



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Shirley Santos Martins

**Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas
estomizadas**

Rio de Janeiro

2023

Shirley Santos Martins

Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas estomizadas

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro

Coorientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/A

M386 Martins, Shirley Santos
Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas
estomizadas / Shirley Santos Martins. – 2023.
120 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro
Coorientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-Graduação em Ciências Médicas.

1. Estomia – Psicologia – Teses. 2. Saúde sexual – Estatística e dados numéricos – Teses. 3. Qualidade de vida – Psicologia – Teses. 4. I. Carneiro, Sueli Coelho da Silva. II. Santos, Orlando José dos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 613.86/.88

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo CRB7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Shirley Santos Martins

Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas estomizadas

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 11 de agosto de 2023.

Coorientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos
Universidade Federal do Maranhão

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Flávia de Freire Cassia
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra. Virginia Fernanda Januario
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico às pessoas estomizadas atendidas por mim, ao longo de vinte e três anos no ambulatório do Hospital Presidente Dutra do HU-UFMA – em especial, aqueles que participaram com boa vontade e colaboraram para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte maior de todo o conhecimento, autor do meu destino, que me dá força e coragem para atingir os meus objetivos.

A toda minha família, nas pessoas da minha mãe, irmãos e sobrinhas, que sempre torceram pelo meu sucesso.

À minha orientadora, Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro, e coorientador, Prof. Dr. Orlando José dos Santos, pela disponibilidade, incentivo, conhecimento e apoio na realização deste trabalho em todas as suas etapas.

Às enfermeiras Suzana Nepomuceno, Ayanne Nardini e Bianca Ferreira, do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde do HU-UFMA, pelas valiosas participações neste estudo.

À equipe de profissionais de enfermagem pelo apoio e incentivo, José *Adailton* Roland Diniz, Elizabeth Santos de Andrade Malheiros, Elisangela Siqueira Monteiro, Maricleire Ferreira Pereira, Darci Ramos Fernandes, Tânia Pavão Oliveira Rocha Oliveira e Líscia Divana Carvalho Silva.

À Prof.^a Dra. Rita Carvalhal Corrêa, Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-UFMA, pelo acolhimento e incentivo na concretização de cada passo do programa.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, pela parceria e oportunidade dada aos profissionais do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Você não tem alma. Você é uma alma. Você tem um corpo.

C.S. Lewis

RESUMO

MARTINS, Shirley Santos. **Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas estomizadas**. 2023. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

As pessoas estomizadas vivenciam alterações fisiológicas e corporais quando apresentam estomias de eliminação para drenagem de fezes ou urina. Tal conjuntura pode afetar a função sexual e a qualidade de vida desses indivíduos. A pesquisa teve como objetivo avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida e dados sociodemográficos e clínicos de estomizados. Trata-se de um estudo, transversal, quantitativo, realizado em um ambulatório especializado no atendimento a pacientes estomizados. O período da coleta se deu de 2019 a 2021, foram incluídas 173 pessoas de ambos os sexos com estomias de eliminação, maiores de 18 anos. Foi utilizado um formulário para caracterização sociodemográfica e clínica, além de instrumentos validados para avaliar: função sexual (Quociente sexual: versão masculina – QSM e versão feminina – QSF) e qualidade de vida (City of Hope - Quality of Life - COH-QOL). Os dados foram analisados por meio dos testes Qui-quadrado. A normalidade pelo teste Shapiro Wilk, na comparação de médias foi utilizado o Teste-T de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Na análise, para cada domínio do COH-QOL foi calculada uma média e categorizado em grave, moderado e leve impacto. Foi evidenciado, a partir dos resultados, significância estatística ($p < 0,001$) da função sexual. Os homens apresentaram melhor desempenho sexual (45,28%), as mulheres os piores desempenhos (35,83%). O bem-estar espiritual ($7,79 \pm 1,5$) se apresentou como melhor domínio. As variáveis sociodemográficas associadas à função sexual e qualidade de vida mostraram melhor quociente sexual ($p = 0,001$ T) entre os homens. Os resultados que se associaram significativamente à QV das pessoas foram número de filhos (0,046 A), previdência social ($p = 0,028$ A) e número de cômodos nos domicílios ($p = 0,039$). Houve diferença estatística no Quociente Sexual ($p = 0,001$ T) relacionada às causas para confecção de estomia e *diabetes mellitus* (0,042 T), hipertensão arterial ($< 0,001$) e outras comorbidades ($< 0,001$ T). Não foi encontrada associação entre função sexual e qualidade de vida em ambos os sexos. Podemos observar melhor padrão de desempenho sexual entre os homens. O bem-estar espiritual foi um fator importante na qualidade de vida moderadamente impactada dos estomizados. Espera-se que a pesquisa proporcione reflexões aos profissionais de saúde e possibilite intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências que identifiquem os problemas e soluções a serem implementadas.

Palavras-chave: estomia; qualidade de vida; função sexual.

