionados à QV (FRISON, 2011). Ainda que muitos destes sejam claramente subjetivos, é impossível ignorar as evidências trazidas à luz por pesquisas envolvendo as danças circulares como ferramenta terapêutica. Seguem, abaixo, segmentos das entrevistas que atestam tais características da terapia implementada:

“Foi muito bom essa dança. Antes era muito ansiosa [...]” (Acácia Branca).

“Sou uma pessoa estressada, quando estou danço sinto uma paz interior [...]” (Cravo Vermelho).

“Depois que comecei a dançar, parece que tudo melhorou[...]. Estou mais feliz” (Narciso).

“Não sabia que a dança iria me fazer tão bem[...]. Antes não conseguia dormir muito bem, agora durmo.” (Orquídea).

“Com a dança não sinto mais aquelas dores na minha costa (sic). [...] Até meu sono melhorou.” (Iris Azul).

Com relação à categoria *Bem-estar psicológico*, é importante considerar o peso e o impacto visual e psicológico da confecção da estomia intestinal, que, aos olhos da pessoa com estomia intestinal, configura-se quase como uma deformidade, em oposição à visão de se tratar de técnica capaz de prolongar a vida da pessoa com estomia intestinal.

Dentre os aspectos que sofrem interferência por parte da confecção da estomia, aspectos inerentemente individuais como a percepção de autoimagem e autoestima são severamente implicados, potencialmente culminando a estados de reclusão, isolamento social e constrangimento, podendo ainda incorrer em sentimentos de depressão e ansiedade em virtude da falta de identidade entre o novo estilo de vida a ser adotado pela pessoa com estomia intestinal, tornando imprescindível um sistema de suporte a ser gerado tanto pela família quanto amigos, bem como o serviços de enfermagem (SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; MAURICÍO; SOUZA; LISBOA, 2013; GRANT *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012). Neste sentido, são elucidativos os relatos que se seguem:

“ Como é difícil olhar no espelho[...].” (Crisântemo).

“Meu corpo mudou [...]. É muito triste, não sinto mais bonita.” (Bronzita).

“Não tenho um corpo normal [...]. É muito estranho ter uma bolsa grudada no corpo (sic)” (Jaspe Vermelho).

“Sinto que tiraram um pedaço do meu corpo (sic). Não é normal ter uma bolsa na sua barriga [...].” (Dente de Leão).

De acordo com Kimura, Kamada, Guilhem (2016), Salomé e Almeida (2014), Grant *et al.* (2013), Nascimento *et al.* (2011), Shabbir e Britton (2010) enfatizam que é possível entender que a pessoa com estomia intestinal experimenta alterações de ordem psicológica, além de social, física e espiritual, e vê sua imagem corporal distorcida, resultando em baixa

autoestima. Muitos desses sequer foram informados da confecção da estomia previamente, e há de se considerar que a presença de uma abertura no abdômen, por onde são eliminadas as fezes, rompe o padrão do esquema anterior sedimentado na infância, de domínio e controle voluntário, privacidade e autonomia. Ainda, a associação de complicações pós-confecção de estomia – tais quais retração, prolapso, dermatite – apresentam-se correlacionadas com o agravamento da redução da autoestima e piora na percepção da autoimagem.

Assim, a realização de uma estomia intestinal, como foi referida anteriormente, leva a ocorrências que transformam a vida cotidiana da pessoa com estomia intestinal. Estas mudanças percebidas pela pessoa com estomia intestinal, manifestam-se, desde a perda de um órgão altamente valorizado à diminuição da autoestima, bem como a alteração na imagem corporal. É por meio da imagem corporal que o indivíduo mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo, e sua modificação pode influenciar suas habilidades laborativas e seu desempenho social (COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ, ALMEIDA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; SHABBIR, BRITTON, 2010).

Nesta perspectiva, Coca *et. al.* (2015), Salomé; Almeida (2015), Kimura (2013), Knowles *et. al.* (2013) e Mahjoubi *et al.*, (2012) acrescentam que o impacto da presença da estomia intestinal determina alteração na imagem corporal, levando a diversas reações negativas e à diminuição da autoestima – que reflete intimamente na satisfação da aparência – , além da percepção de perda de vida pela pessoa com estomia intestinal, sobretudo de sentimento de constrangimento.

Complicações como medos, temores, dúvidas, autorrejeição, frustrações que levam na maioria das vezes à insegurança, à depressão, à ansiedade, o constrangimento e ao desinteresse pela vida, sentimentos comuns para a pessoa com estomia intestinal (SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; DANIELSEN *et al.*, 2013; GRANT *et al.* 2013; WONG *et al.* 2013; KIMURA *et al.* 2013; ANARAKI *et al.* 2012). Nesse sentido, torna-se necessária a vigilância para avaliar a depressão da pessoa com estomia intestinal, visto que este fator deve ser analisado antes e depois da confecção da estomia, em virtude de altos índices de pessoas com estomia apresentando depressão (TORRES *et al.* 2015; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; KIMURA *et al.*, 2013; GRANT *et al.* 2013; FORTES; MONTEIRO; KIMURA *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012). Evidências obtidas por meio das entrevistas das pessoas com colostomia apresentam robustez, conforme abaixo retratado:

“Às vezes bate aquele sentimento de depressão [...]” (Gerânio Escuro).

“Depois dessa bolsa sou uma mulher depressiva e ansiosa (sic).[...]”
(Jaspe).

“Como me sinto constrangido com essa bolsa (sic).[...]”
(Aventurina).

*“Não me sinto a vontade com essa bolsa [...]. Quando entro nos lugares
me sinto constrangida”* (Bardana).

Os colostomizados dos grupos experimental e controle que dentre as dificuldades encontra-se o autocuidado. Considerando este aspecto, a educação é de importância vital, ainda que a tendência seja de redução do tempo de internação, antecipando o quanto possível a alta do paciente pós-confecção de estomia. Tal processo deve considerar que grande parte das pessoas com estomia intestinal recebe pouca ou nenhuma informação no tocante ao autocuidado. Estudos evidenciam o nível de ansiedade experimentada pela pessoa com estomia intestinal ao lidar pela primeira vez com o dispositivo, em especial, mencionando a frustração ao ser incapaz de realizar a correta colocação da bolsa. A adoção de um programa de educação à pessoa com estomia intestinal, realizado de forma sistemática, capacitando, verdadeiramente, para o autocuidado, com informações quanto aos dispositivos, informações e orientações de nutrição direcionadas para a pessoa com estomia intestinal, são capazes de diminuir as dificuldades iniciais desses indivíduos que passam a viver uma nova vida, diferente daquelas as quais se acostumaram e consideram normais. Assim, fica evidenciada a importância da atuação do profissional de enfermagem, no auxílio à prevenção de complicações e em tornar a vida com a estomia mais manejável (COCA *et al.*, 2015; SALOM *et al.*, 2015; É SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; RECALLA *et al.*, 2013; KIMURA, 2013). Neste aspecto, os colostomizados contemplaram esta análise em seus depoimentos:

“ Ainda tenho muito complicado cuidar da bolsa [...]”. (Kunzita).

*“No primeiro dia que fui trocar a bolsa, não consegui. Foi uma tristeza
começo. Precisei da ajuda da minha esposa.”* (Margarida).

“ Quando vou limpar a bolsa tenho dificuldade [...]”. (Larimar).

O paciente tem a oportunidade, por meio do autocuidado, de participar diretamente do seu processo de reabilitação e adaptação diante da nova situação. As atividades de autocuidado são definidas como habilidades humanas para engajamento em ações, de modo a promover a QV, prevenir agravos e recuperar a saúde ou superar doenças e enfermidades (SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; KIMURA, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; MENEZES *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Ainda, observou-se nos discursos dos colostomizados dos grupos que, muitas vezes, a pessoa com estomia intestinal incorpora um estigma social, passando a ler a si mesmo como diferente, a ponto de duvidar da aceitação do seu novo estado frente à família, amigos e a sociedade, atribuindo a si até a incapacidade laboral. Nesse processo de alteração da percepção de si mesmo do ponto de vista psicológico, associado às alterações fisiológicas reais, torna-se um estorvo a visualização do dispositivo, que passa a representar, ao mesmo tempo, tanto uma nova chance de lidar com a patologia causadora, quanto o algoz que o leva a se depreciar. Isto faz com que a pessoa com estomia intestinal se sinta diferente, excluída, e experimente um senso de rejeição (MARTINS *et al.*, 2015; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA 2013; FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012; KIMURA *et al.*, 2009). Desta forma, as pessoas com colostomia relataram:

“Eu me sinto rejeitada (sic) [...]” (Labradorita).

“Tenho sentimento que as pessoas não querem eu perto (sic)”. (Malaquita).

“É o pior sentimento que uma pessoa pode sentir, é de que as pessoas não querem você perto.” (Pônia).

“Depois que coloquei a bolsa, tomo banho muitas vezes no dia, para evitar o mau cheiro. Mesmo assim não me sinto (sic) [...]” (Lisianto).

Nesse cenário, após a confecção da estomia intestinal, a pessoa se depara com uma nova realidade por se considerar ser diferente agora, enfrentando diversos estigmas. Segundo estudos de Martins *et al.* (2015), Kimura (2013) e Goffman (2004), determinadas intervenções cirúrgicas, ampliam a potencialidade do estigma social em virtude de seus odores e tipos de deformidades corporais, que impactam nas relações, no convívio social e na retomada das atividades laborais e cotidianas, com adaptações necessárias e ressignificação da sua vida.

Um dos pontos fortes dessa categoria foi a aceitação e a adaptação contidas nos relatos. Várias pessoas informaram terem sido submetidas à estomia por falta de opção e por muitas vezes, sequer sem consentimento prévio, enfatizando o impacto da readaptação do novo estilo de vida que deve ser adotado, tendo como fator dificultador o convívio com o equipamento coletor. Ainda que estes se mostrem impelidos a aceitarem a intervenção cirúrgica da estomia intestinal, o fato de estarem vivos e não se sentirem mais doentes, com dor ou com possibilidade de morte iminente, faz com que a ideia confecção da estomia intestinal se torne aceitável, tal qual observamos em estudos análogos (MARTINS *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; KIMURA 2013). Tais relatos representam o cenário acima representado:

“Não tive escolha. Ou eu usava a bolsa, ou morria com essa doença [...]”.

(Magnólia)

“Fiquei muito triste quando o médico disse, não tem outro jeito o senhor vai usar a bolsa (sic). Não foi nada fácil aceitar [...]”. (Perpétua)

“Não tenho outra saída. Preciso aceitar a usar essa bolsa. Melhor com ela do que morrer.”(Crocoíta).

“Não é fácil me adaptar com essa bolsa (sic) [...]”. (Cornalina).

“Foi um grande susto e desespero, quando eu acordei da cirurgia, já estava com a bolsa (sic) [...]”. (Gerânio Vermelho).

Sem prejuízo ao papel dos cuidados e serviços em saúde e enfermagem, o pilar familiar torna-se vital. Obviamente, a capacitação técnica dos familiares direta ou indiretamente envolvidos no cuidado da pessoa com estomia intestinal é, costumeiramente, pouco técnica, ainda assim, apresenta grande magnitude no processo de adaptação fisiológica, psicológica e social. Assim, o apoio familiar torna-se elemento subjacente à expectativa de melhora na QV da pessoa com estomia intestinal, haja vista que poucos familiares, essencialmente, os mais íntimos, terão a condição de acompanharem de perto a rotina da pessoa com estomia intestinal no seu processo de adaptação, sendo importantes referências de aceitação da nova figura pós-estomia, que objetiva viver com a estomia intestinal associada a melhor QV (MARTINS *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA 2013; ZHANG *et al.*,

2013; MENEZES *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2011). Os achados dessa análise de conteúdo estão em consonância com a relevância do apoio familiar nesse processo:

“Sem minha família não iria dar conta de aceitar a usar essa bolsa (sic)”. (Flor de Pessegueiro).

“Minha esposa e meus filhos me fez enxergar que se agora estou com eles, é porque eu fiz a cirurgia para usar essa bolsa (sic)”. (Heliodoro).

“ Com o apoio da família tudo fica mais fácil, mais leve(sic) [...]”. (Imperial).

Pari passu, a família representa a instituição mais antiga da sociedade, com vínculo de afetividade entre todos os envolvidos, que passam a cuidar da pessoa com estomia intestinal, não apenas fisiologicamente nos cuidados diários, mas em todas as outras dimensões, com ações protetoras de acalantar, confortar, ajudar e fazer pelo outro (SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA 2013; MIOTO, 2010).

Ademais, estudos trazem à luz evidências que a pessoa com estomia intestinal passa por um processo estruturado em quatro fases, sendo a final a da evolução da aceitação e adaptação, processo que deve ser construtivo; dependente da sua percepção da presença da estomia, implicando na sua aceitação, ainda que tal processo não dependa única e exclusivamente de si mesmo. Nesse aspecto, esta intensidade da sua aceitação torna-se dependente apoio e do estímulo que a pessoa com estomia intestinal precisa e espera, dos que os rodeiam, inclusivamente dos profissionais de saúde que são parte do suporte que lhes é apresentado. A pessoa com estomia intestinal demanda de cuidados que devem ser exercidos a fim de promover a sua independência, a melhora da sua QV, quer para si, quer para os seus familiares e os seus cuidadores (SALOMÉ *et al.*, 2015; RECALLA *et al.*, 2013; KIMURA, 2013; SANTANA *et al.*, 2010; LOBÃO *et al.*, 2009).

O apoio familiar à pessoa com estomia intestinal é fundamental para que ela consiga admitir a nova realidade. A família é considerada a primeira fonte de apoio e o grupo social mais próximo do paciente, e por isso deve ser abarcada no processo terapêutico. A família conhece os hábitos e preferências de seu membro, podendo, assim, fornecer informações para a elaboração e execução de um plano terapêutico de reinserção social e reabilitação, além de reforçar as intervenções indicadas pelos profissionais de saúde (SALOMÉ *et al.*, 2015; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; SOUZA; GOMES; BARROS; 2009; SAMPAIO *et al.*, 2008; VENEZES;QUINTANA, 2008).

No período pós-operatório imediato à confecção da estomia intestinal a precisão de cuidados é mais intensa, estabelecendo, assim, maior dedicação do familiar. A pessoa com estomia intestinal pode carecer de auxílio em seus cuidados básicos, como banho, alimentação, troca e limpeza da bolsa de estomia e curativos. Essa fase exige a reorganização e a adaptação à nova situação vivenciada, tanto do paciente quanto do familiar, pois demanda da família um conhecimento anteriormente desconhecido (CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012; SOUZA; GOMES; BARROS; 2009).

Por conseguinte, os autores supracitados ponderam que a adaptação depende do apoio, estímulo e compreensão encontrados no seio familiar ou nos profissionais de saúde que fazem parte do suporte social, acarretando influência na determinação da visão sobre a sua condição da pessoa com estomia intestinal, influenciando-a na retomada de sua vida. Tais observações são representadas abaixo:

“O médico explicou, que não seria tão complicado a usar a bolsa. O importante era minha vida [...]”. (Fúcsia)

“Minha família me ajudou a aceitar essa bolsa no meu corpo, também a enfermeira (sic) [...]”. (Cianita)

“Com o tempo fui aceitando essa bolsa [...]”. (Alecrim).

“Entendi que é melhor para mim usar essa bolsa (sic).” (Zircão).

As pessoas colostomizadas relataram, em ambos os grupos, a relevância dos serviços de enfermagem, tal como descrito em Martins *et al.*, (2015), Veenstra e Burnett (2014) e Anaraki *et al.*, (2012) a apresentação de um serviço de enfermagem, devidamente capacitado e especializado no manejo de pacientes com estomia intestinal, podem complementar o apoio familiar, bem como auxiliar na prevenção de potenciais complicações advindas das limitações técnicas da família da pessoa com estomia intestinal. Dessa forma, garante as melhores práticas no manejo dos dispositivos, cedendo orientações se acolhendo o paciente, estimulando a prática de hábitos saudáveis, oferecendo cuidados de enfermagem, práticas preventivas e, mais importante, humanizadas, que permitam a criação de um vínculo de confiança e autonomia. Tais observações são corroboradas pelos relatos abaixo elencados:

“Como é importante ter uma enfermeira no ambulatório, ela ajuda em tudo que preciso [...]”. (Papoila).

“A enfermeira tem muita paciência comigo, e vejo isso com todo mundo. Até explica o que devo comer (sic) [...]”. (Fenacita).

“A enfermeira me ajuda muito. Me ensina como devo trocar a bolsa e não ter irritação na pele (sic).” (Acácia).

“Desde o primeiro dia a enfermeira orienta como cuidar da bolsa [...]”
(Esmeralda).

Assim, muitos profissionais de enfermagem consideram o processo de cuidar em enfermagem da pessoa com estomia intestinal como um dos grandes desafios, tanto físico quanto mental, visto que ainda que consinta a confecção cirúrgica da estomia intestinal, o paciente poucas vezes apresenta total esclarecimento no que tange aos impactos psicossociais que a estomia pode vir a causar (MARTINS *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

A multifatorialidade das complicações advindas da confecção de estomia intestinal gera impactos indelévels na vida da pessoa com estomia intestinal, que nem sempre se livra do aspecto patológico, tendo, então, que lidar com aspectos de manejo da patologia causal da estomia intestinal, bem como às complicações relacionadas à nova realidade da pessoa com estomia intestinal. Nesse âmbito, além de todos os cuidados no manejo da doença e do dispositivo da colostomia, tem que lidar com suas fragilidades recém-adquiridas no que tange à segurança, autoimagem, autoestima e fobias. Outrossim, a adoção de terapias complementares às determinações médicas de manejo da doença e cuidados demandados pela estomia intestinal, podem minorar o impacto da intervenção sobre a pessoa com estomia intestinal (CORAZZA, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012). CATIB *et al.*, 2008).