ABSTRACT

MARTINS, Shirley Santos. *Evaluation of sexual function and quality of life of people with a stoma*. 2023. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

People with a stoma experience physiological and bodily changes when they have elimination ostomies for draining feces or urine, this condition can affect function and sexual quality of life. The objective of the study was to evaluate sexual function and its association with quality of life and sociodemographic and clinical data of people with a stoma. This is a cross-sectional, quantitative study carried out in an outpatient clinic specialized in caring for patients with a stoma. The collection period was from 2019 to 2021, 173 people of both sexes with elimination stomas, over 18 years old, were included. A form for sociodemographic and clinical characterization was used, in addition to validated instruments to assess: sexual function (Sexual quotient: male version - QSM and female version - QSF) and quality of life (City of Hope - Quality of Life - COH-QOL) . Data were analyzed using Chi-square tests. Normality was assessed using the Shapiro Wilk test, when comparing means, Student's T-Test was used for independent samples or Analysis of Variance (ANOVA) with post-hoc Bonferroni. In the analysis, for each COH-QOL domain, an average was calculated and categorized into severe, moderate and mild impact. It was evidenced from the results, statistical significance ($p < 0.001$) of the sexual function. Men showed better sexual performance (45.28%), women the worst performances (35.83%). Spiritual well-being (7.79 ± 1.5) was the best domain. The sociodemographic variables associated with sexual function and quality of life showed a better sex ratio ($p = 0.001$ T) among men. The results that were significantly associated with people's QoL were number of children (0.046 A), social security ($p = 0.028$ A) and number of rooms in the homes ($p = 0.039$). There was a statistical difference in the Sex Quotient ($p = 0.001$ T) related to the causes for making ostomy and diabetes mellitus, (0.042 T), arterial hypertension (< 0.001) and other comorbidities (< 0.001 T). No association was found between sexual function and quality of life in both sexes. We can observe a better pattern of sexual performance among men. Spiritual well-being was an important factor in the moderately impacted quality of life of ostomy patients. It is hoped that the research will enable reflections by health professionals and enable early and continuous interventions, based on evidence that identifies the problems and solutions to be implemented.

Keywords: ostomy; quality of life; sexual function.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
AR	Ressecção Anterior
ANOVA	Análise de Variância
BEE	Bem-estar Espiritual
BEF	Bem-estar Físico
BEP	Bem-estar Psicológico
BES	Bem-estar Social
EUA	Estados Unidos da América
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IOA	<i>International Ostomy Association</i>
MS	Ministério da Saúde
QSF	Quociente Sexual Feminino
QSM	Quociente Sexual Masculino
QV	Qualidade de Vida
RADQT	Efeitos de Terapias Adjuvantes
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UOA	<i>United Ostomy Association</i>
UOAA	<i>United Ostomy Associations of America</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REVISÃO DE LITERATURA	13
1.1	Cirurgia de estomias de eliminação	13
1.2	Políticas Públicas	15
1.3	Aspectos Epidemiológicos	17
1.4	Função Sexual do estomizado	18
1.5	Qualidade de vida do estomizado	20
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	Delineamento do estudo	23
3.2	Local do estudo	23
3.3	População e amostra	23
3.4	Instrumentos utilizados para coleta de dados	24
3.4.1	<u>Caracterização socioeconômica e clínica</u>	24
3.4.2	<u>Função sexual</u>	25
3.4.3	<u>Qualidade de vida</u>	25
3.5	Procedimento para a coleta de dados	26
3.6	Processamento e análise dos dados	26
3.6.1	<u>Análise estatística</u>	26
3.6.2	<u>Texto do cálculo do COH-QOL-OQ</u>	27
3.7	Considerações sobre os aspectos éticos	27
3.8	Organização do estudo	28
4	RESULTADOS	29
4.1	Artigo 1: Análise do desempenho sexual de homens com estomias (Artigo Publicado)	29
4.2	Artigo 2: Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário (Manuscrito) ..	45

4.3	Artigo 3: Função sexual e qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação em um Hospital Universitário (Manuscrito)	56
	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	ANEXO A – City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire” – COH-QOL-OQ.....	79
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
	ANEXO C – Formulário 1 – Perfil Sócio Demográfico e Clínico.....	86
	ANEXO D – Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M).....	88
	ANEXO E – Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).....	90
	ANEXO F – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA.....	92
	ANEXO G – Artigo 1: Análise do desempenho sexual de homens com estomias” teve como objetivo investigar as características que influenciam o desempenho sexual de homens estomizados.....	99
	ANEXO H – Artigo 2: Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário.....	112

INTRODUÇÃO

O termo estoma origina-se da palavra grega *stoma* que significa “abertura”, “boca” ou “orifício”, é uma abertura criada artificialmente com a finalidade de desviar o trajeto habitual de eliminação ou alimentação. As estomias de eliminação do trato gastrointestinal são nomeadas segundo o segmento intestinal afetado: denominam-se ileostomias, quando o estoma é realizado no intestino delgado, e colostomias, quando são confeccionadas no intestino grosso. No trato urinário para o desvio do fluxo de urina é intitulado urostomia⁽¹⁾.

Em virtude de ser a melhor indicação acadêmica e recomendação da Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest), e por ser o mais apropriado à língua portuguesa, segundo a recomendação da Academia Brasileira de Letras, para fins de padronização, neste estudo, adota-se o termo estomia, embora em alguns textos incluindo artigos em leis, seja utilizado a palavra ostomia e o termo ostomizado.

As intervenções cirúrgicas sofridas pelos estomizados geram disfunções fisiológicas e pode levá-los a se sentirem rejeitados, com dificuldades de readaptação. Entre os homens, o estoma intestinal pode provocar a redução ou perda de libido (com disfunções eréteis e problemas na ejaculação), já as mulheres, além da diminuição da libido, há relato de dispaurenia durante o ato sexual⁽²⁾.

A pessoa estomizada vivencia desafios diversos, pode-se afirmar que a alteração do seu corpo, pode desencadear sentimentos como vergonha, insegurança, depressão, ódio, repulsa e não aceitação da sua nova condição, ainda que compreenda a necessidade da confecção da estomia como meio de recuperação da saúde. Além disso, a utilização dos equipamentos coletores /bolsas coletoras, dificulta o convívio social devido o receio da eliminação sem controle de gases, odor, bem como vazamento de fezes e desconforto físico, levando o estomizado a adotar uma postura de distanciamento, isolamento social e do ambiente de trabalho⁽³⁻⁵⁾.

Ademais, o estomizado também é afetado pelas repercussões dos encargos financeiros aumentados que, somados as dificuldades de adaptação, problemas sexuais e distúrbios psicológicos podem gerar ansiedade, depressão e interferir na qualidade de vida dessas pessoas. Dessa forma, faz-se necessário o aconselhamento sexual e psicológico com grupos de apoio aos estomizados, bem

como serviços de saúde gratuitos com profissionais de saúde preparados para melhor atender essa população⁽⁶⁾.

Diante do exposto, a presente pesquisa busca compreender a relação entre função sexual e qualidade de vida da pessoa estomizada, a fim de obter dados que sirvam de ferramentas norteadoras aos profissionais de saúde na tomada de decisão, fornecendo-lhes subsídios para melhor enfrentamento dos problemas com intervenções e ações, segundo a necessidade de cada indivíduo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Cirurgia de estomias de eliminação

A estomia, abertura artificial, recebem denominações segundo o segmento corporal exteriorizado: traqueostomia (estomia de respiração), gastrostomia e jejunostomia (estomia de alimentação) e urostomias, ileostomias e colostomias (estomias de eliminação).

As colostomias derivam do intestino grosso, sendo classificadas em: colostomia ascendente (efluente a princípio semilíquido e posteriormente pastoso), transversa (efluente semilíquido a pastoso) e descendente (efluente pastoso a sólido).

As ileostomias são estomias derivam do intestino delgado (efluente eliminado apresenta consistência líquida à semipastosa).

A urostomia é uma derivação para drenagem de urina e a causa mais comum é o câncer de bexiga, além de cistite intersticial, traumas e doenças na coluna espinhal⁽⁷⁾.

Existem evidências de que a realização da primeira estomia foi realizada em 350 A.C por trauma abdominal,“ e Aod tirou uma adaga e cravou no ventre do rei de Moab.e logo e excrementos do ventre surgiram pela ferida”. Ao longo dos séculos as técnicas cirurgicas foram sendo aperfeiçoadas, em 1943, no Canadá, foi realizada a primeira proctocolectomia com ileostomia definitiva em uma jovem acometida por colite ulcerativa, já em 1950 desenvolveram a técnica de colostomia terminal extraperitoneal⁽⁸⁾.

A causa mais comum para confecção de uma estomia digestiva é o câncer colorretal, seguido por doenças inflamatórias, lesões, doenças congênitas, malformações e obstruções intestinais, com maior destaque para o Câncer colorretal, pela significativa incidência. Outrossim, a estomia urinária tem como causa predominante o câncer de bexiga, é o câncer mais predominante do trato urinário inferior⁽⁹⁻¹¹⁾.

Nas últimas décadas houve avanços no tratamento multimodal do câncer colorretal, porém o tratamento cirúrgico continua sendo o mais indicado para o câncer

de cólon , em que pode ser realizado a ressecção total do tumor com margens adequadas e linfadenectomia (ou seja, colectomia), e ser confeccionada uma colostomia temporária. No câncer retal, quando o tumor está localizado na parte média ou superior do reto é possível a ressecção anterior (AR), permitindo assim a preservação da função esfíncteriana, porém se o tumor estiver na porção mais baixa, é realizada uma ressecção perineal abdominal que gera perda do esfíncter anal e confecção de uma colostomia em caráter permanente⁽¹²⁻¹³⁾.

A reconstrução do trânsito intestinal-RTI depende da causa, da técnica cirúrgica, dos fatores de risco inerentes ao paciente(idade, comorbidades, dentre elas as principais estão cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial) e efeitos de terapias adjuvantes (RADQT). Portanto, não é incomum o prolongamento do tempo como pessoa estomizada e perda na sua qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Na estudo de Rodrigues, foi evidenciado que 91% da população submetida à RTI era dependente do SUS, 47% com diagnóstico oncológico, 69% com colostomia e 66% foram submetidos à cirurgia de urgência ⁽¹⁵⁾.

As pesquisas são escassas, mas sabe-se que a maior permanência com estomias temporárias, aumenta os custos para o sistema de saúde, tanto pelo gasto com novos exames, avaliações médicas pré-cirúrgicas, como também pela aquisição de equipamentos coletores, adjuvantes, manutenção de equipes qualificadas na atenção da pessoa com estoma, há também custos com afastamento previdenciário dentre outros que sobrecarregam e oneram ainda mais os sistemas governamentais⁽¹⁴⁾.

Embora, o câncer seja uma causa frequente para a realização de uma estomia, segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso), estimava-se que no Brasil, no início da década passada havia cerca de 50 mil estomizados, sendo que muitos desses indivíduos era submetidos à procedimento cirúrgicos, por serem vítimas de traumatismos por arma branca, arma de fogo e acidentes⁽¹⁶⁾.

Independente da causa, a realização de uma estomia pode gerar complicações pós-operatórias que interferem na qualidade de vida e ainda sobrecarregar o sistema de saúde. Os pacientes sem complicações na estomia em geral pode viver uma vida normal com poucas restrições em seu estilo de vida⁽¹⁷⁾.