Nesse mérito, a dança circular figura como ferramenta disponível para essa função. A prática da dança circular extrapola o espectro da atividade física por si só, permeando o campo da psicologia, com capacidade de levar a pessoa trocar experiências, vivências, sensações (RAMIRES, 2012; OSTETTO, 2009; WOSIEN, 2000). Normalmente, em função da reclusão social, foram reduzidos ou tornados completamente ausentes nas fases iniciais

pós-confecção da estomia intestinal (KIMURA, KAMADA, GUILHEM, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013).

Logo, a implementação da dança circular como ferramenta terapêutica destinada a auxiliar a pessoa com estomia intestinal a reencontrar-se na nova forma, extrapolando os aspectos fisiológicos, bem como auxiliar a reencontrar a leveza no viver que fora subtraída com a confecção da estomia intestinal parece promissora. Esses breves momentos de interação, harmoniosa e ritmada, integram o grupo em uma vivência de unidade e paz que transcende o momento da atividade da dança, permeando-se para o cotidiano e dando força para a adaptação dessa árdua jornada. Nessa perspectiva, estudo discorre que a dança circular apresenta funcionalidade para o manejo das complicações advindas de doenças, podendo influenciar positivamente nos sentimentos de confiança, igualdade e apoio mútuo, possibilitando o crescimento, autoconceito, autoestima, e na autoimagem (CORAZZA, 2014). A transformação da visão dessas pessoas com colostomia do grupo experimental se tornam claras ao analisarmos as declarações que seguem:

“Esqueço que uso a bolsa quando eu danço. Me sinto mais feliz e bonita (sic) [...].”
(Lilás).

“A dança me fez sentir mais bonita. Me sinto mais leve [...].” (Flores do Campo).

“Com dança deixei de ficar tão preocupada com a bolsa. [...].” (Giesta).

“ A dança me fez sentir mais prazer para viver[...].” (Beladona).

“ Antes de dançar não tinha ânimo para levantar da cama, batia aquela depressão [...] Agora com a dança até esqueço que tenho depressão[...].”(Olvina).

No que tange à categoria BES nas entrevistas concedidas ao investigador, observa-se a confirmação de Kimura (2013) de que o princípio humano da tendência à sociabilização é fator preponderante no bem-estar social, portanto, qualquer desconforto do ponto de vista da integridade física e psicológica passa a alterar o anseio de socializar-se, levando a distorções na percepção de autoimagem, implicando em tendência a isolamento. A resolução das dificuldades encontradas pela pessoa com estomia intestinal agrega sentimentos de confiança, de prazer em conviver com familiares, amigos e no ambiente social, em não se sentirem rejeitados por outras pessoas e ser compreendido, fornecendo, de tal modo, gerando um suporte de adaptação contínua à condição de ser estomizado intestinal.

Segundo Kimura, Kamada, Guilhem (2016); Salomé, Almeida (2014); Kimura *et al.*, (2014), Grant *et al.*, (2013), para as pessoas com estomia intestinal, o impacto da alteração no corpo físico e o sofrimento concorrente ao processo de autoaceitação implica em distorções imediatas nas relações pessoais do paciente com estomia intestinal. Tanto em função do novo estilo de vida atrelado a presença do dispositivo de colostomia, quanto pelos novos hábitos com os quais até então eram desconhecidos, resultado no prejuízo do desempenho social, assim como das relações pessoais. Em virtude da alteração negativa do autoconceito, segundo a percepção da pessoa com estomia intestinal, muito disso se dá em virtude do medo do julgamento externo frente a seu quadro, leva à ocultação de quaisquer evidências da estomia, inclusive acarretando fragilização do impulso de socialização, buscando a redução do contato com novos indivíduos temendo expor sua condição de estomizado, resultando no comprometimento da QV (CARVALHO *et al.*, 2015; COCA *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALLES; BECKER; FARIA, 2014;). Conforme relatos:

“Tenho vergonha de conhecer novas pessoas [...]” (Rosa príncipe negro).

“Você acredita que algumas pessoas não sabem que uso essa bolsa [...]”. (Ônix Vermelho)

“Não me sinto à vontade de ficar perto das pessoas, tenho vergonha da minha bolsa de colostomia [...]”. (Quartzo Rosa)

“Evito conversar com pessoas que não conheço”. (Íris Amarelo)

Dentre os impactos observados como produto da confecção da estomia intestinal, observa-se a restrição nas atividades recreativas e esportivas, conforme demonstram grande parte dos relatos dos entrevistados. Tais dados sugerem que a pessoa com estomia intestinal sente que sua vida útil e produtiva poderá sofrer prejuízo nas atividades de cotidianas e da sua vida prática; e na esperança em retornar às funções normais. Seguem alguns dos frequentes relatos capturados:

“É muito complicado de ir em festas. Muitas vezes não tenho como usar o banheiro [...]”. (Flor de Romãzeira).

“Depois que comecei a usar essa bolsa, parei de jogar meu futebol [...]”. (Opala)

“ Quase todo final de semana ia com minha família no clube. Agora com essa bolsa parei de ir (sic) [...]”. (Quartzo Azul).

“ Quase todo feriado viajava. Fica difícil com a bolsa [...]”. (Turmalina).

“Sinto muito vergonha dos outros, a bolsa de colostomia não me deixa a vontade (sic)”. (Flor de Laranjeira)

As atividades recreativas e esportivas, como: realização de viagem, atividade física desportiva, entre outras análogas, sofre com redução de frequência, encaminhando a pessoa com estomia intestinal à ociosidade e ao sedentarismo. Tais limitações atribuídas a si, enquanto pessoa com estomia intestinal, correlaciona-se mais à insegurança no tocante aos coletores e aspectos de vergonha e medo de problemas gastrointestinais, mas também a problemas de ordem física (SPEED-ANDREWS *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2013).

Como fruto desse processo, uma abordagem centrada na capacidade de reabilitação social, familiar e laboral deve ser o cerne do acompanhamento da pessoa com estomia intestinal, com importante foco nas atividades lúdicas. O impacto dessas novas restrições atinge tanto os previamente sedentários, quanto os que porventura tenham decidido que o evento da estomia seja um marco para mudança de estilo de vida. Contudo, a insegurança frente a potenciais acidentes com o dispositivo coletor deve ser uma ferramenta nas práticas de cuidado em saúde e enfermagem, visando oferecer condições para que a vida atual da pessoa com estomia intestinal possa ter os componentes necessários para ser considerada plena, dentro de suas condições fisiológicas com restrições (SALOMÉ *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; RECALLA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Ainda alguns estudos discorrem sobre a mácula causada pela confecção da estomia intestinal que se correlaciona com a percepção própria de perda da capacidade produtiva e laboral, implicando em agravamento do risco de isolamento social, internamente justificado pelas complicações atreladas ao equipamento coletor e a liberação de gases, vazamentos e eliminação de odor pelas fezes. Essas complicações acabam fundamentando o receio da pessoa com estomia intestinal de tornar pública a sua condição de pessoa deficiente e enfrentar a possibilidade de ser rejeitada. Tal receio, fortalecido nas fragilidades inerentes à pessoa com estomia intestinal, leva à restrição ou a eliminação do contato com os membros da comunidade. Ainda, que no campo social, a pessoa com estomia intestinal tem a preocupação

em conservar tal estomia sob sigilo, fortalecendo ainda mais a tendência ao isolamento social. (KIMURA; KAMADA; GULHEM, 2016; SALOMÉ *et al.*, 2015; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014; MAURICÍO; SOUZA; LISBOA *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Esses fatos são, na realidade, esperados, levando-se em consideração que não é só do ponto de vista estético que há comprometimento com as consequências de prejuízo no convívio social dessas pessoas, visto que perder parte do corpo é tão traumatizante quanto perder a sua autonomia (CARVALHO *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013). Os trechos que seguem provenientes das entrevistas corroboram tais observações:

“ Não gosto de sair. Essa bolsa me atrapalha (sic) [...]” (Azálea).

“ Como é difícil de sair de casa com essa bolsa (sic) [...]” (Tamzanita).

“ Não teve jeito agora não trabalho mais [...]” (Selenita).

“ Minha vida mudou, era muito feliz quando eu trabalhava [...]” (Acácia Amarelo).

Dentre os impactos esperados da confecção de uma estomia, é impossível deixar de considerar o impacto sobre o aspecto financeiro da pessoa com estomia intestinal e seu núcleo familiar. Os custos diversos, ainda que majoritariamente cobertos pelas iniciativas governamentais de apoio a pessoa com estomia intestinal, geram significativo impacto em virtude de atividades acessórias como o deslocamento para a realização das práticas, consultas, entre outros. Tais desafios financeiros já previamente descritos em Grant *et al.* (2012) encontram-se em consonância aos achados do presente estudo, evidenciando-se que os aspectos de desafios financeiros, a logística de deslocamento em viagens associado ao impacto do mesmo a questões como desconforto da estomia em si e das potenciais complicações em eventos sociais.

Concomitantemente, a questão orçamentária aparece com importante fator derivado da estomia intestinal, essencialmente pelo impacto na redução da capacidade laboral da pessoa com estomia intestinal, implicando impacto direto na disponibilidade de recursos financeiros e pela crescente demanda exigida na vida pós-estomia (IQBAL *et al.*, 2016). Os trechos que seguem provenientes das entrevistas corroboram tais observações:

“Não consigo mais fazer meus bicos (sic) [...] Só com essa aposentadoria tenho muito problema financeiro” (Axinite).

“ Tenho muitos problemas financeiros[...].” (Agerato).

“ Bem que eu gostaria de viajar e fazer outras coisas (sic) [...]. Mas com esse dinheiro fica difícil [...].” (Espinela).

Relatos captados que abordavam as atividades sexuais denotam alteração no comportamento relacionado à capacidade sexual e afetiva, encontrando-se intimamente relacionada a perversão do autoconceito e a consequente alteração da imagem corporal, diminuição da autoestima e da percepção perturbada de atração sexual (KIMURA *et al.* 2014; SOUSA *et al.* 2013; GRANT *et al.*, 2013; KIMURA *et al.* 2013; KNOWLES *et al.* 2013; ANARAKI *et al.* 2012). Assim, ao serem inquiridos quanto às implicações da estomia intestinal na sua intimidade, expressaram-se conforme os relatos a seguir:

“É difícil falar de sua intimidade. Mais é isso, não tem jeito o sexo mudou com minha mulher (sic) [...]”. (Violeta)

“Sinto que meu esposo me toca e me toca diferente (sic) [...]. Sinto vergonha e suja”. (Acônito).

“Me sinto ainda constrangida do meu marido me ver nua (sic) [...]”. (Fluorita)

“ O sexo não é o mesmo[...]. Não tenho mais liberdade com minha namorada. Fico preocupado da bolsa vazar. “ (Opala de Fogo).

“ Depois que coloquei a bolsa, fiquei seca, a enfermeira disse que é pode acontecer[...].” (Dolomita).

Não obstante, fica claro que a atividade sexual da mulher estomizada tem impacto em razão de dificuldades causadas pela própria cirurgia, que também pode ocasionar disúria, dores durante o ato sexual, incontinência urinária, e redução ou perda da libido. Adicionalmente, não se pode desconsiderar a interferência nos aspectos emocionais, em especial, nas relações próprias da pessoa com estomia intestinal quanto à aceitação do parceiro e sua satisfação, e na geração um senso diminuído de higiene (KIMURA *et al.*, 2014;

SALLES, BECKER, FARIA, 2014; REPIĆ; IVANOVIĆ, 2014; KNOWLES *et al.* 2013; SOUSA *et al.*, 2013; KIMURA *et al.*, 2013).

Tais observações incrementam significativamente a magnitude do apoio familiar e dos amigos, em especial frente ao fato de que as pessoas com estomia intestinal são afetadas tanto pela condição clínica comprometida pela patologia de base e cirurgia mutilatória, quanto pela necessidade de cuidados específicos com os equipamentos. Nesse cenário, o núcleo familiar, bem como os amigos, constitui a proteção social, que reconhecidamente tem um papel fundamental no processo de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde (MARTINS *et al.*, 2015; SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOME, MARTINS, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

Nesses termos, a importância das relações afetivas familiares e de amigos é evidenciada, no âmbito de operarem como suportes essenciais para BES da pessoa com colostomia, tal qual observamos nos relatos abaixo:

“Como é bom ter amigos. Foram e são muitos importantes para superar essa fase da minha vida [...]”. (Cravo branco)

“É muito bom contar com uma família(sic) [...]”. (Betonica)

“Sou muita grata com minha família e amigos. Sempre me apoiando [...]”.
(Sodalita)

“Meus amigos não me deixa ficar triste [...]”. (Variscita)

Ainda que o impacto demonstrado anteriormente no espectro sexual seja significativo, achados demonstram o companheirismo em relação à atividade sexual, como sendo uma subcategoria positiva, deste modo a sexualidade é uma função ampla que abrange aspectos biológicos, psicológicos e sociais. No cenário específico, o envolvimento entre as pessoas é, ou deveria ser lastreado na forma de respeito, companheirismo, admiração e amor recíproco (KIMURA *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2014, SOUSA *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

Além disso, a parceria sexual é parte essencial da sexualidade que pode ser elemento positivo ou negativo no estreitamento e na cumplicidade do bem-estar do casal. Deste modo, quaisquer modificações que ocorram na sexualidade das pessoas com estomia intestinal se mostram tão profundas e mutiladoras que o ato sexual em si, assume caráter secundário, sendo plenamente substituível por uma profusão de sentimentos correlatos, como amor,

carinho, respeito e companheirismo (KIMURA *et al.*, 2014, SOUSA *et al.*, 2013, KIMURA *etal.*, 2013). Os relatos dos colostomizados a seguir corroboram tal visão:

*“ Minha esposa me aceito como estou”. O tempo inteiro fala palavras de carinho
[...] (Amor Perfeito).*

*“ Minha mulher cuida muito bem de mim. Ela disse o que aconteceu comigo foi uma
prova de amor para o nosso casamento[...]” (Água Marinha).*

*“ Amor é respeito, companheirismo tudo isso encontro no meu esposo.”(Buquê de
Noiva).*

Não é possível deixar de considerar o papel da dança como ferramenta de exposição às restrições sociais e com o aspecto de lidar com problemas. De acordo com Ramos (2013), a dança circular, do ponto de vista educacional e social, tem valor inestimável, pois, no círculo da dança, somos levados por uma energia que nos torna iguais e que nos faz lidar com o erro de maneira leve e construtiva.

Ainda, a autora supracitada aponta que a característica mais marcante que pode ser observada do ponto de vista terapêutico, integrativo, é a que diz respeito à disposição geral, ao humor. Tal informação encontra-se em consonância com o declarado por Berni (2013), apontando para o fato que pessoas sofrendo algum estado de depressão são, gentilmente, levadas a vivenciar as qualidades da alegria e do bem-estar; uma alegria e um bem-estar que parecem se instalar com certa permanência, de forma a tornar as pessoas mais calmas e felizes.

Os relatos das pessoas com colostomia do grupo experimental confirmam esse achado:

*“ A dança me ajudou muito [...]. Antes saia muito pouco, agora conto os dias para
estar aqui (sic).” (Amarflis).*

*“ Nos dias da dança é muito bom. Fico muito feliz, bato papo. Coisa que não fazia
antes (sic) [...].” (Clematite).*

*“ Não me sinto mais sozinha, essa dança foi a melhor coisa que aconteceu comigo
(sic).” (Dália Amarelo).*

Em relação à categoria *Bem estar espiritual*, os relatos evidenciaram que a espiritualidade pode impactar de maneira negativa. De acordo com Kimura (2013) e Bulkley *et al.*, (2012), a fé religiosa pode assumir papel importante na influência da recuperação do paciente; tal influência, contudo, é notadamente negativa, principalmente, quando, por exemplo, atribuem a Deus toda responsabilidade sobre seu futuro, e frente a premissa da predestinação, acaba por diminuir a adesão ao tratamento.

Além do mais, a espiritualidade pode contribuir com aspectos desfavoráveis à saúde dos indivíduos. Recentemente, alguns pesquisadores discutem que a religiosidade gera níveis patológicos de culpa, diminui a autoestima e possui ideologias voltadas para a repressão da raiva (MELO *et al.*, 2015; MEDEIROS, 2010). Por outro lado, a crença em um Deus majoritariamente punitivo, conforme alguns relatos contrapõe-se a iniciativas por parte da pessoa com estomia intestinal em acreditar no destino e na capacidade de conseguir superar determinado obstáculo. Portanto, adicionalmente à religiosidade, outro recurso pessoal importante a ser utilizado pela pessoa com estomia intestinal é o compromisso, posto que o enfrentamento dos desafios encontrados no cotidiano se torna mais fácil (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA, 2013; SILVA; BULKLEY *et al.*, 2013).

Nesse âmbito, as pessoas com colostomia em ambos os grupos expressaram-se conforme os relatos a seguir:

“Tenho fé Deus já curou (sic)”. (Camélia vermelha)

“ Tudo é vontade de Deus[...]. Tive que passar por isso (sic)”. (Adelfa)

“Perguntei várias vezes por que Deus me castigou. Oque eu fiz, para merecer isso [...].”(Azurita).