As complicações pós-operatórias mais comuns são as hérnias paraestomais (hérnias incisionais no local do estoma); prolapso (protrusão de toda a espessura do intestino através de um estoma), necrose do estoma(suprimento inadequado de

sangue ao seguimento exteriorizado); retração(inversão da junção mucocutânea em direção à parede abdominal); estenose(diminuição da abertura do estoma associada à retração) e separação mucocutânea(descolamento parcial ou circunferencial da mucosa da pele periestomal^(17,18)).

Há outras complicações como a dermatite de contato e infecção da pele periestomal, que surgem em devido a complicações pós-operatórias supracitadas, traumas mecânicos durante remoção repetida da bolsa coletora ou por alergia ao material do equipamento. Nesses casos o equipamento coletor não adere a pele e não consegue impedir o vazamento de efluente devido a sua má adaptação. Todavia, a consulta pré-operatória para realização de demarcação do local do estoma por um com enfermeiro especialista em estomaterapia ou cirurgião experiente tem demonstrado reduzir as complicações pós-operatórias⁽¹⁹⁾.

Além de tudo, as estomias alteram a imagem corporal que afeta a autoestima, as relações sociais e obriga o estomizado a se adaptar as mudanças nas suas atividades diárias, como: afazeres domésticos, esportes, atividades de lazer bem como mudanças nos hábitos alimentares, como diminuição ou exclusão de grupos alimentares importantes e mudanças significativas no estado nutricional^(10,20).

As identificações de indivíduos em risco por má adaptação devem ser abordadas antes da cirurgia para facilitar a reabilitação psicológica e dessa forma alcançar maior qualidade de vida em diversas esferas⁽²¹⁾.

Portanto, é necessário que a assistência ao estomizado receba uma avaliação clínica sistematizada desde a fase pré-operatória, para tanto a equipe multiprofissional deverá ser capacitada e assegurar o contínuo acompanhamento até no nível ambulatorial por meio de respostas técnicas que cada situação exigir.

1.2 Políticas Públicas

Os pacientes estomizados, por apresentarem características comuns com necessidades e reações próprias a sua identidade, organizam-se como um grupo especial para tratar das condições pessoais de cada um, bem como, as variações externas, tais como a qualidade do suporte familiar, financeiro e assistencial recebidos em todas as fases do tratamento cirúrgico⁽²²⁾.

Em 1962, foi criado nos Estados Unidos, a United Ostomy Association (UOA), na qual foi estabelecido os direitos das pessoas com estomia e as normas de ajuda a programas em países menos desenvolvidos (fornecimento de equipamentos coletores). Em 1970 foi criada a International Ostomy association (IOA), com o objetivo de promover ações de abrangência global⁽²³⁾.

A IOA tem a função de desenvolver ideias e oferecer um fórum para troca de informações de trabalho e de experiências dentro de cada região, ajudar no planejamento e estruturação de novas Associações⁽²⁴⁾.

No Brasil, a primeira associação denominada Clube dos Ostromizados do Brasil, foi criada em 1975⁽⁸⁾.

Em 1982 foi criada a Associação Brasileira de Ostromizados (Abraso), vários outros núcleos regionais estão ligadas a essa entidade, que tem como objetivo representar as pessoas estomizadas, fomentar a criação de novas associações, trocar experiências e colaborar com as autoridades de saúde do governo, organizações e afins, bem como reivindicar políticas públicas a favor dos estomizados^(25, 26).

Os Programas Públicos de Atenção ao Estomizado, ao criar políticas voltadas para a valorização das pessoas estomizadas, tem a importante função de fornecer suporte através leis e ações que auxiliem essa população na garantia dos seus direitos, incluindo informações ao público a respeito das suas condições e necessidades como suporte social, emprego, entre outros pertinentes a sua condição⁽²⁷⁾.

Desde o Decreto nº 5296/2004 as pessoa estomizadas foram incluídas na classificação de deficiência física, isso lhes garantiu todos os direitos pertinentes a essa categoria. A exemplo disso, temos a cota nas universidades e no mercado de trabalho, aposentadoria da pessoa com deficiência por tempo de contribuição ou por idade, benefício por incapacidade temporária (auxílio-doença), transporte gratuito urbano e inter-estadual⁽²⁸⁾.

Posteriormente, também foi emitida a Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009 que estabeleceu Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostromizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. A normativa, assegura aos pacientes seus direitos relativos ao recebimento pelo SUS dos equipamentos coletores (bolsas coletoras) e adjuvantes (protetores de pele, cintos) e os estados e municípios quanto à equipe de recursos humanos do Serviço de Atendimento aos Ostromizados⁽²⁹⁾.

1.3 Aspectos Epidemiológicos

De acordo com a United Ostomy Associations of America (UOAA), no ano de 2013 existiam aproximadamente mais de 750 mil ostomizados e 120 mil novas cirurgias foram realizadas anualmente nos Estados Unidos da América (EUA), a exata incidência e prevalência da cirurgia de estomia é desconhecida, estima-se mais recentemente uma faixa de 650.000 a 730.000 pessoas com estomia permanente nos Estados Unidos. Segundo a Abraso, no ano de 2007 no Brasil foram registrados 33.864 pessoas portadores de estomia ⁽³⁰⁻³⁴⁾.

O Ministério da Saúde afirma que existem mais de 400 mil pessoas estomizadas no Brasil, com estimativas de 10 a 15 mil novos casos anuais. Fio Cruz.br//ostomizados.net <http://ostomizados.net>. Porém, é difícil definir o perfil epidemiológico sobre as estomias, em virtude das variadas causas que a originam. Além disso, os dados sobre estomias são desafiadores porque dependem de registro sistematizado de informações, entretanto isso não ocorre de forma uniforme, possivelmente devido desigualdades estruturais e organizacionais dos serviços de saúde em nosso país de dimensão continental⁽³⁵⁾.

De acordo com as estimativas mais recentes do GLOBOCAN 2020, produzidas pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, ocorreram em ambos sexos em as todas as faixa etárias no mundo todo cerca de 1 931 590 de novos casos de câncer colorretal foi e 935 173 de morte. No geral, o câncer colorretal ocupa o terceiro lugar em termos de incidência, mas o segundo em termos de mortalidade. O câncer de bexiga é o décimo câncer mais comumente diagnosticado em todo o mundo, com aproximadamente 573.000 novos casos e 213.000 mortes⁽³⁶⁾.

A American Cancer Society estimou 81.400 novos casos de câncer de bexiga e 147.950 casos de câncer colorretal, incluindo 104.610 casos de câncer de cólon e 43.340 casos de câncer retal nos Estados Unidos até o final de 2020. Em torno de 30% dos pacientes com estágio avançado de câncer de bexiga ou colorretal (estágios II, III, IV para câncer de bexiga e estágio IV para câncer colorretal), rotineiramente são submetidos a cirurgias para confecção de uma estomia para desviar urina (urostomia para câncer de bexiga) ou fezes (ileostomia e colostomia para câncer colorretal)⁽³⁷⁻³⁹⁾.

1.4 Função Sexual do estomizado

O desenvolvimento adequado da atividade sexual inclui várias fases, iniciando-se pela fase do desejo, passando pela excitação sexual e finalizando com o orgasmo e resolução, representado assim pelo relaxamento, alterações ou perturbações no seu ciclo de caracteriza as disfunções sexuais, que podem ser primária, se coincide com o início da atividade sexual e secundária se foi adquirida ao longo da vida ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

É importante atentar que a atividade sexual é um dos componentes da sexualidade e, portanto, não devem ser tratados como sinônimos. Portanto, a atividade sexual neste pode ser caracterizada pela utilização dos órgãos genitais para obtenção de prazer e/ou reprodução⁽⁴³⁾.

De acordo com Medina, a pessoa com estomia por sofrer impacto no aspecto físico e emocional tende a viver limitação no ato sexual devido a alteração da auto-estima, ansiedade e medos ao tentar ter relações sexuais. Esses fatores levam a diminuição da libido, alterações na ereção ou no orgasmo ao ter receio de possíveis lesões ou de vazamento do efluente contido na bolsa. Diante disso, pode-se afirmar que o aspecto social está relacionado à percepção de seu parceiro, sua família e outros colegas⁽⁴⁴⁾.

Apesar de alguns estudos apontarem que os pacientes estomizados referem não ter uma vida sexual satisfatória, existem pouquíssimas pesquisas sobre sexualidade e disfunção sexual em estomizados. As investigações nesta área são majoritariamente centrados na intervenção cirúrgica (recuperação, autocuidado e doença de base) ^(10,45).

As disfunções sexuais em pessoas estomizadas pode decorrer da doença de base, da própria cirurgia ou do tipo de tratamento, principalmente nas neoplasias malignas, em que é gerado um ânus artificial, podendo afetar significativamente a atividade sexual das pessoas submetidas a essas cirurgias. Nas mulheres, se apresenta por hipossexualidade, secura vaginal e dor durante a relação sexual, enquanto nos homens, se observa por disfunção erétil e anejaculação⁽⁴⁶⁾

Em um estudo realizado por Almont e col., foi identificado em um grupo constituído por homens e mulheres diagnosticados com câncer de cólon e retal, uma diminuição no desejo sexual, da frequência das relações sexuais e possibilidade de atingir um orgasmo. Em relação a orientação sobre sexualidade, apenas 20% dos

homens, 11% das mulheres, sendo 33% dos pacientes com câncer retal e 11% dos pacientes com câncer de cólon, se lembravam de ter discutido sexualidade com a equipe médica⁽⁴⁷⁾.

Saraco também mostra em sua pesquisa que embora 80% estomizados, considerasse a atividade sexual importante, somente 42% retomou a sua atividade sexual pré-operatória após a cirurgia. Dos participantes em apenas 20% dos casos houve um correto aconselhamento pré-operatório sobre os possíveis problemas sexuais relacionados à presença do estoma; 13% dos pacientes consideraram o aconselhamento insuficiente. Cerca de 56% dos pacientes não foram informados sobre as consequências da estomia na atividade sexual, mas 10% declararam não querer ser informados a respeito⁽⁴⁸⁾.

Ibaugh, verificou em um estudo observacional com participação de pacientes de ambos sexos com câncer de bexiga, que as mulheres relataram ter dificuldade em ter ao orgasmo (possivelmente por uma redução no volume endoluminal vaginal e danos ao fluxo vascular), enquanto os homens relataram disfunção erétil (possivelmente por danos aos nervos simpático e parassimpático), originando dessa forma redução importante da libido e afetando seu relacionamento com seu parceiro⁽⁴⁹⁾.