Tendo como referência o suporte religioso, os resultados evidenciam a relação direta entre o domínio BEE e os sentimentos de paz interior, esperança e motivação para viver, os quais permitem a detecção de preponderância da religiosidade na estruturação do aspecto espiritual. Tais eventos permitem ainda a aceitação de forma menos traumática das mudanças geradas pela estomia e o estabelecimento de uma nova condição de vida (TORRES *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2014; GRANT *et al.*, 2013; BALDWIN *et al.*, 2013).

Nos estudos de Kimura (2013) e Grant e seus colaboradores (2013), são observadas evidências que corroboram a hipótese de que pessoas com estomia intestinal contam com

aspectos de religião e apoio espiritual como arrimo emocional para o enfrentamento do cenário pós estomia, sendo capazes de manter a esperança frente a condições adversas e conflitantes. Entre os relatos observados no grupo experimental, temos os seguintes exemplos de tais informações.

“Sou uma mulher de fé. Se não minha esperança e a vontade de viver não tinha mais(sic) [...]” (Frésia).

“A esperança e a paz são sentimentos que acompanham minha vida” (Íris Branco).

“O que me faz viver é a esperança e a paz. [...]” (Pedra de Sol).

“Deus me sustenta todos os dias dando fé, esperança e paz (sic) [...]” (Cravina).

De acordo com as falas dos grupos das pessoas com colostomia, é importante frisar que a religiosidade é considerada um apoio espiritual, proporcionando fundamentação para as ideias de esperança e para o enfrentamento de situações adversas e conflitantes. Os colostomizados mencionaram que buscam ajuda em um ser superior para lhes dar força e, sobretudo, esperança para superar as situações difíceis. Essa serve de referência para as concepções gerais, embasa os significados da experiência intelectual, emocional e moral, tanto para o indivíduo como para o grupo (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; SILVA; BULKLEY *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013).

De forma geral, o apoio de Deus em diversos momentos pelos quais passaram, especificamente após receberem a notícia da necessidade da estomia, se torna ferramenta regularmente utilizada, de acordo com o que observamos nos relatos abaixo:

“Minha fé aumentou [...]”. (Vitória Régia)

“Deus na minha vida é minha fortaleza (sic) [...]”. (Sálvia)

“Tenho muita fé em Deus, por isso continuo firme (sic)”. (Hematita)

“Não vejo a vida sem esperança [...]”. (Pedra de Sol)

“A minha vida espiritual com Deus me traz esperança [...]”. (Morganita).

Além disto, evidenciou-se que a fé ou a busca pela ajuda divina fazem com que a pessoa se lance à procura de recursos para o enfrentamento de sua luta diária. O aproximar-se de Deus suscita forças para suportar suas vicissitudes (KIMURA, 2013; SILVA; BULKLEY *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013). Portanto, os colostomizados em ambos os grupos, buscam na religiosidade, forças para superar os obstáculos, procurando encarar de forma mais amena a situação de ser uma pessoa com estomia intestinal.

Outro fator importante é dissociar a religiosidade da prática religiosa. Essa última, ainda que na presença da religiosidade, pode alterar a forma como a pessoa com estomia intestinal vê os obstáculos e desafios que virão. Nesse ponto, a tomada de ação ativa no sentido de participar dos ritos religiosos contribui para o enfrentamento da patologia, elevam os níveis de aderência ao tratamento, reduzem a percepção do estresse e da ansiedade por meio da reflexão (IQBAL *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2014; FORTES, MONTEIRO, KIMURA, 2012; CHUM *et al.*, 2012).

Tal procedimento auxilia na busca de um significado para a situação vivida, conforme vemos nos relatos abaixo:

“ Nas missas me sinto bem [...]”(Olho de Tigre).

“As campanhas da minha igreja me dá força e fico com mais fé (sic)”. (Amazonita)

“ Quando vou na igreja fico em paz [...]”. (Turmalina negra)

Um estudo realizado com um grupo de colostomizados, veteranos de guerra, concluiu que a religiosidade/espiritualidade, além de melhorar a QV espiritual, pode auxiliar os enfermeiros na prestação de cuidados holísticos (KIMURA *et al.*, 2016; KIMURA *et al.*, 2013; BARBUTTI *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2013). Desta forma, a compreensão das necessidades espirituais das pessoas com estomia intestinal é parte importante da prestação de cuidados e do acolhimento buscando minorar o sofrimento. Ademais, a implementação de capacitação para uso da sensibilidade, em especial, a costumes que diferem dos tradicionais, é imprescindível para perceber e compreender como diferentes tipos de crenças religiosas podem auxiliar nos cuidados espirituais adequados.

Outrossim, Kimura (2013) discorre, ainda, que é fundamental para a enfermagem ter uma visão mais ampla de espiritualidade, associada à maturidade e habilidade no reconhecer

as demandas alheias, especialmente quando as crenças do outro diferem da sua. Para tanto, é necessário que os profissionais fiquem mais próximos dos pacientes para que o cuidado seja integral e abrangente, não somente o corpo, mas também a mente e o espírito.

Na pesquisa realizada por Costa (2014), evidencia-se que a natureza da espiritualidade vivida por muitos participantes foi descrita como uma maneira de se sentir conectado com algo maior que eles mesmos, com a maior matriz da vida, ou o "divino". Além disso, os participantes reforçam que a dança foi considerada um meio para estar em contato com "algo maior".

A avaliação da intervenção pela dança circular nas pessoas colostomizadas do grupo experimental deve, primeiramente, ser colocada em contexto. Primitivamente, a dança constituía um meio de expressão própria para os homens era sua comunicação. Por meio de movimentos corporais livres, ele expressava ritmicamente seus sentimentos, comunicando-se com seu semelhante, e criando, assim, formas de pensar sentir e agir no espaço e no tempo. A dança, enquanto linguagem nasceu da espontaneidade expressiva dos gestos (BONETTI, 2013).

O homem dançou para expressar seus sentimentos mais profundos, enraizados em todas as suas experiências vitais. Dançava o seu cotidiano buscando o contato com o que eles sentiam que havia sido separado dele – Deus. A sua dança expressava as emoções vividas na busca da transcendência, por meio dos temas do Amor, da Morte, das Guerras, de Deus, etc. (BONETTI, 2013).

A concorrência dos fenômenos de isolamento e sofrimento pode tornar a abordagem dessas questões junto à pessoa com estomia intestinal bastante difícil, especialmente, se considerarmos a dificuldade em verbalizar tais sentimentos. Daí nasce a importância da adoção de linguagem não verbal, fazendo usufruto da dança circular como ferramenta de resgate do valor próprio e da identificação em seus novos sentimentos e sensações que caracterizam o estado de "ser" estomizado intestinal. Tal medida implica o despertar de aspectos como religiosidade, esperança na cura, fé, agradecimento, dentre outros sentimentos positivos que tornam a vivência da estomia intestinal menos dolorosa e mais contextualizada como uma intervenção curativa do que punitiva.

Os registros das entrevistas, abaixo elencadas, denotam tal percepção da dança circular no BEE:

“Nunca pensei que a dança iria me fazer tão bem. Até minha fé em Deus aumentou, sinto paz quando eu danço [...]” (Morganita).

“Aqui na dança fico olhando para esse céu lindo, ouço o canto dos pássaros. E agradeço a Deus [...]”. (Quartzo verde)

“Quando eu danço, olho essa natureza linda. Ai (sic) tenho certeza o quanto Deus é maravilhoso [...]” (Azaleia Rosa).

Além de todo o exposto, vale ressaltar que a pessoa com estomia intestinal enfrenta diversos obstáculos no cotidiano, como previamente apresentados, em especial de ordem de limitações sociais, seja por medo da eliminação de gases ou vazamento de material fecal, tanto por falha no controle voluntário, mas também por motivos outros, de força maior, tais como desvios de qualidade e segurança das bolsas de colostomia, fatos estes que acabam por deflagrar uma fobia da exposição social, gerando as complicações aqui abordadas nas dimensões física, psicológica, social e espiritual (SALOMÉ *et al.*, 2015; KIMURA *et al.*, 2014; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; GRANT *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

As falas dos participantes revelaram importantes faces de sentidos subjetivos que permitiram a compreensão de pormenores referentes ao impacto da colostomia, bem como da PDC, sobre a QV. Tal medida propiciou a detecção de categorias e subcategorias alinhadas com as obtidas por meio do questionário *COH-QOL-OQ*, contudo, com uma riqueza emocional, mas, profundamente explorada. Esta análise permitiu compreender que a convivência com a colostomia, torna-se um espaço permanentemente implicador de subjetividade. Sobretudo, a análise dos sentidos subjetivos dos participantes mostrou-se profícua para a percepção da QV, bem como as relações no cotidiano da pessoa colostomizada influenciadas por diversas outras que ocorrem em outros cenários de representações sociais envolvendo as pessoas colostomizadas.

Nos depoimentos dos participantes, observa-se a cada momento a importância da compreensão da relação íntima entre a subjetividade individual e a social, gerando categorias e subcategorias, ora relacionados à percepção de si mesmo, ora em relação à percepção de si pela sociedade, havendo uma miscelânea de sentimentos, demonstrando a difícil desagregação das duas faces observadas por Rey (2003).

Entre os achados, vale destacar que a estomia intestinal também tem sido associada à diminuição da satisfação com a autoimagem corporal, distúrbios de sono, alteração na

sexualidade, interação social reduzida e aumento do desconforto. Essas questões são particularmente importantes na pessoa com estomia intestinal. Ademais, tais indivíduos podem ser afetados por complicações na estomia ou no periestoma associado à localização precária da estomia, irritações de pele, ruídos e vazamentos (KIMURA *et al.*, 2016; SALLES; BECKER; FARIA, 2014; KNOWLES *et al.*, 2013; GRANT *et al.*, 2013; ANARAKI *et al.*, 2012).

Outrossim, Kimura (2013), evidencia a importância de se considerar que a assistência de saúde deve ser realizada nos seus três níveis de atenção, necessita de maior integração, melhorando o acesso e o encaminhamento para a resolução dos problemas, bem como, assegurar o devido seguimento após o tratamento. De tal modo, as pessoas com estomia intestinal carecem de cuidado, políticas e práticas em saúde e enfermagem pautadas em excelência, assim resultando em maiores chances de reabilitação e reinserção social, o que implica o resgate da QV dessas pessoas. Desta maneira, é possível conhecer a percepção da QV, bem como a realidade biopsicossocial da pessoa com estomia intestinal. Assim, permite-se ao profissional de saúde, em especial, o enfermeiro programar ações preventivas, identificar necessidades e estabelecer prioridades de atuação, com base nas abordagens teóricas, planejamento e avaliação na gestão de sistemas, de modelos de atenção e de serviços e de enfermagem. Além, na produção, desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde, educação e ética. A par do conhecimento desta realidade, poderá resultar a efetiva assistência integral à saúde da pessoa com estomia intestinal, bem como a consequente melhoria da sua QV.

Face ao exposto, na análise da caracterização da percepção das pessoas colostomizadas, percebeu-se que os percalços enfrentados em ambos os grupos afetam, significativamente, Bem-estar físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar social e Bem-estar espiritual. Assim, dentro de uma perspectiva qualitativa observa-se que, segundo a análise de conteúdo, existem mais subcategorias positivas que negativas quando analisado o grupo controle em comparação ao grupo experimental em função das PDC's. Portanto, acredita-se que esses achados foram encontrados em razão da realização de um estudo de abordagem qualitativa, o que permitiu compreender com maior profundidade o contexto vivido por essas pessoas colostomizadas, as suas dificuldades e as suas possibilidades, além de evidenciar os possíveis efeitos positivos, sejam de ordem direta ou indireta, da dança circular sobre a QV dessas pessoas.

Contudo, pode-se considerar que as danças circulares são uma prática que procura unir as pessoas em um único objetivo de dançar, respeitando as limitações e diferenças de cada um e apoiando os demais integrantes da roda. Os depoimentos dos participantes das rodas, bem como a experiência pessoal dos participantes desse presente estudo, ilustram bem os benefícios proporcionados pelas PDCs para a saúde física, psicológica, social e espiritual. Além do mais, baseados nas observações e experiências, que por meio das PDCs pode se vivenciar muitas emoções sem o recurso da palavra; a dança se torna extremamente simbólica por meio de músicas, gestos, representações que exprimem muita riqueza e vitalidade.

Observou-se que a utilização de momentos empíricos específicos foi positiva para a pesquisa realizada, permitindo a apreensão de sentidos subjetivos de diferentes maneiras, de forma mais completa e íntegra, destacando a naturalidade e a reflexão baseada na exposição das experiências de vida como fator complementar as características objetivas obtidas por outro instrumento aplicado. Para mais, o conceito de sentidos subjetivos permitiu a produção de conhecimentos refinados sobre o impacto da colostomia na QV que dificilmente seriam acessíveis por meio de métodos empíricos tradicionais. Há de se ponderar que a atenção dada a cada participante, bem como os significados e emoções descritas nos depoimentos capturados admitem a identificação de elementos que integrados conduzem à descoberta de sentidos subjetivos que estruturam a vivência desses participantes.

De mais a mais, foi possível ainda observar que os sentidos subjetivos apreendidos em um dado espaço social afeta significativamente os demais espaços sociais dos quais o sujeito participa, sendo este também afetado pela subjetividade existente em tais espaços. Por conseguinte, tem-se o entendimento de Rey (2003), ao discorrer sobre a subjetividade como sendo um sistema complexo, que implica e deriva de maneira simultânea nos planos individual e social. Outrossim, a subjetividade dos participantes, é influenciada por sentidos subjetivos relacionados a outros espaços sociais, principalmente, a família e a sociedade. Nesse sentido acredita-se existir uma inter-relação constante entre os diversos espaços sociais dos quais os sujeitos participam.

5.10 ANÁLISE DA BIOIMPEDÂNCIA DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL)

Atendendo o primeiro objetivo exploratório, a determinação das características antropométricas de um indivíduo é ferramenta importante na caracterização de efeitos potencialmente advindos das PDCs, em especial para determinação e correlação com os impactos das mesmas sobre aspectos bioquímicos do indivíduo estudado. Contudo, em função

dos custos envolvidos e da logística demandada para pleno aproveitamento dos dados, o presente estudo considerou como desfecho exploratório tais dados aqui abordados (FETT; FETT; MARCHINI, 2006).

No tocante aos aspectos envolvendo a caracterização antropométrica por bioimpedância, é esperada pouca alteração, haja vista o reduzido gasto energético envolvido em práticas integrativas como *Tai Chi Chuan* ou dança. Contudo, é salutar lembrar que o simples fato do emprego de tais movimentos, de forma regular, pode incrementar significativamente o repertório de programas motores no cérebro, eventualmente, servindo para treinar vários sistemas de equilíbrio a ponto de promover um maior equilíbrio (LI; HONG; CHAN, 2001).

Tal observação faz sentido do ponto de vista das observações de melhora do bem-estar físico, contudo, não devemos esperar que a implementação da PDC possa contribuir direta e efetivamente para a redução de peso total, tampouco redução da massa gorda. Importante analisar que, dentro do contexto de redução da QV e suas implicações sobre o estilo de vida da pessoa com estomia intestinal, quaisquer medidas que gerem incremento de mobilização da pessoa com estomia intestinal, deve ser considerada como positiva, especialmente considerando que a tendência previamente apresentada do processo de confecção de estomia intestinal é o isolamento social e, normalmente, a redução da mobilização, trazendo consigo todos os ônus relacionados ao sedentarismo (ANARAKI *et al.*, 2016; BALDWIN *et al.*, 2009; FETT; FETT; MARCHINI, 2006; LI; HONG; CHAN, 2001).

5. 11 ANÁLISE DA AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA DO GRUPO EXPERIMENTAL (TEMPO FINAL)

Já o segundo objetivo exploratório, a caracterização bioquímica como desfecho exploratório do presente estudo, buscou compreender o perfil pós-implementação da PDC sobre algumas análises de rotina. Os presentes resultados, ainda que complementem a caracterização dos efeitos gerais da implementação das PDCs, não podem ser extrapolados como fruto isoladamente da implementação das PDCs, servindo, no entanto, à proposta de gerar hipóteses complementares envolvendo a PDC e seu impacto do ponto de vista fisiológico.

Considerando tais premissas, inicia-se a apreciação dos dados referentes ao perfil da proteína C reativa frente à PDC. Os valores médios observados na amostra de pessoas com

colostomia demonstrou tendência à normalidade, com 33% dos indivíduos demonstrando elevação de seus valores séricos à níveis acima da normalidade.

Dado o baixo impacto da atividade física em questão, tais elevações apresentam-se potencialmente relacionadas com a resposta fisiológica frente ao exercício físico, não correlacionada com aspectos patológicos. Tal fato é corroborado pela proximidade temporal entre a intervenção e a coleta por venopunção, e, sendo a Proteína C Reativa um importante marcador pró-inflamatório, é esperado que eventos relacionados com atividade física estejam positivamente correlacionados com sua elevação (KASAPI; THOMPSON, 2005).

O mesmo perfil de normalidade foi observado nos dados referentes à glicemia do paciente, sendo que somente 3 (três) deles estavam em estado hiperglicêmico, fato esperado pela presença de pacientes diabéticos no grupo. Contudo, um dos pacientes em especial, apresentou valores de 313 mg/dl, excessivamente elevado, caracterizando a presença de patologia relacionada ao controle glicêmico, necessitando de aconselhamento e revisão da dosagem do seu protocolo farmacoterapêutico (RITCHER; HARGREAVES, 2013).

Os valores de colesterol e suas frações apresentaram essencialmente na normalidade, com casos pontuais de indivíduos dislipemicos. Contudo, tanto na fração VLDL quanto na medida de triglicérides séricos, observa-se um maior número de desvios da normalidade dentro do grupo. Tal fato se deve, potencialmente, à falta de adequação de jejum de 12 (doze) horas prévias a realização do ensaio, com um paciente em específico apresentando elevações condizentes com quadro patológico importante de hipertrigliceridemia (KIM *et. at.*, 2014).

Os valores de TSH, T3 Livre e T3 Total oscilaram pouco para fora da média, fazendo sentido quando observa-se a prevalência de alterações de tireoide na amostra de estudo. Tais valores não parecem ser influenciados pela PDC, nem do ponto de vista de atividade física, nem do ponto de vista de alteração do estado depressivo e adoção de hábitos mais saudáveis potencialmente providenciados pela PDC (CANALI; KRUEL, 2001).

Quanto ao cortisol, estudos não apresentam um consenso no tocante à resposta do cortisol à PDC e práticas análogas. É sabido do efeito da atividade física como fator causal da elevação do cortisol sérico. Entretanto, a depender do momento da coleta, da intensidade da atividade, pode-se observar tanto a elevação além dos limites da normalidade, quanto a redução do mesmo em resposta à elevação insulínica causada pela atividade física. Tal mecanismo de compensação não permite inferir mais nada além do citado, especialmente pela presença de indivíduos tanto acima quanto abaixo da normalidade (WEST *et al.*, 2004).

Aspectos fisiológicos não podem influenciar as observações referentes à PTH e FAN. Ambos analitos não apresentam importante oscilação por efeito de atividade física de tal intensidade como a observada nas PDCs (YOUNG; SUNG, 2005; CANALI; KRUEL, 2001).

Todavia, a aparente ausência de alterações antropométricas ou bioquímicas clinicamente significativas não deve ser tomada como evidências da inefetividade das PDCs, especialmente no arcabouço físico, haja vista que tais alterações, aparentemente não clinicamente significativas e suficientes para justificarem a terapia para reversão de patologias comuns são, na realidade, demonstrações no aspecto físico, do trabalho de reorientação da vida pós-estomia, advindas de modulações na autopercepção de capacidade, no redimensionamento da própria condição de pessoa com estomia intestinal, refletindo uma maior mobilidade física e potencialmente, elevação dos parâmetros de interação social, tão reduzidos em pacientes sem tais intervenções. Nesse aspecto, reforça-se a importância da percepção integral do homem, enquanto indivíduo, e não somente da patologia presente. A visão holística aplicada por meio das PNPIC permite uma elevação geral do estado de saúde em todos os aspectos, ainda que as ferramentas cotidianas de rotina sejam incapazes de mensurar o impacto das medidas aqui adotadas.

5.12 OUTRAS INFORMAÇÕES DO ESTUDO

O estudo encontra-se registrado no ReBEC, sob o identificador RBR-7VXCXM. O protocolo completo do estudo clínico pode ser acessado em www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/. O nome do estudo clínico registrado foi “Efeitos da dança circular na qualidade de vida de pessoas estomizadas intestinais: Ensaio Clínico Randomizado Controlado”. De mais a mais, o fomento da avaliação bioquímica foi realizada pelo Laclisa, ainda que contasse com os apoios da gerência do CERPIS, das enfermeiras dos Ambulatórios de Estomizados dos HRPI e do HRS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Façamos da interrupção um caminho novo. Da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro!”

(Fernando Sabino)

A proposta do estudo teve como escopo verificar o efeito da dança circular sobre a QV de pessoas com colostomia do Programa de Assistência Ambulatorial do Estomizado da SES/DF dos Hospitais Regionais de Sobradinho e Planaltina por meio do instrumento validado *COH-QOL-OQ*; caracterizar os domínios Bem-estar físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar social e Bem-estar espiritual na QV no grupo experimental e no grupo controle; verificar os escores de QV antes e após a intervenção experimental (dança circular) compará-la com o grupo controle; analisar se a dança circular gera melhorias significativas perceptíveis sobre aspectos de QV mensurados por meio do *COH-QOL-OQ* nas pessoas com colostomia; conhecer a percepção sobre QV e a interpretação da realidade biopsicossocial de pessoas com colostomia. Finalmente, para complementação dos objetivos, foram realizados alguns estudos exploratórios a fim de caracterizar o impacto da intervenção no que diz respeito ao perfil antropométrico obtido por meio de bioimpedância, nas pessoas com colostomia submetidas à PDC, bem como caracterizar o perfil de marcadores bioquímicos e pró-inflamatórios por meio da coleta de sangue venoso nas pessoas com colostomia submetidas à PDC.

Diante da discussão, pode-se inferir que para as pessoas com colostomia intestinal, as alterações na imagem corporal, a baixa autoestima e mudanças nas atividades diárias são fatores que dificultam o processo de aceitação de uma nova realidade, até então desconhecida. Sobretudo, estar estomizado intestinal implica não só o uso do equipamento coletor, mas uma nova imagem corporal que precisa ser reconstruída. Este é um processo ao mesmo tempo subjetivo, coletivo/social, e de profundas reflexões sobre a convivência com uma estomia intestinal. Assim, o uso do equipamento coletor pode representar a mutilação sofrida e relacionar-se, diretamente, com a perda da capacidade produtiva da pessoa, assim como significa uma denunciadora de sua falta de controle sobre as eliminações fisiológicas sobre seu corpo, beleza física e saúde.

Destaca-se ainda que a pessoa com estomia intestinal enfrenta vários desafios, desde lidar com a etiologia da lesão que culminou com a confecção de uma estomia intestinal, até a adaptação a um novo estilo de vida. Esses desafios podem ser compreendidos como as alterações corporais que influenciam seu autoconceito, autocuidado, suas relações do convívio social, sua sexualidade, sua atividade sexual e seu trabalho, ou seja, os domínios do Bem-estar

físico, psicológico, social e espiritual. Este estudo pode oferecer mecanismos basilares para que o enfermeiro, bem como toda a equipe de saúde que lida, diariamente, com as pessoas com estomia intestinal, percebam a necessidade de avaliar continuamente a QV. Sobretudo, é necessário voltar o olhar para as suas atividades cotidianas, que são comprometidas. Portanto, o enfrentamento das dificuldades sentidas por essas pessoas durante o tempo em que se adaptam ao processo, deve ser um objetivo a ser trabalhado pela equipe multidisciplinar. Além disto, evidenciou-se que o processo de significar a saúde e a doença entre as pessoas com colostomia e seus familiares consiste em um complexo mecanismo da percepção dos significados culturais, influenciado por construções históricas a respeito do corpo. A família exerce uma função mediadora ao apoiar o paciente para enfrentar as possíveis dificuldades de viver com uma estomia intestinal, não obstante a pessoa com estomia intestinal encontra na religiosidade e na família formas para superar as limitações da estomia intestinal.

A capacitação permanente dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, sobre questões relacionadas ao processo de viver com uma estomia intestinal contribui, significativamente, para o cuidado prestado à pessoa com estomia intestinal, pode também ter um papel decisivo para os domínios do Bem-estar físico, psicológico, social, e espiritual. Nesta perspectiva, a educação permanente voltada para PNPIC dos profissionais de saúde, que atendem as pessoas com estomia intestinal, é de extrema importância. Contribui, portanto, para a melhoria significativa da QV destas pessoas. Compreende-se, assim, que ações de educação em saúde com pessoas com estomia intestinal são possíveis, a partir da escuta atenta dos sentidos que os usuários atribuem à sua nova condição existencial. O cuidado deve ser estendido também aos familiares, coparticipantes do processo de tratamento para que eles amparem a pessoa com estomia intestinal na busca de novos caminhos e de novos projetos existenciais. De tal modo, a ação de cuidado da equipe multidisciplinar merece uma reflexão, pois isso implica sabedoria prática e dialógica, que deve denotar uma postura crítico-reflexiva acerca dos sentidos das suas ações de saúde, no sentido de reconstrução de práticas de saúde.

Foi possível observar que as PDCs podem ser consideradas um importante incremento para promoção e manutenção da saúde das pessoas com colostomia e um espaço potencializador para a integralidade do corpo, da mente e das emoções do sujeito devido ao autoconhecimento de suas competências, uma vez que as danças circulares agem como facilitadoras da constituição de grupos, e, por conseguinte, atuam diretamente na socialização. A possibilidade de se estar de mãos dadas, de sentir a harmonia do grupo por meio do movimento e do ritmo dissolve fronteiras. Entretanto, foram observadas as diversas maneiras

das pessoas assimilarem as informações que as danças circulares trazem. Assim, foi possível notar pessoas que aprendem vendo, ouvindo, repetindo, contando os compassos ou atentas à música, pessoas que lembram as histórias, que se imaginam em outros lugares e aquelas que dão outros nomes - similares às palavras em outras línguas; associações que vão sendo feitas com o intuito de memorizar e aprender ao mesmo tempo focalizadores, procurando adaptar sua forma de ensino para satisfazer as características das diversas danças e abranger todas estas variações de aprendizagem.

Outra característica que contribuiu para a abertura e criação deste espaço foi que para participar da PDC não era necessário ter experiência anterior. Como os passos são ensinados na hora, quem não conhece a dança tem a possibilidade de aprender e se inserir, o grupo todo aprende junto. Não existe uma preocupação com o erro e o acerto, não é importante saber os passos já nas primeiras vezes, mas sim se sentir à vontade no grupo, colaborando deste modo para desfazer uma rigidez de postura e autocobrança, proporcionando às pessoas que aprendam, deixando-se levar pelo fluxo da roda. Aos poucos, com a prática, as danças vão sendo assimiladas e aprimoradas, desenvolvendo assim cada vez mais a qualidade de presença. Nomeadamente, a PDC tem se mostrado um importante recurso de produção de saúde e fortalecimento de cidadania das pessoas com estomia intestinal. Assim, foi possível observar o aumento na autoestima como também maior empoderamento para autonomia e, conseqüentemente, para a cidadania das pessoas envolvidas.

A partir da percepção dos participantes, verificou-se uma influência positiva nas PDCs no que diz respeito ao suporte social e emocional, além dos benefícios físicos que as práticas corporais proporcionam, estando os resultados observados em consonância com a formulação das PNPIC, consolidada dentro do contexto nacional e recomendada pelas OMS por meio de práticas, anteriormente, denominadas alternativas, o que constituem estratégias potentes para fortalecimento de um novo paradigma: o da harmonização, do qual abrange os aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais concomitantemente. Ainda nessa vertente, a Portaria geral nº 971/2006 da PNPIC no SUS, mais especificamente na cartilha de Atitude de Ampliação de Acesso, ressalta que estudos têm evidenciado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde, colaborando assim para o aumento do exercício da cidadania. Os benefícios foram demonstrados na melhoria na formação de vínculos, na ampliação da percepção dos problemas e no empoderamento das redes pessoais e da possibilidade de resolução de situações adversas junto à comunidade.

Importante considerar a realidade da atuação dos profissionais de enfermagem, tal quais as equipes multidisciplinares de cuidado em saúde, em que se observa uma sobrecarga significativa de trabalho imposta a tais profissionais, e como todo ato, implicam em alterações do ponto biopsicossocial sobre os mesmos, levando a tendência de longo prazo da mecanização da assistência a ser provida. Nessa falta de humanização, acabamos por fragilizar a ideia do cuidar, demandando a reflexão sobre o conceito de cuidado humanizado na saúde, em especial, no tocante ao enfermeiro e sua adaptação às sugestões e recomendações da PNH. As evidências aqui presentes apontam para um papel profundo observado como fruto de uma intervenção que, superficialmente considerada simplista, pode arraigar-se e gerar importantes desdobramentos com aspectos de retomada da intensificação da humanização dos cuidados de enfermagem, focando-se no processo de acolhimento e fortalecimento da percepção de autonomia profissional e da capacidade de intervenção junto ao paciente. O processo de humanização, sediado sobre o compartilhamento de saberes e experiências entre usuário e profissional, com a criação de um ambiente favorável a tal troca, com utilização de recursos humanos torna-se imprescindível para a concretização da prática.

Como fruto da prática, tem-se a dissociação da imagem individual do usuário, partindo para a integração de si mesmo com outros membros da comunidade afetados pela mesma causa, mas que reagem diferentemente face às características pessoais. Essa modulação da percepção das relações pessoais e interpessoais pode ser extrapolada para os cenários de educação e saúde, com foco na humanização e desenvolvimento de metodologias alternativas que impliquem benefício para os participantes. Outrossim, a gestão de sistemas e de serviços em saúde e enfermagem devem proporcionar o cuidado, as políticas e as práticas em saúde e enfermagem embasados nas diretrizes do SUS, respeitando as recomendações da Portaria nº 400, de 16/11/09 que estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas comestomia intestinal no âmbito do SUS e buscar implementá-las, sobretudo, no que tange à perspectiva do cuidado integral à saúde do usuário com estomia intestinal, bem como dos seus familiares.

Vale ratificar, a importância da gestão centrada na humanização em um programa de PICs voltado para este público possibilitará aos profissionais de saúde ajudar estes indivíduos a resgatarem seu próprio valor moral enquanto seres no mundo, visando sempre atendê-los e prepará-los para enfrentar suas condições existenciais, construindo seu viver autêntico, e, principalmente, obter, por meio de seus discursos, luz para direcionar nossas ações no sentido de transformar a realidade vivenciada por eles. Em consonância com as tendências atuais

preconizadas pela OMS, a incorporação das PICs representa um importante passo na estruturação de um sistema de saúde pautado em tecnologia adequada e eficaz, que resgata, sobretudo, a participação do indivíduo no seu processo de recuperação e promoção da saúde. Esta pesquisa apontou os possíveis benefícios da PDC em relação aos domínios do Bem-estar físicos, psicológicos, sociais e espirituais mensuráveis cientificamente para uma melhor QV, podendo contribuir com a vida social, funcional e psicológica das pessoas com colostomia.

Pari passu, é neste contexto que a pesquisa vem a ser relevante, pois com a intervenção da dança circular, as pessoas com colostomia podem receber estímulos que se contraponham à tendência de isolamento social e reclusão, contribuindo no processo de integração social e aceitação de sua imagem corporal, capazes e fortalecidos para uma nova vida, uma vida de qualidade e possibilidades. Além do mais, esta pesquisa fornece evidências de que o exercício à base da PDC melhora a QV. Este assunto merece mais atenção, já que esta forma de exercício muito promissora para que se alcance uma QV em níveis superiores aos observados nas pessoas com estomia intestinal sem as referidas intervenções. Destarte, esta pesquisa se justifica, pois além de trazer um benefício social, os resultados apresentados, poderão estimular reflexões sobre as práticas assistenciais vigentes e incentivar os profissionais de saúde que queiram realizar uma forma alternativa de ajuda no processo saúde doença, complementando-se aos modelos de atendimento fortemente biomédicos, que muitas vezes desconsideram aspectos psicológicos, sociais e culturais nas ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, ou mesmo a falta da atenção à integralidade, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS.

De mais a mais, é evidente a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões, em especial na gestão de sistemas e de serviços em saúde e enfermagem, fundamentados em um novo paradigma, no qual se esteja preparado para ouvir, entender e, a partir daí, acolher as demandas e necessidades das pessoas com estomia intestinal. Para isso, se faz necessário acessar os saberes e práticas dos usuários no contexto ambulatorial agregados às PNPIC, promovendo a melhoria na QV tanto da pessoa com estomia intestinal quanto de seus familiares.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIA

AFONSO, M. *et al.* Visceral fat: A key factor in diverticular disease of the colon. **GE-Jornal Português de Gastreenterologia**. Lisboa, Portugal, v.19, n.2, p.62-65. 2012.

AKTAS, G. OGCE, F. Dance as a therapy for cancer prevention. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.6, n.3, p.408-411, 2005.

ALMEIDA, L.H.H. **Danças Circulares Sagradas: Imagem corporal, qualidade de vida e religiosidade segundo uma abordagem junguiana** 311 f. Dissertação (Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, 2005.

ALMEIDA, V. L et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o dna: uma introdução. **Revista Quim. Nova**. São Paulo. v. 28, n. 1, p. 118-129. 2005.

ALMEIDA, S. S. L *et al.* Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. **Revista Paraná**. Paraná, v. 15, n. 4, p. 761-769, 2010.

ALMEIDA, M. A. B. GUTIERREZ, G. L. MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceito e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: EACH/USP, 2012.

ALBUQUERQUE, A.F.L.L. **Tecnologia Educativa para Promoção do Autocuidado na Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Estomizadas: Estudo de Validação**. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

ALBUQUERQUE, C. M. S. OLIVEIRA, C. P. F. **Características Psicológicas Associadas à Saúde: A Importância do Auto-Conceito**. 2002. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_22.htm>. Acesso em: 6 set. 2016.

ALTSCHULER, A. *et al.* The influence of husbands' or male support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** Mount Laurel v.36, n.3, p. 299-305.2009.

AMORIM, V. C. O *et al.* Sexualidade na gestação: mitos e tabus. **Revista Pesquisa Psicológica.** Alagoas, v. 1, n. 1, p. 16-44, 2007.

ANARAKI, F. *et al.* Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. **Indian J Palliat Care. Sep-Dec,** v.18, n.3, p.176–80, 2012.

ANARAKI, F. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. **Indian Journal of Palliative Care** v.18, n.3, 2016.

ANDRADE, J. T. COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

ANTONUCCI, T.C. Social relations: an examination of networks, social support, and sense of control. In: RT Woods (orgs). **Handbook of the clinical psychology of ageing.** Chichester: John Wiley & Sons, 2001.

ARANTES, R.C. *et al.* Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev APS,** v.11, n.2, p.189-198, 2008.

ARAÚJO, C.A. **Implicações da Estomia Urinária Contínua na Qualidade de Vida de Pessoas com Lesão Medular.** 182 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília. 2014.