As pesquisas também mostram que a sexualidade é uma questão importante aos estomizados, porém os pacientes sentem dificuldades em falar sobre esse tema com outras pessoas, principalmente com os profissionais de saúde que ao atenderem as pessoas com estomias de eliminação não dão a devida atenção aos aspectos da função sexual que muitas vezes fica comprometida pelos tratamentos terapêuticos e pela presença do estoma⁽⁴⁸⁾.

O tratamento da disfunção sexual após a cirurgia pode ser um processo complexo que exige cooperação multidisciplinar com avaliação pré e pós-operatória e o aconselhamento sexual devem ser fornecidos por uma equipe especializada

Outrossim, os profissionais de saúde não abordam questões sobre sexualidade porque carecem de conhecimento, treinamento e habilidades técnicas para trabalhar com essas questões. Portanto, os pacientes raramente recebem tratamento para disfunção sexual após serem estomizados^(51,52).

1.5 Qualidade de vida do estomizado

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁵³⁾.”

As pesquisas sobre qualidade de vida iniciadas em maior volume na década de 70, foram progressivamente sendo assimiladas na prática clínica com devido rigor metodológico, Entretanto, o termo “qualidade de vida” adquiriu significados diversos que abrangem desde o “ estado de saúde”, funcionamento físico, sintomas, ajuste psicossocial, bem-estar a satisfação com a vida e felicidade, logo a comparação dos achados entre os estudos, suas conclusões e aplicação na prática são complexas tanto na pesquisa quanto na prática clínica⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, que engloba e transcende o conceito de saúde; é composto por múltiplos domínios, incluindo domínios físicos, psicológicos e ambientais. Haja vista que um melhor tratamento médico possibilita maior sobrevivência das pessoas com doenças e condições crônicas. Assim, o interesse crescente na pesquisa sobre qualidade de vida, tem focado não somente nos resultados do tratamento, mas também nas consequências na vida das pessoas ^(56,57).

A pesquisa realizada por Haraldstad et al.⁽⁵⁸⁾, averiguou que os estudos de qualidade de vida têm sido realizados em diversos países, os Estados Unidos apresentam maior número de artigos publicados, seguidos pela China, porém, são escassos em países africanos. Os pacientes com doenças específicas, especialmente diferentes, tipos de câncer e outras doenças crônicas, são os grupos mais estudados, a fim de os resultados direcionem a melhor intervenção clínica, forneça informações aos médicos e formulem políticas para alocação de recursos nos cuidados de saúde

A cirurgia de confecção de uma estomia tem como objetivo prolongar a vida dos pacientes e ajudá-los ao retorno de suas atividades anteriores a cirurgia, porém, diversos estudos identificam nas pessoas com estomia problemas psicossociais como ansiedade, depressão, má imagem corporal, problemas sexuais, prejuízo nas relações sociais e problemas de ajustamento, além dos sentimentos de incerteza, estigma, que interferem nas relações sociais e o apoio do companheiro ou da família.

Esses problemas dificultam a adaptação do indivíduo ao estoma e afetam negativamente a qualidade de vida^(30, 59, 60).

A estomia influencia a QV do estomizado no seu aspecto geral e afeta o padrão de estilo de vida. O aconselhamento pré-operatório adequado e os serviços de acompanhamento pós-operatório para pacientes e suas famílias são essenciais para abordar problemas multidimensionais, incluindo aspectos psicossociais e sexuais⁽⁶¹⁾.

As pessoas estomizadas sofrem em alguma medida impactos negativos na qualidade de vida, isso tem gerado preocupação no aspecto global da saúde dessa. Entretanto, os profissionais de saúde são pouco capacitados para oferecer assistência mais abrangente e com maior qualidade a esse paciente, isso deve-se a falta de compreensão à respeito dos fatores que influenciam o adequado atendimento ao estomizado⁽⁶²⁾.

Duque et al.⁽⁶³⁾, evidenciou em seu estudo os efeitos positivos na QV de pessoas com estomias após intervenções socioeducativas por meio de mediações pedagógicas presenciais e virtuais. A intervenção considerou ações que promoviam o cuidado com o corpo, negociando estratégias de autocuidado, promovendo autonomia e autoconfiança, a fim de fortalecer a segurança e melhorar a QV da pessoa, sua família e seu meio social. Dessa forma, o apoio ao doente após a realização da estomia é imprescindível para manter a QV nas diferentes dimensões.

Para melhorar a qualidade de vida da pessoa com estomia, os profissionais de saúde devem ampliar a comunicação e induzir a adaptação psicossocial a nova condição junto a família e amigos, a fim de reduzir seu sentimento de vergonha e capacitá-los para aceitar o estoma, ao adaptar-se ao estoma e aceitar a deficiência de forma racional retornará a sociedade sem maiores problemas⁽⁶⁴⁾.

Dessa forma, para melhorar a qualidade de vida da pessoa com estomia, os profissionais de saúde devem ampliar a comunicação e induzir a adaptação psicossocial a nova condição junto a família e amigos, a fim de reduzir seu sentimento de vergonha e capacitá-los para aceitar o estoma, ao adaptar-se ao estoma e aceitar a deficiência de forma racional retornará a sociedade sem maiores problemas⁽⁶⁴⁾.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a associação entre função sexual e qualidade de vida de pessoas com estomias de eliminação.

2.2 Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes com estomias de eliminação no Hospital Universitário de São Luís- MA;
- b) identificar as características clínicas de pacientes com estomias de eliminação no Hospital Universitário de São Luís- MA;
- c) descrever a função função sexual e a qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação no Hospital Universitário de São Luís- MA; e
- d) verificar associação entre os dados sociodemográficos, clínicos, sexuais e de qualidade de vida em pacientes com estomias de eliminação no Hospital Universitário de São Luís- MA.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo é do tipo observacional, de corte transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Serviço Ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Centro de Referência no estado do Maranhão em assistência às pessoas com estomias pelo SUS, através dos Serviços de Coloproctologia e Urologia.