ARDIGO, F.S. AMANTE, L.N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto Contexto Enferm.** v.22, n.4,p.1064-71, 2013.

ARGOLO, A.M. *et al.* **Doenças de chagas e seus principais vetores no Brasil.** Ação comemorativa do centenário de descoberta da doença de Chagas do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.67, 2008.

ATCHISON, E.A. *et al.* Risk of cancer in a large cohort of U.S. veterans with diabetes. **International Journal of Cancer**, v. 128, n. 3, p. 635-643, 2011.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho e interact nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: **Abrasco**, 2009.

BACHELET, V. COLLET, G. RIBAL, A. The role of the stoma therapy nurse in the preoperative period. *Rev Infirm.* n.181 p.25-6, 2012.

BALDWIN, C.M. *et al.* Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies. **Journal of Clinical Sleep Medicine.** North Frontage Road - Darien, USA, v.5, n.4, p.335-343, 2009.

BALDWIN, C.M. *et al.* Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of US Veterans. **Journal of Holist Nursing** n.11: p.185-94, 2013.

BALDUINO, A. F. A *et al.* O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery.** Rio de Janeiro - RJ , v. 13, n. 2, p. 342-251. 2009.

BAPTISTA, A.S. Effectiveness of dance in patients with fibromyalgia: A randomised, single-blind, controlled study **Clinical and Experimental Rheumatology** n. 30, v.74, p.18–23, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2008.

BARBUTTI, R. C. S. *et al.* Ostomia, uma difícil adaptação. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.27-39, 2008.

BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 11, nº3. Rio de Janeiro, 2006.

BARBOSA, O. **Grande dicionário de sinônimos e antônimos**. 16^a ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

BARBOSA, L.G.N. Doença de Chagas. **Rev. Logos**, n.17,2009.

BARNABE, N. C. DELL'ACQUAL, M. C. Q. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.16, n.4, 2008.

BATISTA, R.R *et al.* Síndrome de Fournier secundária a adenocarcinoma de próstata avançada: relato de caso. **Rev Bras Coloproct**. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.228-231, 2010.

BATISTA, M.R.F.F. *et al.* Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. **Rev Bras Enferm**. v.64, n.6, p.1043-7, 2011.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. 4^a ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BECHARA, R. *et al.* Abordagem Multidisciplinar do Estomizado. **Revista Brasileira Coloproct**. Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.146-149. 2005.

BEHRENDTS, A. MÜLLER, S. DZIOBEK, I. Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. **The Arts in Psychotherapy** n. 39 , p. 107– 116, 2012.

BELLATO, R. *et al.* A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Ciênc Cuid Saúde**. v.6, n.1, p.40-50, 2007.

BERNI, L.E.V. **Danças Sagradas: Uma técnica de Meditação ativa.** In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembi Morumbi, p.59-73, 2013.

BERNI, L.E.V. **Qualidade de vida tras-sustentável.** Maio de 2009. Disponível em: <http://www.redepsic.com.br/portal/modulos/soapbox/prent.phd?articheID=545>>Acesso em 18 de maio de 2016.

BERNARDES, L.C.B. ARAÚJO, T.C.C.F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. **Ciênc. saúde coletiva**,v.17,n.9, p.2435-2445, 2012.

BERINDOAGUE, D. *et al.* Síndrome de Fournier: Relato de Caso. **An Brás Dermatol**, n.76, n.1, p.79-84, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis :Editora Vozes, 1999.

BOJNER, E.H. *et al.*, Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal selfrating scales. **Arts in Psychotherapy** n.33, p.11-25, 2006.

BONETTI, M.C.D.F. **Dança Sagrada- A celebração da vida.** In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembi Morumbi, p.111-135, 2013.

BONILL-DE-LAS-NIEVES, C. *et al.* Convivendo com estomas digestivos: estratégias de enfrentamento da nova realidade física. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.22, n.3, p.394-400, 2014.

BOOTH, F.W.; LAYE, M.J. Lack of adequate appreciation of physical exercise's complexities can pre-empt appropriate design and interpretation in scientific discovery. **Journal of physiology**, London, v.587, p.5527-39, 2009.

BULKLEY, J. *et al.* Spiritual Well-being and the Challenges of Living With an Ostomy: Resilience, Adaptation and Loss Among Colorectal Cancer Survivors. *Clin Med Res.* v. 10, n. 3, p.146, 2012.

BURCH, J. Providing information and advice on diet to stoma patients. **Br J Community Nurs**, v.16, n.10, p.479-84, 2012.

BUTLER, D.L. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery. **J Wound Ostomy Contenance Nurs.** v.36, n.5, p.513-9, 2009.

BHATNAGAR, A. M.; MOHITE, P. N.; SUTHAR, M. Fournier's gangrene: a review of 110 cases for aetiology, predisposing conditions, microorganisms, and modalities for coverage of necrosed scrotum with bare testes. **New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 121, n. 1275, p. 46-56, jun. 2008.

BLACK, P. Choosing the correct stoma appliance. **Br J Nurs.** v.18, n.4, p.10-12, 2009.

BLUMBERG, RS. Inflammation in the intestinal tract: pathogenesis and treatment. **Dig dis. USA**, v.27, p. 455-64, 2009.

BRILOWSKI, G.A. WENDLER, M.C. An evolutionary concept analysis of caring. **Journal of Advanced Nursing**, v.50, n.6, p. 641-650, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Políticas de Humanização de atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de saúde**. Cartilha. Brasília, 2009b. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. p. 72, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/ PNPIC- SUS. **Atitude de ampliação de Acesso**. Ministério da Saúde: Brasília, p.92 , 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.296**, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis números 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento as pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Disponível em: <<http://www.mc.gov.br/sites/600/695/00001179.pdf>> Acesso em: 18 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 400/SAS/MS, 16 de novembro de 2009**: Aprovam as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas e Políticas de Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília – DF. Diário Oficial da União n. 220, seção 1, pp. 41-42.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Lei nº 12.738 de novembro de 2012**: obriga os planos e seguros de saúde a concederem bolsas coletoras aos seus segurados. Brasília- DF Diário Oficial, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Lei nº 13.031 de setembro de 2014**: Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada. Brasília- DF Diário Oficial, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Lei nº 11.506 de 2007**: Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostomizados. Brasília- DF Diário Oficial, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2015

BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **CNS**, 2012.

BRASIL. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília- DF Diário Oficial, 2006.

BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 - **Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília- DF Diário Oficial, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1600, de 17 de julho de 2006 - **Aprova a constituição do Observatório de Experiências em Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília- DF Diário Oficial, 2006.

BRASIL. Portaria nº. 853, de 17 de novembro de 2006, **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares com suas subclassificações**. Brasília- DF Diário Oficial, 2006.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 5813 [de 22 de junho de 2006](#).- **Institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília- DF Diário Oficial, 2006.

BRASIL. Portaria nº 67, de 8 de outubro de 2007 - **Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparação magistral e oficina para uso humano em farmácias.** Brasília-DF Diário Oficial, 2007.

BRASIL. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007 - **Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.** Brasília- DF Diário Oficial, 2007.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília- DF Diário Oficial, 2008.

BRASIL. Portaria nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008 - **Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília- DF Diário Oficial, 2008.

BRASIL. Portaria nº. 84, de 25 de março de 2009 – **Insera no serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Inter-Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde.** Brasília-DF Diário Oficial, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 - **Trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica.** Diário Oficial da União. Brasília- DF Diário Oficial, 2009.

BRASIL. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010 - **Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília- DF Diário Oficial, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde** Brasília-DF Diário Oficial, 2010.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - **Regulamenta a Lei Nº 8.080/90.** Brasília- DF Diário Oficial, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 - **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília- DF Diário Oficial, 2011.

BRASIL. nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília- DF Diário Oficial, 1990.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Circular 180. **Sobre a implantação dos ambulatórios de ostomizados nas regionais de saúde**. Diretoria de Promoção e Assistência a Saúde. Brasília-D, 2001.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Cadastro de Pacientes no Núcleo de Atenção ao Estomizado. Estatística, 2016. Brasília-DF.

BRIDLE, C. *et al.* Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Br J Psychiatry** n.201, p.180-185, 2012.

CAETANO, C.M. O. *et al.* Cuidado à Saúde de Indivíduos com Estomias. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n.39, 2013.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, p.229-266, 2006.

CAMPBELL, J. O poder do mito. São Paulo, Edição Nova Fronteira, p. 235-237, 1990.

CANALI, E.S. KRUEL, L. F.M. Respostas Hormonais ao Exercício. **Rev. Paul. Educ. Fís.** São Paulo, n. 15, v. 2, p.141-53, 2001.

CANAVARRO, M. C; SERRA, A. V. **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa:Editora da Fundação Calouste Gulbenkian. 2010.

CANDELARIA, P.A. P. *et al.* Síndrome de Fournier: Análise dos Fatores de Mortalidade. **Rev bras de Coloproct**, v.29, n.2, p.197-202, 2009.

CARNEIRO, T. M. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília - DF, v. 61, n. 3, p. 390-4,2008.

CARVALHO, S. O. R. M. *et al.* “Com um pouco de cuidado a gente vai em frente”: Vivências de pessoas com estomia. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.24, n.1, p.279-87, 2015.

CASCAIS, A.F.M. MARTINI, J.G. ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto & Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, vol.16, n 1, p 163-167, 2007.

CAVALINI, F.*et al.* Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. **Rev Esc Enferm**. São Paulo,v.36, n.2, p.108-114. 2002.

CATIB, N.O.M. *et al.* Estados emocionais de idosos nas danças circulares. **Motriz**, v. 14, n. 1, p. 41-52, 2008.

COCA, C. *et al.* The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 42.n.3, p.257-263, 2015.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGETTO, M. T. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 258-267, 2013.

CONSORT, (Consolidated Standards of Reporting Trials) **Statement**. Acesso em 21 de Mai. disponível em <http://www.consort-statement.org/>, 2011.

COLLIÈRE, M.F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. **Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**: Lisboa, 1989.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2º edição, Portugal: Lusociência, p-102-141, 2003.

COONS, S.J. *et al.* Overall quality of life and difficulty paying for ostomy supplies in the Veterans Affairs ostomy health-related quality of life study: an exploratory analysis. **Med Care** v.45, n.9, p.891–895, 2007.

CORAZZA, D. I. **Influência de um programa sistematizado de danças circulares em aspectos psiconeuroimunológicos de idosos cuidadores de indivíduos com doença de Alzheimer**. 149 f. Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista. 2014.

COSTA, A.L.B. Circle dance, occupational therapy and wellbeing: the need for research. **Journal of Occupational Therapy**, v.75, n. 2, p.114-116, 2012.

COSTA, A.L.B.D. **Dança: uma herança à disposição de todos**. In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembí Morumbi, p. 21-26, 2013.

COSTA, A.L.B. **An Investigation into Circle Dance as a Medium to Promote Occupational Well-Being**. 312 f. Dissertação (Doctor of Philosophy) University of Bolton, 2014.

COSTA, I.G.; MARUYAMA S.A.T.; Implementação e Avaliação de um Plano de Ensino para a Auto Irrigação de Colostomia: estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 557-63, 2007.

COSTA, P. C. G. Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, abr. 2002.

COSTA, M. *et al.* Doença de Chagas: Uma revisão Bibliografica. **Rev. Refacer** v.1 n.2 (2010).

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_De_ficiencia/tab1_4.pdf> Acesso em: Jun. 2016.

CESARETTI, I.U. R *et al.* Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev Bras Enfer.** Brasília- DF, v.63, n.1, p. 16-21. 2010.

CITY OF HOPE AND BECKMAN RESEARCH INSTITUTE. **Quality of life questionnaire for a patient with an ostomy.** Available from: <http://prc.coh.org/Ostomy-11.pdf> , . 2013.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec; 2005.

CUSTÓDIO, M.R.M. **Diferenças na aquisição de força máxima e força de resistência entre grupos tipológicos de gênero.** 2007. 57 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Brasília, 2007.

CHIESA, A.M. *et al.* A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm,** v.12, n.2,p.236-40, 2007.

CHUN, L.I.C. REW, L. HWANG, S. The Relationship between Spiritual Well- Being and Pasychosocial Adjstment in Taiwanese Patients WithColorectal Cancer and a Colostomy. **J Wond Ostomy Continence Nurs.** Pennsylvania, v.39, n.2, p.161-169, 2012.

CREMRS, M. I. Fibra, obesidade e doença diverticular — mudança de paradigma **GE J Port Gastreterol;** v.19, n.2, p.57-58, 2012.

CREPALDE, P.A.F. **Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais.** 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade estadual Paulista. Botucatu 2016.

CYRILLO, R. M. Z. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia-Goiás, v.11, n.4, p.811-9.2009.

DABIRIAN, A. *et al.*, Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. Patient Preference and Adherence, **New Jersey**. USA, v.5, n.1, p.1–5. 2011.

DAINESI, S.M. ALIGIERI, P. Como as recomendações “consort” Podem assegurar a qualidade dos Relatos de estudos clínicos? **Rev Assoc Med Bras** v.51, n.2 p.61-74, 2005.

DANIELSEN, A.K *et al.* Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. **J Wound OstomyContinenence Nurs.** n.40, p.407–12, 2013.

DINIZ, D. GUILHEM, D. **O que é Bioética.** 5ª Reimp. São Paulo: Brasiliense; 2008.

DINIZ, D. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINI, G. M., QUARESMA, M. R. FERREIRA, L. M. (Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** v.19, n.1, p.41-52, 2004.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Política distrital de práticas integrativas em saúde: PDPIS** / Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – Brasília: Fepecs, 2014.

EBERHARDT, T.D. *et al.* Assistência de Enfermagem ao Portador de Síndrome de Fournier: Revisão da Literatura. **Rev. Saúde. AJES.** v.1, n.1, p.57-68, 2014.

FANELLI, J. R. **Um Estudo Sobre o Autoconceito e a Escrita de Alunos com Deficiência Visual**. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FARRIS, R., ROSA, R. S. Religião salugênica e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia. **Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral**, v.3, n.2, p.361-382, 2011.

FETT, C.A. FETT, W.C.R. MARCHINI, J.S. Comparação entre Bioimpedância e Antropometria e a Relação de Índices Corporais ao gasto Energético de Repouso e Marcadores Bioquímicos Sanguíneos em Mulheres da Normalidade à Obesidade. **Rev. Bras.Cineantropom.** Desempenho Hum. v.8, n.1, p.29-36, 2006.

FERNANDES, R. *et al.* Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 385-392. 2010.

FERREIRA-UMPIÉRREZ, A. FORT-FORT, Z. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.22, n.2 p.241-7, 2014.

FERREIRA, A. **Proceso de atención al paciente ostomizado: gestión de cuidados integrales**. Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala; 2011.

FINFGELD-CONNETT, D. Meta-synththesis of caring in Nursing. **Journal of Clinical Nursing**, p.196-204, 2008.

FORTES, R.C. MONTEIRO, T.M.T.C. KIMURA, C.A. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. **J Coloproctol**. Rio Janeiro, v. 32, n.3, p.253-259, 2012.

FORGHIERI, Y. C. Enfoque fenomenológico da personalidade. In: Y. C. Forghieri, **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson. 2004.p.23-55.

FONSECA, A.C. **O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil: um modelo de atenção à saúde para o idoso portador de doenças crônicas**. Rio de Janeiro. 2015.

FULHAN, J. A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. **Gastrointest Nurs.** Wilder Walk – London,v.6,n.8,p.14–23.2008.

FLEURY, T.M.A. GONTIJO, D.T. As Danças Circulares e as Possíveis Contribuições da Terapia Ocupacional para as Idosas. **Estud. interdiscip. envelhec.**,Porto Alegre, v. 9, p. 75-90, 2006.

FLECK, A. P. M. A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde. 1ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

FLOOD, A. *et al.* Diabetes and risk of incident colorectal cancer in a prospective cohort of women. **Cancer Causes & Control**, v. 21, n. 8, p. 1277-1284, 2010.

FREITAS, L. R.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília-DF, v.21. n.1, p.7-19. 2012.

FRISON, F. S. **Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto**. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – 2011.

GARAUDY, R. **Dançar a vida**. Rio de Janeiro, edição Nova fronteira. p. 16, 1980.

GARCIA, A.R.; TOSHIE, R.T.; Educação em Saúde ao Ostimizado: Um Estudo Bibliométrico, São Paulo, **Revista Esc. Enfermagem USP**, 2007.

GAWRYSZEWSKI, V.P. COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v.39, n.2,p.191-7, 2005.

GODOY CB, CASSITAS MF. A síndrome de Fournier. Relato de caso. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.16, n.1, p. 49-50,. 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Mathias Lambert. 4ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, p 124, 2004.

GOFFMAN E. **Estigma. La identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

GOMBOSKI, G. **Adaptação cultural e validação do city of hope – quality of life – ostomy questionnaire para a língua portuguesa no Brasil**. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010

GOÑI, E.; FERNÁNDEZ, A. El autoconcepto. In: GRANDMONTAGNE, A. G. (Coord.). **El autoconcepto físico**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIAVONI, A. TAMAYO, Á. Inventário dos esquemas de gênero do autoconceito (IEGA). **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 2, ago. 2000.

UOAA, United Ostomy Associations of America. The Phoenix Magazine. **Colostomy New Patient Guide**. Gutman Nancy 2013. Disponível em: <http://www.ostomy.org>

GUILHEM, D. AZEVEDO, A.F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, v.16, n. 2, p.229-240, 2008.

GRANT, M. *et al.* Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. **Oncology Nursing Forum** v. 38, n.5, p.587-96, 2011.

GRANT, M. *et al.* Revision and Psychometric Testing of the City of Hope Quality of Life Ostomy Questionnaire, **Quality of Life Research Journal**, v.13, n.8, p.1445-1457, 2004.

GRANT, M. *et al.* Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. **J Canc Educ.** n. 28, p.70–78, 2013.

HE, J. *et al.* The association of diabetes with colorectal cancer risk: the multiethnic cohort. **British Journal of Cancer**, v. 103, n. 1, p.120-126, 2010.

HOFFMANN, A.L. IGLESIAS, L. F. ROTHBARTH, W. W. Síndrome de Fournier: Relato de Caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.38, n.1, p.104-105, 2009.

HOLMEROVA. I. *et al.* Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE) program on lower-body functioning among institutionalized older adults. **J Aging Health** n.22, p.106-119, 2010.

HONG, Y. CHAN, K.M. Tai chi: physiological characteristics and beneficial effects on health. **Br J Sports Med.** n. 35, p.148–156, 2001.

HORNBROOK, M.C, *et al.*, Complications among colorectal cancer survivors: SF-6D preference-weighted quality of life scores. **Med Care** v.49, n.3 p.321-6, 2011.

HUANG, S.M. HSU, H.H. Fournier's Gangrene in Elderly Patients. **International Journal of Gerontology**, v.2, n.2, p.48-54, 2008.

IFLAZOGLU, N. Complications and risk factors for mortality in penetrating abdominal firearm injuries: analysis of 120 cases. **Int J Clin Exp Med** v.8, n.4, p.6154-6162, 2015.

INTERNACIONAL OSTOMY ASSOCIATION. **Charter of ostomates' rights (2007)**. In: Purpose, Aims and Objectives Of The International Ostomy Association. Disponível em: <<http://www.ostomyinternational.org/aboutus.htm>>. Acesso em: 18 maio 2016.

IQBAL, F. *et al.* Quality of Life After Ostomy Surgery in Muslim Patients. **J Wound Ostomy Continence Nurs** p.1-7, 2016.

JACOBS, D.O. Clinical practice. Diverticulitis. **N Engl J Med**. v.357, n. 20, p.2057-66, 2007.

JANYACHAROEN, T. *et al.* **Physical performance in recently aged adults after 6 weeks traditional Thai dance: a randomized controlled trial** [Internet], v. 8, n.3, p. 855-959, 2013.

JEMAL, A. *et al.* Global Center Statistic. **CA Cancer J Clin**. Pennsylvania, v.61, n.2, p.69-90, 2011.

JONES, B.T. **Introdução às Danças Circulares Sagradas**. In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembí Morumbi, p.4-8, 2013.

JUNG, C.G. **Memórias, sonhos e reflexões**. Rio de Janeiro, edição Nova fronteira. p.173,174 e 356,1990.

JUNIOR, J.M.P. *et al.* No Compasso da Humanização: Reflexões sobre Dança Circular e o Processo Cuidar em Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. Recife,v. 8, n.7 p.2149-54, 2014.

KAUFMAN, G.; TANIGUCHI, H. Gender and marital happiness in later life. **Journal of Family Issues**. Philadelphia, v.27,n.1,p.735-757, 2006.

KASAPIS, C. THOMPSON, P. D. The Effects of Physical Activity on Serum C-Reactive Protein and Inflammatory Markers. **Journal of the American College of Cardiology**. V. 45, N. 10, 2005.

KEMENT, M. *et al.* A Descriptive Survey Study to Evaluate the Relationship Between Socio-demographic Factors and Quality of Life in Patients with a Permanent Colostomy. **Ostomy Wound Manage**, v. 60, n.10, p.18–23, 2014.

KIEPE, M. S. STÖCKIGT, B. KEIL, T. Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. **The Arts in Psychotherapy** n. 39, p. 404– 411,2012

KIM S. M. *et al.* The influence of nutritional assessment on the outcome of ostomy takedown. **J Korean Soc Coloproctol**. Philadelphia, v.28, n.3, p.145-51, 2012.

KIMURA, C. A. KAMADA, I. GUILHEM, D. B. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. **j coloproctol** v.36 n.1, p.34–39, 2016.

KIMURA, C. A. *et al.* Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. **Journal of Coloproctology**. Rio de Janeiro v. 33, n. 3, p. 145-150,2013.

KIMURA, C.A. **Qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados**. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília. 2013.

KIMURA, C.A. *et al.*. Quality of Life of Colorectal Cancer Patients with Intestinal Stomas. **Journal of Carcinogenesis & Mutagenesis**, p.1-7, 2014.

KIMURA, C.A, *et al.* Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. **J Coloproctol**. Rio Janeiro, v.33 n.4, p. 216-221, 2013.

KIMURA, C.A. *et al.*. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. **Ciências Saúde**, v.20, n.4, p.333-340, 2009.

KIMURA, M. Qualidade de Vida e a Reabilitação do Ostomizado. In: Santos VLCG;. **Assistência em estomaterapia cuidado do ostomizado**. São Paulo (SP): Atheneu, 2005.

KIM, I.Y. Effects of moderate- and intermittent low-intensity exercise on postprandial lipemia. **Europe PMC**, 2016.

KOCH, S. MORLINGHAUS, K. FUCHS, T. The joy dance Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. **The Arts in Psychotherapy** n. 34 , p. 340–349, 2007.

KLEINUBING, J.H. *et al.* Perfil dos Pacientes Ambulatoriais com Doenças Inflamatórias Intestinais. **ABCD Arq Bras Cir Dig** v.24, n.3 p.200-203, 2011.

KLIÇ, A. *et al.* Fournier's gangrene: etiology, treatment and complications. **Ann Plast Surg.** 2001Pennsylvania,v.47,n.5,p.523-7.2001.

KNOWLES, S.R. *et al.* Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** V. 40, n.6, p.623-629, 2013.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília-DF, v. 59, n. especial, p. 403-10, 2006.

KROUSE, R.S. *et al.* Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. **J Psychosomatic Res** v.66, n.3, p.227-33, 2009.

LARSON, D. B. *et al.* Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. **American Journal of Psychiatry**, v.143, n.3, p.329-334, 1986.

LEE, S.Y. FRANCHETTI, M.K. IMANBAYEV, A. Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: A systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. **Arch Gerontol Geriatr** n.55, p.522-529, 2012.

LENZA, N.F.B. *et al.* Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Rev. Eletr. Enf.** v.15,n.3,p.755-62, 2013.

LOBÃO, C. *et al.* Aceitando a Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia, **Revista Referencia.** Coimbra, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Coimbra, II série, número 11, v.2, n.11, p. 23-37. 2009.

LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XXI **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.145-176, 2005.

LUZ, M.T. Prefácio In: NASCIMENTO MC (Org). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MAHJOUBI, B. *et al.* A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. **Health Qual Life Outcomes**,v.10, n. 1, p. 1-6, 2012.

MALA, A. KARKOU, V. MEEKUMS, B. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: A scoping review. **The Arts in Psychotherapy** n. 39, p. 287– 295, 2012.

MARUYAMA, S.A. *et al.* Auto-irrigação-estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. **Rev. Eletr.Enf.** Goiânia, v.11, n.3, p. 665- 73. 2009.

MARUYAMA, S. ZAGO, M. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.v. 13, n.2, p.216-22, 2005.

MARTINS, P. A. F. ALVIM, N.A.T. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **REBEN**.Brasília -DF, v. 64, n. 2, p. 322-327,2011.

MARTINS, L.M. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. **British Journal of Nursing** Vol 24, 2015.

MATOS, D. SAAD, S.S. FERNANDES, L.C. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de coloproctologia**. São Paulo: Manole; 2004.

MAURICIO,V. C. O. SOUZA, N.V.P.O. LISBOA, M.T.L. Sentido do Trabalho para o Ser Estomizado. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.3, p.656-64, 2014.

MAURÍCIO, J. M. L. **Diabetes Mellitus tipo 2 e Carcinoma Colorretal**. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014.

MAURO, V. Retalho fasciocutâneo de região interna de coxa para reconstrução escrotal na síndrome de *Fournier*. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 707- 709, 2011.

MEDEIROS, M.J. **Relacionamento entre o Câncer Colorretal e indicadores Socioeconômicos no Município de São Paulo: Uso de Modelo de Regressão Espacial**. 164 f. tese (Doutorado) Epidemiologia -Universidade de São Paulo. 2015.

MEDEIROS, B. **A Relação entre Religiosidade, Culpa e Avaliação de Qualidade de Vida no Contexto do HIV/AIDS** (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

MEHL, A.A. *et al.* Management of Fournier's gangrene: experience of a university hospital of Curitiba. **Rev. Col. Bras. Cir.** São Paulo, v.37, n.6, p.435-441.2010.

MEISNER, S.*et al.* Peristomal skin complications are common, expensive and difficult to manage: a population based cost modeling study. **Plos One**. USA, v. 7, n., p. 1-8. 2012

MEIER, M.J. CIANCIARULLO, T.I. Tecnologia : um conceito em construção para o trabalhador em saúde. **Texto & Contexto Enferm**, v.11, n.1, p. 31-49, 2002.

MELO, C.D.F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MENEZES, L.C.G. *et al.* Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria Orem. **Rev Rene**. Maceió, v.14, n.2, p.301-310. 2013.

MENEZES, M. M. P. N. C. **Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados**. Lisboa, 2008. Dissertação (Mestrado) – Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Portugal. 2008.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartográfica do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2007

MERHY, E.E. **A Rede Básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas**. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, p. 197-228, 2006.

MEIRELES, M.A. CUSTÓDIO, M.R.M. Diferenças do autoconceito entre Enfermeiros e portadores de estoma Intestinal. **Revista de Psicologia** v. 14, n. 20, 2011.

MIGLIORINI, C. E.; NEW, P. W; TONGE, B. J. Quality of life in adults with spinal cord injury living in the community. **Spinal Cord**, p.1-6, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed rev. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIOTO, R. C. T. **A família como referência nas Políticas Públicas**. In: TRAD, L. A. B. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ p. 51-66. 2010.

MOHLER, M.J. *et al.* The health-related quality of life in long-term colorectal cancer survivors study: objectives, methods, and patient sample. **Current Medical Research and Opinion**. Pennsylvania, v.24, n.7, p.2059-2070. 2008.

MONTEIRO, S.D.N.Z. **Qualidade de Vida: Percepção de Crianças e Adolescentes Estomizados e seus Pais e/ou Responsáveis**. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília. 2013.

MONTEIRO, A.C.B. *et al.* Doença de Chagas uma Enfermidade Descoberta por um brasileiro. **Saúde em Foco**, Edição n. 7, São Paulo 2015.

MORAIS, T.C.C. *et al.*, Síndrome de fournier como consequência de insuficiência hepática: relato de caso. **Rev Pato Tocantins** V. 3, n. 02, 2016.

MORAIS, N.O.L. MALTA, D.C. SILVA, M.M.A. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.14, n.5, p.1638, 2009.

MORETTIL, A.C. *et al.* Práticas corporais/atividades físicas e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde soc.** 75 Vol 18 n°2. São Paulo, 2009.

MOREIRA, H.S.S. CANAVARRO, M.C. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. Psicologia, **Saúde & Doença**, v. 9 ,n.1, p.165-184. 2008.

MOTTA, P. R. JÚNIOR, A. R. Psicologia, religião e espiritualidade: considerações sobre a natureza humana e o sentido existencial. **Revista Educação** v. 6, n.2, 2011.

MURIANELLO, A. *et al.* Gangrena de Fournier numa Mulher. **Acta Urológica**, v.26, n.4, p.59-66, 2009.

MURAKAMI, R. CAMPOS C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.65, n.2, p. 361-7, 2012.

MCGARRY, L. M. RUSSO, F. A. Mirroring in dance/movement therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. **The Arts in Psychotherapy**, n.38, p.178–184, 2011.

MCMULLEN, C.K. *et al.* The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas. **J Support Oncol** v. 6 n.4, p.175–182, 2008.

MPHIL, P. K. **The measurement of quality of Life in clinical trials: Considerations of good Research practice.** Reino Unido, 2001.

NASCIMENTO, C.M.S. *et al.* Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para assistência de enfermagem. **Texto Contexto de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 357-64, 2011.

NETO, J.N.N. *et al.* Ferimento provocado por arma branca impactada em região maxilofacial: Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol.** Camaragibe v.15, n.1, p. 41-44, 2015.

NEUMAN, M.G.; NANAU, R.M. Inflammatory bowel disease: Role of diet, microbiota, life style. **Transl Res.**USA,v.160,n.1,p.29-44.2012.

NEUMAN, M.G. Immune dysfunction in inflammatory bowel disease. **Transl Res.** USA,v.149,n.1,p.173-186.2007.

NEVES, S.L.D.R. **Experiência de Crise na Doença Inflamatória Intestinal: um estudo fenomenológico-existencial.** 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Universitário. 2015.

NEVES, D. P. *et al.* **Parasitologia Humana.** 11^a. São Paulo: Atheneu. 2005.

NYBAEK, H. JEMAC, G.B.E. Skin Problems in stoma patients. **JEADV.** v..24, p.249–257, 2010.

NODA S.C.L. Problemática Actual del Paciente con Ostomía. **Rev. Cubana Med. Milit.,** v.30, n.4, p. 256-262, 2001.

OLIVEIRA, D.V.D.; NAKANO, T.T.Y. Reinserção social do ostomizado. In: Santos V.L.C. G, CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado.** São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p. 283.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (OMS) **World Health Report: Health Systems – Improving Performance**. Geneva: WHO; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Estratégias de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): **Relatório do Departamento de Prevenção de Violências, Injúrias e Deficiências**. 2013. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.> Acesso em: 25 junho 2016.

OSTETTO, L. E. Na dança e na educação: o círculo como princípio. **Educação e Pesquisa**, v. 35, n.1, p. 165-76, 2009.

PASSOS E. BENEVIDES R. A. construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic teor e pesq** v.16, n.1,p.71-79, 2000.

PAULA, M.A.B. *et al.* Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Rev bras Coloproct**. Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 077-082. 2009.

PAULA, J.M. SAWADA, N.O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev Rene** v.16, n.1, p.106-13, 2015.

PAULA, M.A.B. TAKAHASHI, R.F. PAULA, P.R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Rev Bras coloproct**. v. 29, n. 1, p.77-82, 2009.

PASCHOAL, S. M. P.. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 255f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Curso de Pós-graduação em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEREIRA, A. P. S; PELÁ, N. T. R. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 574-79. 2006.

PEREIRA, M.G. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: PEREIRA, MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.p.294- 300.

PEREIRA, M.C. **Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar/** Mauricio Gomes Pereira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

PERRIN, A. Quality of life after ileo-anal pouch formation: patient perceptions. **British Journal of Nursing** v. 21, n.16, p.11-19, 2012.

PINHEIRO, R. LUZ, M.T. **Modelos ideais x práticas eficazes - um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde**. Rio de Janeiro; UERJ/IMS; mar. 1999.

PINTO, A. R. C. *et al.* Ostomia e violência urbana cuidando de seu portador. **Enfermagem Brasil**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 06, p. 324-238.2006.

PITTMAN, J. *et al.* Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 35 , n. 5, p. 493-503, 2008.

POPEK, S. *et al.* Overcoming challenges: life with an ostomy. **Am J Surg** v.200, n.5, p.640–645, 2010.

POLIT, D.F. BENCK, C.T, HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2004.

POLETTTO, D. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20 ,n.2, p.319-27, 2011.

PULIDO, R. SÁNCHEZ, J. BARAZA, A. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. **Cultura de los Cuidados**. v.5, n.10, p.100-8, 2001.

PROCHNOW, A. G. Gestão e gerência no processo de trabalho em enfermagem. In: THOFEHRN, M. B. *et al.* **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: editora Universitária/ p. 63-72, 2009.

QUEIROZ MS. **O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória**. In: NASCIMENTO MC (Org). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

RAFFERTY, J. *et al.* **Diverticulitis**. Arlington Heights, IL: American Society of Colon and Rectal Surgeons core subjects; 2005.

RAINGRUBER, B. The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: an integrative review of the literature. **International Scholarly Research Notices**, 2011.

RAMIREZ, M. *et al.* Figuring Out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with Ostomies **Women Health**. USA, v.49, n.8, p.608-24. 2009.

RAMIRES, A. L. M. Memória social e Patrimônio Cultural nas Danças Circulares Sagradas. In: **Anais Eletrônicos do XI Encontro Estadual de História**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande, RS, p. 1324-36, 2012.

RAMOS, R.C.L. **Retorno à Fonte**. . In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembí Morumbi, p.177-196, 2013.

RATKOWSKI, D.A, EVANS, M.A. ALLDREDGE, J.R. **Cross-over experiments: design, analysis, and application**. New York, Marcel Dekker Inc., 1993.

RAVELIN, T. KYLMA, J. KORHONEN, T. Dance in mental health nursing: A hybrid concept analysis. **Ment Health Nurs** n.27, p.307-317, 2006.

RECALLA, S. *et al.* Ostomy Care and Management. **Journal of Wound** p. 489–500, 2013.

REIGADA, L. C. *et al.* Illness-specific anxiety: implications for functioning and utilization of medical services in adolescents with inflammatory bowel disease. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, n.16 p. 207-215, 2011.

REGADAS, F. S. P. *et al.* Sigmoidectomia Laparoscópica no Tratamento da Doença Diverticular Hipertônica - Experiência com 80 Casos. **Rev Bras Videocir**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 14-18. 2004.

REPIĆ, G. IVANOVIĆ, S. Physical dimension of quality of life in ostomy patients. **Acta Medica Medianae**, Vol.53, 2014.