3.2 Local do estudo

O local de escolha para realização da pesquisa de campo foi o ambulatório de enfermagem em estomaterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), campo de atuação laboral da pesquisadora principal e referência no atendimento a pacientes com estomias de eliminação em caráter temporário ou permanente, oriundas de todo o estado. O HU-UFMA é uma instituição pública governamental de nível terciário, situada na cidade de São Luís-MA e dispõe dos Serviço de Coloproctologia e Urologia que também são referências no estado.

3.3 População e amostra

A população de interesse deste estudo foi composta por de adultos de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos de idade, atendidos no Ambulatório de Estomaterapia, da Unidade Hospitalar Presidente Dutra, que tivesse estomia de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia). Foram excluídos pacientes que não aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido - TCLE e que não estivessem hospitalizados ou com doença aguda.

O método de amostragem utilizado foi não o probabilístico, do tipo por conveniência. Foi realizado cálculo amostral, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra ficou estimada em 233 pacientes.

Contudo a amostra do presente estudo foi constituída por 173 pacientes estomizados, sendo 106 homens e 67 mulheres, em acompanhamento regular no ambulatório de estomaterapia no período de 2019 a 2021.

A principal causa de não alcançarmos o tamanho amostral previsto no início do estudo, deu-se em virtude da pandemia COVID-19 que durante o ano de 2019 voltou a funcionar de forma restritiva somente no final daquele período. Ademais, ocorreram mudanças na logística de atendimento ao estomizados em decorrência da implementação de novos termos de contratualização entre o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís-MA, bem como a abertura de novos centros de atendimentos a pessoa com estomia no sistema público de saúde estadual e municipal, após a pandemia.

3.4 Instrumentos utilizados para coleta de dados

3.4.1 Caracterização socioeconômica e clínica

Para avaliação das características sóciodemográficas e clínicas, utilizou-se um instrumento construído pelos autores, contendo idade, sexo, escolaridade e renda mensal familiar (em reais), estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal, tipo de estomia, tempo de permanência, causa para cirurgia de estomia, comorbidades, complicações, número de filhos, raça/cor (autodeclarada), tipo de habitação, tabagismo e atividade física.

3.4.2 Função sexual

A avaliação da função sexual foi realizada através dos questionários: Quociente Sexual Masculino (QSM) e Quociente Sexual Feminino (QSF), desenvolvidos e validados no Brasil^(65,66). Os instrumentos são formados por dez questões auto responsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100, onde os valores maiores indicam melhor padrão de desempenho sexual considerando-se: 82 - 100 pontos - bom a excelente; 62 - 80 pontos - regular a bom; 42 - 60 pontos - desfavorável a regular; 22 a 40 pontos - ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos - nulo a ruim. O quociente sexual masculino avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação 24 (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercurso⁽⁶⁵⁾. O quociente sexual feminino avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números 9 e 10, respectivamente⁽⁶⁶⁾.

3.4.3. Qualidade de vida

Para avaliar a QV foi utilizado o instrumento específico de avaliação de qualidade de vida de pessoas estomizadas que apresentou o maior número de publicações “City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire” – COH-QOL-OQ. (ANEXO A), versão validada para língua portuguesa⁽⁶⁵⁾. Este questionário é constituído por 43 itens. Além do resultado geral do CoH-QoL-OQ, os itens são

categorizados em quatro domínios: saúde física (itens 1 a 11), psicológica (itens 12 a 24), social (itens 25 a 36) e bem-estar espiritual (itens 37–43).

Todos os itens são questões da escala Likert com notas de 0 a 10. Porém, aqueles itens inversos são anotados antes da análise de acordo com as instruções dos autores, de forma que zero representa a pior avaliação e 10 representa a melhor avaliação. As pontuações totais dos domínios são calculadas somando as pontuações de todos os itens da escala e, em seguida, dividindo a pontuação total pelo número de itens em cada domínio. 1) O domínio saúde física é fortemente relacionada força física, fadiga pele ao redor da estomia interrupções de sono, dores ou sofrimentos, eliminação de efluentes e bem estar físico geral 2) domínio psicológico está relacionado a condições psíquicas do paciente como adaptação, prazer, constrangimento, qualidade de vida, memória, autocuidado,aparência,ansiedade, depressão e medo. 3) domínio social - envolve s relações pessoais,encargo financeiro , recreação privacidade, mudanças positivas e inclui também um item sobre satisfação com sua vida sexual; 4) domínio bem-estar espiritual as incertezas,pa razão de vida, atividades espirituais e religiosaspaz, esperançoso.

3.5 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, após os participantes serem abordados e convidados a participar da pesquisa. A concessão foi dada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B) utilizando-se de instrumento dividido em três partes, a primeira com dados sócio demográficos (ANEXO C), a segunda com itens referentes a escala de qualidade de vida (ANEXO D) e um terceiro instrumento com escala sobre sexualidade (ANEXOS E e F).