REIS, F.F. **Transição para a Vivência com uma Ostomia: Intervenções de Enfermagem**. 312 f. tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Universidade do Porto. 2015.

REDMOND, C. COWIN, C. PARKER, T. The experience of faecal leakage among ileostomists. **Br J Nurs**. v.18, n.17, p.12-7, 2009.

REZENDE, F.F. **Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal**. 174 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

REY, L. **Parasitologia**.3^a. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

REY, G. F. L. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

REY, G. F. L. **O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica**. In: GONZALEZ REY, F. L. (Org). **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Thompson Learning, 2005.

RIBEIRO, J.M.C. **Qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa**, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2015.

RICHBOURG, L. THORPE, J.M. RAPP, C.G. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 34 n. 1, p. 70-79, 2007.

RICHTER, E. A. HARGREAVES, M. Exercise, GLUT4, and skeletal muscle glucose uptake. **Physiol Rev** n.93 p. 993–1017, 2013.

ROCHA, J.J.R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Rev Medicina**. Ribeirão Preto-SP, v.44, n. 1, p. 51-6. 2011.

ROCHA, N.S. FLECK, M. P. A. **Religiosidade, Saúde e Qualidade de Vida: Revisão de Literatura**. In: Teixeira, E. F. B.; Muller, M. C. & Silva, J. D. T. (Orgs). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RODRIGUES, G.H.C.B. **Mudanças**. In *Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização* Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembimorumbi, p. 45- 55, 2013.

SAAD, M., ; NASRI, F. Grupos de religiosidade e espiritualidade. In: E. Knobel (Org.), **Psicologia e Humanização: Assistência a pacientes graves**, São Paulo: Atheneu, p. 349-359, 2008.

SALOMÉ, G.M. *et al.* Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. **J. coloproctol**. Rio de Janeiro v.3 5, n.3, p.168–174, 2015.

SALOMÉ, G. M. ALMEIDA, S.A. SILVEIRA, M.M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. **J. coloproctol**. Rio de Janeiro v.3 4, n.4, p.231–239, 2014.

SALOMÉ, G. M. ALMEIDA, S.A. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. **J coloproctol**. Rio de Janeiro v.3 4, n.3, p.159–166, 2014.

SALLES, V.J.A. BECKER, C.P.P. FARIA, G.M.R The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. **J. coloproctol**. Rio de Janeiro v.34, n.2, p.73–75, 2014.

SALES, C. P. *et al.* Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial, **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, vol.44, no.1, p221-227. 2010.

SALLES, R.L.A. Doença diverticular dos cólons e diverticulite aguda: o que o clínico deve saber. **Rev Med Minas Gerais**. v.23, n.4,p.490-496, 2013.

SALOMÉ, G.M. ALMEIDA, A.S. SILVEIRA, M.M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. **J coloproctol** v.34, n. 4, p.231–239, 2014.

SANCHES, S. DUARTE, S.J.H.PONTES, E.R.J.C. Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.1, p.95-102, 2009.

SANTOS, M. C.TESSER C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Santa Catarina 2012.

SANTOS, V.L.C.G. Estomaterapia por meio dos tempos. In: Santos VLCG; Cesaretti IUR. **Assistência em estomaterapia cuidado do ostomizado**. São Paulo (SP): Atheneu, 2005.

SANTOS, S.R. *et al.* Sexualidade de portadoras de estoma intestinal definitivo: percepção de mulheres. **Enferm. Foco**. v.4, n.2, p.119-122, 2013.

SANTOS, V.L.C.G. SAWAIA, B.B. A bolsa na mediação "estar ostomizado" - "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. **Rev Ass Latinoam Esc Fac enferm**. v. 8, n.3, p. 40-50, 2000.

SANTANA, J. C. B. *et al.* O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizados. **Cogitare Enferm**. Santos, v. 15, n. 4, p. 631-638. 2010.

SAMPAIO, M.I.S. **Movimento, Educação, Dança**. In Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura/organização Renata Carvalho Lima Ramos. - São Paulo: Faculdade Anhembi Morumbi, p.99-107, 2013.

SAMPAIO, F.M.C. A Auto-estima na pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação Intestinal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 580-588, mar./abr., 2004.

SENA, R.M.C. **Correlação entre Imagem Corporal e Autoestima em Pessoas com Ostomias Intestinais**. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.

SERRA, M.M. Condições Clínicas e Antropométricas de Hipertensos Atendidos em um Centro de Saúde de São Luís, MA. **Rev Pesq Saúde**, v.16, n.2, p.107-111, 2015.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crít. Ciênc. Soc.**Uberlândia, n.85, p. 65-82. 2009.

SIEGE, R. DESANTIS, C. JEMAL, A. Colorectal Cancer Statistics, 2014. **CA Cancer J Clin**. Poland, n.64,p.104-117, 2014.

SILVA, C.J.P. *et al.*. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: Uma análise comparativa entre gêneros. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.19, n.1, p.127-136, 2014.

SILVA, O. GUILHEM, D. BAMPI, L.N.S. Trinta minutos que mudam a vida: teste rápido anti-HIV diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. **Enfermagem em Foco**. Brasília-DF,v.3,n.4, p. 211-15, 2012.

SILVA, A. L. *et al.* A sexualidade do paciente com estomia intestinal: revisão de literatura. **Rev enferm, UFPE on line**. Recife, v.7, especial, p. 879-887. 2013.

SILVA, A.L. SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.14 n.4, p.483-490, 2006.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SONOBE, H.M. BARICHELLO, E. ZAGO, M.M.F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Rev Bras Cancerol**. v.48, n.3, p.341-8, 2002.

SOUZA, M.F. *et al.* Contribuições da dança para a qualidade de vida mulheres idosas. **Revista Digital** [Internet], v.15,n.148, p.1-12, 2010.

SOUZA, P.C.M. *et al.* As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Rev Eletr Enf**. Goiânia - Goiás, v.13, n.1, p. 50-9. 2011.

SOUSA, A.F.L. *et al.* Sexuality for the ostomized woman: contribution to nursing care. **Revista pesquisa: cuidado fundamental online**. v.5, n.6, p.74-81, 2013.

SOUZA, M.J. **Qualidade de Vida de Pessoas com Estomia Intestinal** 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba. 2015.

SOUZA, R.F. **O que é um estudo clínico randomizado?** *Medicina* v.42, n.1, p.3-8, 2008.

SOUSA, C. F. *et al.* Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. **Enfermagem em Foco**. Brasília-DF, v. 3, n. 1, p. 12-15. 2012.

SOUZA, M.M.D. *et al.* Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta Paul Enferm** v.24, n.4, p.479-84, 2011.

SOUZA, J.L. GOMES, G.C. BARROS, E.J.L. O cuidado a pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Enferm UERJ**. v.17n.4,p.550-5, 2009.

SUNG, H.C. CHANG, A.M. LEE ,W.L. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. **J Clin Nurs** n.19, p.1056-1064, 2010.

SUEHIRO, A. C. B. Autoconceito e Desempenho Acadêmico em Alunos de Psicologia. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 44 p. 55-64, jan./mar. 2006.

SCHOLZE, A.S. DUARTE, C.F. FLORES, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic, Saude, Educ**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHVEITZER, M.C. **Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão. sistemática.** São Paulo 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.29-41, 2007.

SHABBIR, J.; BRITTON, D.C. Stoma complications: a literature overview. **Colorectal Disease**. New York, v.12 n.1, p.958-964. 2010.

SLATER RC. Managing quality of life in the older person with a stoma. **British Journal of Community Nursing**. v.15, n.10, p.480-4,2010.

SMELTZER, S.C. BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SPEED-ANDREWS, A. E. Correlates of Strength Exercise in Colorectal Cancer Survivors **Am J Health Behav** v.37,n.2, p.162-170, 2013.

STRATE LL, Physical activity decreases diverticular complications **J Gastroenterol**. v. 104, n.5, p.1221-30, 2009.

STANCULETE, M. F. POJOGA, C. DUMITRASCU, D. L. Experience of anger in

patients with irritable bowel syndrome in Romania. **Clujul Medical**, v.87 n.2 p.98-101, 2014.

STEWART, I. J. **Sacred woman, sacred dance**: awakening spirituality through movement & ritual. Rochester Vermont: Inner Traditions, 2000.

STOCCHI L. Current indications and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis. **World J Gastroenterol**. v.16, n.7, p.804-17, 2010.

STUMM, E. M. F. *et al.* Perfil de pacientes ostomizados. **Sci. Med.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30. 2008

SWAN, E. Colostomy, management and quality of life for the patient. **Br J Nurs** v.20, n.22 p.24–28, 2011.

TABUA DE VIDA 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade_2000.shtm> Acesso em: Jun. 2016.

TAHMAZ, L. *et al.* Fournier's gangrene: report of thirty-three cases and a review of the literature. **International Journal of Urology**, Tokyo, v. 13, n. 7, p. 960-967, 2006.

TAMAYO, A. *et al.* A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 6, n. 2, 2001.

TESSER, C.D. LUZ, M.T. Racionalidades Médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

TOLEDO, A.S. *et al.* A atuação do Biomédico no Diagnóstico da Síndrome de Fournier. **Ensaios e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde** . v.16, n. 4, 2012.

TORRES,C.R.D. *et al.* Quality of life of stomized people: an integrative review. **Rev Enferm UFPI** v.4, n.1, p.117-22, 2015.

TOUZIOS, J.G. DOZOIS, E.J. Diverticulosis and acute diverticulitis. *Gastroenterol Clin North Am.* v.38,n.3, p.513-25, 2009.

The WHOQOL Group. The World Health Organization. **Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** *Social Science and Medicine; USA* , v.41,n.10,p.1403-1409,1995.

THWAINI, A. *et al.* Fournier's gangrene and its emergency management. **Postgraduate Medical Journal**, Oxford, v. 82, n. 970, p. 516-519, 2006.

UNDEN, A-L, ELOFSSON S. Do different factors explain self-rated health in men and women? **Gender Med** n.3, p.295-308, 2006.

VANKOVA, H. The Effect of Dance on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents. **JAMDA** p. 1-6, 2014.

VEENSTRA, G. BURNETT, P.J. A relational approach to health practices: towards transcending the agency-structure divide. **Sociol Health Illn** v.36, n. 2, p. 187-98, 2014.

VIOLIN, M. R.; SALES, C. A. Experiência cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás, v. 12, n. 2, p. 278-286. 2010.

VIEIRA, L.M. *et al.* Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 261-269, 2013.

VINHAES, M.C.; DIAS, J.C.P. **Doença de Chagas no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública16. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 7-12.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato, 2001.

WEIDMANN, A.K. AL-NIAIMI, F. LYON, C.C. Correction of Skin Contour Defects in Leaking Stomas by Filler Injection: A Novel Approach for a Difficult Clinical Problem **Dermatol Ther (Heidelb)** n.4, p.271–279, 2014.

WEST, B.A. Effects of Hatha Yoga and African Dance on Perceived Stress, Affect, and Salivary Cortisol. **Ann Behav Med.** v.28, n.2,p.114–118, 2004.

WILLS, E. MCEWEN, M. Desenvolvimento de conceitos: Esclarecimento do Significado dos Termos, In: McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas para a Enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2009; 74-96.

WILLIAMS, L. TAPPEN, R. M. Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. **National Institute of Health**, 2007.

WINNIE, C.S.W. Adapting a quality of life scale for those with a colostomy in Hong Kong: a preliminary study. **World Counc Enterostom Ther J** v.21, n. 3, p.21-9, 2001.

WONG, S.K. *et al.* A descriptive survey study on the effect of age on quality of life following stoma surgery. **Ostomy Wound Manage.** v.59, p.16–23, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ , 2010.

WOSIEN, B. **Dança um caminho para a totalidade/** Bernhard Wosien; edição Maria-Gabriele Wosien; tradução Maria Leonor Rodenbach, Raphael de Haro junior. São Paulo: TRIOM, 2000.

WOSIEN, M. G. **Dança sagrada:** deuses, mitos e ciclos. São Paulo: Triom, 2002.

WOSIEN, M. G. **Dança - símbolos em movimento.** São Paulo: Anhembi/Morumbi, 2004.

WOSIEN, M-G. **Danças sagradas:** deuses, mitos e ciclos. (Maria Leonor Rodenbach e Raphael de Haro Júnior, trads). São Paulo: Triom. 1996.

WHO (World Health Organization). **Global status report on road safety**. [on line]. 2009 [acesso 2016 maio 23]. USA. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int>.

YOUNG, J. SUNG, C.H. Dance Movement Therapy Improves Emotional Responses and Modulates Neurohormones in Adolescents with Mild Depression. **J. Neuroscience** n.115, p.1711–1720, 2005.

ZANDOMENIGHI, R.C. MOURO, D.L. MARTINS, E.A.P. Ferimento por Arma Branca: Perfil Epidemiológico dos Atendimentos em um Pronto Socorro. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12,n.4, p.669-77, 2011.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enf USP**, v.38, n. 1, p.21-7,2004.

ZOBOLI, E.L.C.P. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: Pinheiro R, Mattos RA (org) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. **ABRASCO** . Rio de Janeiro, 2007.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética amplificada. **O Mundo da Saúde**,v.33, n.2, p.195-204, 2009.

ZOBOLI, E.L.C.P. Responsabilidade para com a comunidade. **XI Seminário de Ética**. p.7-18, 2011.

ZHANG, T.L. *et al.* Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support. **Chin Med J** v. 126, n.21, p.4124–31, 2013.

ANEXOS

ANEXOS



ANEXO A - LISTA DE INFORMAÇÕES CONSORT 2010 PARA INCLUIR NO RELATÓRIO DE UM ESTUDO RANDOMIZADO

| Seção/Tópico | Item N° | Itens da Lista | Relatado na pg N° |
|---------------------------|----------------|--|-------------------|
| Título e Resumo | | | |
| | 1 ^a | Identificar no título como um estudo clínico randomizado | 1 |
| | 1b | Resumo estruturado de um desenho de estudo, métodos, resultados e conclusões para orientação específica, consulte CONSORT para resumos | 17 |
| Introdução | | | |
| Fundamentação e objetivos | 2 ^a | Fundamentação científica e explicação do raciocínio | 35 a 39 |
| | 2b | Objetivos específicos ou hipóteses | 41 a 42 |
| Métodos | | | |
| Desenho do estudo | 3 ^a | Descrição do estudo clínico (como paralelo, factorial) incluindo a taxa de alocação | 149 a 150 |
| | 3b | Alterações importantes nos métodos após ter iniciado o estudo clínico (como critérios de elegibilidade), com as razões | 151 |
| Participantes | 4 ^a | Crítérios de elegibilidade para participantes | 151 |

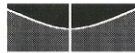
| | | | |
|---------------------------------|----------------|--|-----------|
| | 4b | Informações e locais de onde foram coletados os dados | 151 a 152 |
| Intervenções | 5 | As intervenções de cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação, incluindo como e quando eles foram realmente administrados | 153 a 161 |
| Desfechos | 6 ^a | Medidas completamente pré-especificadas definidas de desfechos primários e secundários, incluindo como e quando elas foram avaliadas | 163 |
| | 6b | Quaisquer alterações nos desfechos após o estudo clínico ter sido iniciado, com as razões | N/A |
| Tamanho da amostra | 7 ^a | Como foi determinado o tamanho da amostra | 163 a 164 |
| | 7b | Quando aplicável, deve haver uma explicação de qualquer análise de interim e diretrizes de encerramento | N/A |
| Randomização | 8 ^a | Método utilizado para geração de seqüência randomizada de alocação | 164 |
| Seqüência geração | 8b | Tipos de randomização, detalhes de qualquer restrição (tais como randomização por blocos e tamanho do bloco) | 164 |
| Alocação mecanismo de ocultação | 9 | Mecanismo utilizado para implementar a seqüência de alocação randomizada (como recipientes numerados sequencialmente), descrevendo os passos seguidos para a ocultação da seqüência até as intervenções serem atribuídas | 164 a 165 |
| Implementação | 10 | Quem gerou a seqüência de alocação randomizada, quem inscreveu os participantes e quem atribuiu as intervenções aos participantes | 164 |
| Cegamento | 11a | Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (ex. Participantes, cuidadores, assessores de resultado) e como | N/A |
| | 11b | Se relevante, descrever a semelhança das intervenções | N/A |

| | | | |
|--|-----|---|-----------|
| Métodos estatísticos | 12a | Métodos estatísticos utilizados para comparar os grupos para desfechos primários e secundários | 165 a 166 |
| | 12b | Métodos para análises adicionais, como análises de subgrupo e análises ajustadas | 165 a 166 |
| Resultados | | | |
| Fluxo de participantes (é fortemente recomendado a utilização de um diagrama) | 13a | Para cada grupo, o número de participantes que foram randomicamente atribuídos, que receberam o tratamento pretendido e que foram analisados para o desfecho primário | 169 |
| | 13b | Para cada grupo, perdas e exclusões após a randomização, junto com as razões | 169 |
| Recrutamento | 14a | Definição das datas de recrutamento e períodos de acompanhamento | 151 |
| | 14b | Dizer os motivos de o estudo ter sido finalizado ou interrompido | N/A |
| Dados de Base | 15 | Tabela apresentando os dados de base demográficos e características clínicas de cada grupo | 170 a 174 |
| Números analisados | 16 | Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluídos em cada análise e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos | 176 |
| Desfechos e estimativa | 17a | Para cada desfecho primário e secundário, resultados de cada grupo e o tamanho efetivo estimado e sua precisão (como intervalo de confiança de 95%) | 176 |
| | 17b | Para desfechos binários, é recomendada a apresentação de ambos os tamanhos de efeito, absolutos e relativos | N/A |
| Análises auxiliares | 18 | Resultados de quaisquer análises realizadas, incluindo análises de subgrupos e análises ajustadas, distinguindo-se as pré-especificadas das exploratórias | 191 a 194 |

| | | | |
|---------------------------|----|---|-----|
| Danos | 19 | Todos os importantes danos ou efeitos indesejados em cada grupo (observar a orientação específica CONSORT para danos) | 195 |
| Discussão | | | |
| Limitações | 20 | Limitações do estudo clínico, abordando as fontes dos potenciais vieses, imprecisão, e, se relevante, relevância das análises | 197 |
| Generalização | 21 | Generalização (validade externa, aplicabilidade) dos achados do estudo clínico | 198 |
| Interpretação | 22 | Interpretação consistente dos resultados, balanço dos benefícios e danos, considerando outras evidências relevantes | 198 |
| Outras informações | | | |
| Registro | 23 | Número de inscrição e nome do estudo clínico registrado | 257 |
| Protocolo | 24 | Onde o protocolo completo do estudo clínico pode ser acessado, se disponível | 257 |
| Fomento | 25 | Fontes de financiamento e outros apoios (como abastecimento de drogas), papel dos financiadores | 257 |

* Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também recomendamos a leitura das extensões do CONSORT para estudos cluster randomizados, estudos de não-inferioridade e de equivalência, tratamentos não-farmacológicos, intervenções de ervas e estudos pragmáticos. Extensões adicionais estão por vir: para aquelas e até dados de referências relevantes a esta lista de informações, ver www.consort-statement.org

ANEXO B- APROVAÇÃO DO CEP/FS



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CRISTILENE AKIKO KIMURA

DATA DE ENTRADA: 09/09/2015

CAAE: 46323815.2.0000.0030.

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado: “EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”. Parecer nº: 1.236.281, em 20 de setembro de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 13 de outubro de 2015.

Prof. Dra. Marie Togashi
Coordenador do CEP-FS/UnB

Prof. Dra. Marie Togashi
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisas
com Seres Humanos (CEP/FS) - UnB

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - CEP: 70.910-900
Telefone: (61)-3107-1947 Email: cepfs@unb.br

ANEXO C- APROVAÇÃO DO CEP/FEPECS



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Processo de análise de Projetos de Pesquisa

Título do Projeto: “Efeitos da Dança Circular na Qualidade de Vida em Pessoas Estomizadas Intestinais: Ensaio Clínico Randomizado Controlado”.

Pesquisadora Responsável: Cristilene Akiko Kimura

Data de Entrega: 09/09/2015

CAAE: 46323815.2.3001.5553

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado: “EFEITOS DA DANÇA CIRCULAR NA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS ESTOMIZADAS INTESTINAIS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”. Parecer nº: 1.246.894, em 28 de Setembro de 2015.

Notifica-se o (a) pesquisador (a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 19 de Outubro de 2016.

Profº Helio Bergo
Coordenador do CEP-FEPECS/SES-DF

Dr. Helio Bergo
Coordenador
CEP / FEPECS-SES-DF

ANEXO D- APROVAÇÃO DO ReBEC

Saúde
Ministério da Saúde

REGISTRO BRASILEIRO DE
Ensaio Clínicos

USUÁRIO SENHA **ENTRAR** [Esqueceu a senha?](#)
[Registrar-se](#)

[PT](#) | [ES](#) | [EN](#)

[NOTÍCIAS](#) | [SOBRE](#) | [AJUDA](#) | [CONTATO](#)

Buscar ensaios
[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / **ENSAIOS REGISTRADOS**

Todos abaixo

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Título | Identificador primário | RBR-7vxoxm |
| Efeitos da dança circular na qualidade de vida em pessoas que fizeram cirurgia para realizar estomia intestinal: Ensaio Clínico Randomizado | Situação de recrutamento | Recrutamento concluído |
| | Data de registro | 18 de Maio de 2018 às 19:07 |

ANEXO E- VERSÃO ADAPTADA DO COH-QOL-OQ (VADPT) COH-QOL-OQ – CITY OF HOPE - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA ESTOMIZADOS

Responda, por favor, as perguntas fazendo um círculo na resposta que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer será considerado estritamente confidencial.

Instruções: Estamos interessados em saber como ter uma estomia afeta sua qualidade de vida. Por favor, responda a todas as perguntas a seguir, com base na sua vida neste momento. Circule, por favor, o número de 0-10 que melhor descreve suas experiências. Por exemplo:

Quanto é difícil para você subir escadas?

Sem nenhuma dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

Circular a resposta 2 significa que não sente muita dificuldade para subir escadas.

| Com relação à estomia, até que ponto os itens a seguir são um problema para você? | | |
|---|---------------------------------|--|
| 1 | <i>Força física</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 2 | <i>Fadiga</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 3 | <i>Pele ao redor da estomia</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 4 | <i>Interrupções de sono</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 5 | <i>Dores ou sofrimentos</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 6 | <i>Gases</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |

| | | |
|----|--|---|
| 7 | <i>Odor</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 8 | <i>Constipação (dificuldade para evacuar)</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 9 | <i>Diarréia</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 10 | <i>Vazamentos da bolsa (ou ao redor da bolsa)</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave |
| 11 | <i>Bem estar físico geral</i> | Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema geral |
| 12 | <i>Quanto tem sido difícil para você se adaptar à estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante (muito difícil) |
| 13 | <i>Quanto você se sente útil?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente útil |
| 14 | <i>Quanta satisfação ou prazer você sente pela vida?</i> | Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita |
| 15 | <i>Quanto você se sente constrangido por causa de sua estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente constrangido |
| 16 | <i>Quanto é boa sua qualidade de vida no geral?</i> | Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente |
| 17 | <i>Como está sua memória?</i> | Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente |
| 18 | <i>Quanto é difícil para você olhar para sua estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil |

| | | |
|----|--|--|
| 19 | <i>Quanto é difícil para você cuidar de sua estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil |
| | | |
| 20 | <i>Você sente que tem controle sobre as coisas na sua vida?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente |
| | | |
| 21 | <i>Quanto você está satisfeito com sua aparência?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente satisfeito |
| | | |
| 22 | <i>Quanta ansiedade você tem?</i> | Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema |
| | | |
| 23 | <i>Quanta depressão você tem?</i> | Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema |
| | | |
| 24 | <i>Você tem receio que sua doença volte?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 receio extremo |
| | | |
| 25 | <i>Você tem dificuldade para conhecer novas pessoas?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dificuldade extrema |
| | | |
| 26 | <i>Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento?</i> | Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremo |
| | | |
| 27 | <i>Quanto a sua doença tem sido angustiante para a sua família?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente angustiante |
| | | |
| 28 | <i>Quanto a sua estomia interfere na sua capacidade para viajar?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente |
| | | |
| 29 | <i>A sua estomia tem interferido nas suas relações pessoais?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente |

| | | Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito |
|----|--|--|
| 30 | <i>Quanto isolamento é causado pela sua estomia?</i> | |
| 31 | <i>O apoio de seus amigos e família é suficiente para atender suas necessidades?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente |
| 32 | <i>A sua estomia tem interferido nas suas atividades recreativas/esportivas?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |
| 33 | <i>A sua estomia tem interferido nas suas atividades sociais?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |
| 34 | <i>A sua estomia tem interferido na sua intimidade?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |
| 35 | <i>Você tem privacidade suficiente em casa para cuidar de sua estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |
| 36 | <i>Você tem privacidade suficiente, quando viaja, para realizar os cuidados com sua estomia?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |
| 37 | <i>Quanta incerteza você sente com relação ao seu futuro?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita |

| | | |
|----|---|---|
| 38 | <i>Você sente que tem uma razão para estar vivo?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita |
| | | |
| 39 | <i>Você tem um sentimento de paz interior?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito |
| | | |
| 40 | <i>Quanto você se sente esperançoso?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente |
| | | |
| 41 | <i>O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, tais como rezar ou meditar, é suficiente para atender suas necessidades?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente |
| | | |
| 42 | <i>O apoio que você recebe de atividades religiosas, tais como ir a algum templo religioso (igreja ou sinagoga), é suficiente para atender suas necessidades?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente |
| | | |
| 43 | <i>Ter uma estomia tem trazido mudanças positivas na sua vida?</i> | Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante |

Muitas pessoas têm compartilhado histórias sobre suas vidas com uma estomia. Por favor, compartilhe conosco o maior desafio que você enfrentou por ter uma estomia

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Efeitos da dança circular na qualidade de vida em pessoas estomizadas intestinais: ensaio clínico randomizado controlado”, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristilene Akiko Kimura. Trata-se de um estudo experimental, do tipo ensaio clínico randomizado controlado, que busca conhecer o efeito de intervenções em saúde. Este método é considerado uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica. Esta pesquisa será disponibilizada para um grupo experimental que receberá a intervenção (dança circular) e um grupo controle que receberá o tratamento convencional, sendo que todos os potenciais participantes devem estar cadastrados no Programa de Estomizados do Distrito Federal e assistidos nos Ambulatórios de Estomizados do Hospital Regional de Planaltina (HRPI) e da Regional de Estomizados do Hospital Regional de Sobradinho (HRS).

O objetivo desta pesquisa é verificar o efeito da dança circular sobre a qualidade de vida de pessoas com colostomia.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A participação do (a) senhor (a) se dará por meio de uma avaliação clínica, de dois questionários sendo, o sociodemográfico e clínico, e o questionário *COH-QOL-OQ – City of Hope*, que é uma versão adaptada do *COH-QOL-OQ (Vadpt) COH-QOL-OQ – City of Hope* - Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados e a uma entrevista, com a utilização de um gravador. Os procedimentos da coleta de dados serão realizados no Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS), situado em Planaltina - DF e no Ambulatório de Estomizados do HRS. Com um tempo estimado de 2 (duas) horas. As práticas da dança circular terão um período da intervenção: 12 (doze) semanas; frequência: 02 (duas) vezes por semana na quinta-feira e sexta-feira no horário das 8h às 9h; duração: de 60 (sessenta) minutos, que será realizada no CERPIS. A coleta de material biológico, sob a forma de sangue venoso, se dará de acordo com o protocolo padrão de venopunção, atendidas as demandas da legislação vigente. O material biológico excedente ficará armazenado pelo período de 5 (cinco) anos no Laboratório de Análises Clínicas e Saúde (Laclisa). Os dados

clínicos serão obtidos por meio de exames para determinação de Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e aferição de Pressão Arterial. Será utilizado um dispositivo BodyStat 1500, para obtenção dos dados antropométricos, de forma não invasiva.

Os riscos decorrentes da participação do (a) senhor (a) na pesquisa consiste no possível dano no bem-estar físico, pois existe a preocupação com os gases, odores de fezes eliminadas, vazamentos, resultando no desconforto físico. Além disso, os riscos associados com a coleta de sangue incluem: dor, hematoma, ou outro desconforto no local da coleta. Raramente desmaio ou infecções no local de punção podem ocorrer. Cuidados serão tomados para minimizar esses riscos. Ainda você pode experimentar efeitos colaterais que não conhecidos até o momento ou não foram relatados.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar, estará contribuindo para a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas ações de estratégias de atenção à pessoa com estomia intestinal. Essa inclusão pressupõe o acesso democrático aos serviços de saúde por todos os cidadãos e em toda a rede assistencial do sistema, com ênfase na Atenção Básica, considerando o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades e necessidades individuais e coletivas.

A pesquisadora responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no TCLE, deverá comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender a pesquisa.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Cristilene Akiko Kimura (Pesquisadora Responsável) no número (61) 98139-5839, ou pode enviar um e-mail: cris.akiko7@gmail.com, ou telefone para a Dirce Bellezi Guilhem (Professora/Orientadora) no número (61) 98158-7000 ou pode enviar um e-mail: guilhem@unb.br, pode ser realizar ligação a cobrar. Na Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem Programa de Pós- Graduação em Enfermagem no telefone (61) 3107-1947, no horário de atendimento de 9h às 12h e de 14h as 17h, de segunda a sexta-feira.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1976 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no horário de atendimento de 10h as 12h e de 13h30minh as 15h30minh, de segunda a sexta-feira. Além disso, pelo telefone (61) 3325-4956 ou do e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com, no horário de atendimento de 8h30 as 11h30, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, e o CEP/FEPECS se localiza na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, no SHN Quadra 3 Conjunto A Bloco 1, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Brasília/DF, ___ de _____ de _____.

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

APÊNDICE B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Eu _____ CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, por meio do presente termo, os pesquisadores Cristilene Akiko Kimura e Dirce Bellezi Guilhem do projeto de pesquisa intitulado “Efeitos da dança circular na qualidade de vida em pessoas com estomia intestinal: ensaio clínico randomizado controlado” a realizarem as filmagens, fotos e/ou a colherem meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas filmagens, fotos (seus respectivos negativos), e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem, ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília/DF, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Responda, por favor, as perguntas com uma resposta que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer será considerado estritamente confidencial.

| | |
|------------------------------|--------------|
| Hospital/Ambulatório: | Data: |
|------------------------------|--------------|

A – Dados Socioemográficos

| | |
|---------------|--|
| Idade: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|---------------|--|

| | |
|--|---|
| Qual o seu estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> solteiro | Convívio Familiar <input type="checkbox"/> Com os pais/familiares <input type="checkbox"/> Com companheiro <input type="checkbox"/> Com companheiro/filhos <input type="checkbox"/> Com filhos <input type="checkbox"/> Com pais e parentes <input type="checkbox"/> Sem convívio familiar |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Qual a sua Religião? () Católico () Evangélico () Espirita () Outro | Você pratica sua religião? () sim () não |
|--|--|

| |
|--|
| Qual o grau de instrução que obteve? <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Anos de estudos completados: _____ |
|--|

| |
|--|
| Qual a sua situação frente ao trabalho atualmente? <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado |
|--|

| |
|---|
| Qual a renda familiar mensal (em reais) da sua casa? (juntando o salário de todos os que trabalham) <input type="checkbox"/> menos de 1 salário mínimo (R\$880,00) <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 6 salários mínimos ou mais |
|---|

| |
|--|
| Qual o número de pessoas que contribuem para a obtenção da renda familiar? <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
|--|

B – Dados Clínicos

Qual a causa de sua cirurgia em que fez a estomia?

Há quanto tempo fez a cirurgia?

Qual o caráter de seu estomia?

temporário/ provisório

definitivo/ permanente

Faz uso de irrigação?

Sim Não

Quais as doenças que você possui? (mesmo se estiverem controladas)

Você faz uso de cigarro?

Sim Não

Você faz acompanhamento neste ambulatório?

Sim Não

Recebe equipamentos coletores e adjuvantes neste ambulatório?

Sim Não

APÊNDICE D - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

As informações dos resultados da avaliação clínica serão consideradas estritamente confidenciais.

| | |
|------------------------------|--------------|
| Hospital/Ambulatório: | Data: |
|------------------------------|--------------|

Avaliação Clínica

Nome:

DN: ____/____/____

Idade:

Sexo: M F

Medicamentos?

() Sim () Não

Quais as medicações?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Aspectos Cardiológicos – tempo inicial

PA: _____

FC Repouso: _____ FR Repouso: _____

Aspectos Cardiológicos- Tempo final

PA: _____

FC Repouso: _____ FR Repouso: _____

APÊNDICE E - ENTREVISTA - QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM COLOSTOMIA

Instruções: As questões seguintes referem-se sobre os desafios que a pessoa enfrenta após a confecção da estomia intestinal e sobre a prática da dança circular. Cada indivíduo tem uma experiência pessoal e gostaríamos que compartilhasse a sua. Não há respostas certas ou erradas. Por isso, fale tão sinceramente quanto possível. Todas as suas respostas são confidenciais.

1. Fale-me o que é ser um estomizado em relação aceitação e adaptação do seu corpo, sobretudo sua aparência e dificuldade de cuidar de sua estomia.
2. Fale-me como são suas relações pessoais, suas atividades sociais/recreativas e esportivas.
3. Fale-me sobre a interferência da estomia intestinal na sua intimidade.
4. Conte-me se houve alguma mudança em sua vida espiritual ou ampliação dos seus conceitos relacionados à religiosidade após a confecção da estomia.
5. Fale-me sobre os serviços em saúde e enfermagem prestados para seu cuidado com a bolsa de colostomia.
6. Conte-me se a dança circular proporcionou algum benefício.

APÊNDICE F - FICHA DA BIOIMPEDÂNCIA

Exame Bioimpedância (tempo final)

Peso valor atual: _____ Peso valor ideal: _____
Peso em Gordura: _____
Peso em Massa Magra: _____
Altura: _____ IMC: _____
Circunferência Abdominal: _____
Água Corporal Peso Atual: _____ Porcentagem atual: _____ Porcentagem
Ideal: _____
Massa Magra Peso Atual: _____ Porcentagem atual: _____ Porcentagem
Ideal: _____
Gordura Corporal Peso Atual: _____ Porcentagem atual: _____ Porcentagem
Ideal: _____
GEB: _____
VEB: _____

APÊNDICE G – FOTOS DOS PARTICIPANTES NAS PDCs NO CERPIS, PLANALTINA (BRASÍLIA/DF), BRASIL

Figura 25 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 26 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 27 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 28 - PDC com o grupo experimental



Fonte Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 29 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 30 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 31 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 32 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 33 – PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 34 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 35 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 36 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 37- PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 38- PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 39 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 40 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 41 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 42- PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 43 - PDC com o grupo experimental



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 44 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 45- PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisador, 2016.

Figura 46 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 47 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 48 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 49 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 50 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.

Figura 51 - PDC com os Grupos Experimental e Controle



Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2016.