3.6 Processamento e análise dos dados

3.6.1 Análise estatística

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foi utilizado os testes Qui-quadrado. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste Shapiro Wilk, na comparação de médias foi utilizado o Teste-T de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 16 e o nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

3.6.2 Texto do cálculo do COH-QOL-OQ

O COH-QOL-OQ é um instrumento de avaliação de QV específico para estomizados, o qual apresenta 43 questões dispostas em quatro domínios: bem-estar físico (BEF), bem-estar psicológico (BEP), bem-estar social (BES) e bem-estar espiritual (BEE), com respostas apresentadas numa escala de 0 a 10, Domínio Bem-Estar Físico (BEF): 1 a 11, Domínio Bem-estar Psicológico (BEP): 12 a 24, Domínio Bem-Estar Social (BES): 25 a 36, Domínio Bem-Estar Espiritual (BEE): 37 a 43.

Antes da análise dos dados a pontuação das respostas das questões do COH-QOL-OQ foram padronizadas para que o zero fosse a pior resposta e o 10 a melhor resposta. Na análise, para cada domínio foi calculada uma média: somando todos os itens e dividindo pelo número de perguntas em cada seção. Para medida total da qualidade de vida: somou-se a pontuação em todos os itens e seções e dividiu-se pelo número total de itens. O resultado geral da qualidade de vida foi categorizado em: 0-3: grave impacto na qualidade de vida, 4-6: impacto moderado e acima de 7: problemas leves.

3.7 **Considerações sobre os aspectos éticos**

Conforme a Resolução nº 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa do HUUFMA (ANEXO G). O estudo foi aprovado sob o Parecer N°3.077.936, e todos que concordaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

3.8 Organização do estudo

A presente tese é apresentada sob a forma de estudos independentes elaborados e expostos de forma a manter a coerência com os objetivos propostos. São apresentados três artigos originais, cada qual, com introdução específica relacionada ao seu objetivo, além de descrição detalhada do método aplicado e discussão dos resultados obtidos.

O primeiro estudo intitulado “Análise do desempenho sexual de homens com estomias” teve como objetivo investigar as características que influenciam o desempenho sexual de homens estomizados. (ANEXO G).

O segundo estudo intitulado “Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário” teve como objetivo analisar o impacto das estomias na função sexual de mulheres estomizadas (ANEXO H).

O terceiro estudo intitulado “Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais” 3, teve como objetivo investigar associação entre função sexual e qualidade de vida com os dados sociodemográficos e clínicos de pessoas com estomias de eliminação.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1: Análise do desempenho sexual de homens com estomias (Artigo Publicado)

Resumo

As pessoas com estomias tem a sexualidade como um dos domínios de maior impacto em suas vidas. Portanto, buscou-se investigar as características que influenciam o desempenho sexual de homens estomizados. O estudo é analítico, transversal e quantitativo, desenvolvido em um hospital universitário, no período de maio de 2019 a março de 2020. Os dados das entrevistas foram registrados em planilhas para tratamento estatístico. Participaram 74 estomizadososdos, sendo que 43,2% dos entrevistados relataram possuir um desempenho sexual “bom a excelente”, em contrapartida, apresentaram os piores aspectos quanto ao “controle da ejaculação” e “autoconfiança”, que representa aproximadamente 50% das vezes. Os homens estomizados apresentam alterações emocionais a disfunções sexuais, experimentam a necessidade de adaptação a nova situação relacionado a sua atividade sexual. Portanto, há necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada para lidar com as dúvidas, anseios e sentimentos destes indivíduo. Descritores: Estomia, Homens, Sexualidade.

Introdução

Estomia ou ostoma são vocábulos de mesmo significado, derivadas do grego, em que “osto” designa boca, e “tomia” como abertura de origem cirúrgica. Dessa forma, as estomias do tubo digestivo são comunicações diretas de qualquer víscera oca com a superfície do corpo para eliminação de excretas intestinais, urinárias e/ou troca de gases. O referido estoma é definido por um procedimento cirúrgico, no qual

é confeccionado um orifício e exteriorizado um segmento da alça intestinal para desvio do trânsito, por onde o conteúdo será expelido e coletado por uma bolsa acoplada na parede abdominal externa^{1,2}. A diferença das estomias é essencialmente de ordem anatômica, segundo a exteriorização de uma alça específica do intestino delgado ou cólon³. Podem ainda ser classificadas como temporárias ou definitivas - onde há possibilidade de reversão ou não - fator definido pela causa da confecção da estomia, a exemplo: estomias reversíveis habitualmente são provenientes de traumas ou doenças inflamatórias intestinais; já as definitivas sugerem a perda de segmento do tubo digestivo e necessidade de manutenção contínua da excreção por via alternativa, como acontece seguinte a amputação de reto em casos de câncer colorretal^{1,4}. Há, também, a possibilidade de ocorrência de complicações, as quais podem ser precoces (necrose, retração, infecção, fístulas, sangramento, edema e outros) ou tardias (estenose, dermatite, prolapso, hérnia paraestomal e outros)^{2,5,6}. Segundo estudos de ordem epidemiológica, a população mais acometida pelas enfermidades que podem ocasionar a necessidade de confecção de uma estomia designa-se por pessoas carentes de informação, renda e acesso aos serviços de saúde, devido a maior exposição a agentes maléficos, como hábitos de vida degradantes - alimentação imprópria ou insuficiente, tabagismo e etilismo - e marginalização do indivíduo - exposição a traumas, sistema de saúde público ineficiente, educação precária, rede de apoio familiar deficiente ou inexistente⁷, - sendo, desse modo, a prevenção e detecção precoce descontínua e faltosa dos problemas de saúde, além do despreparo dos profissionais envolvidos, os maiores entraves para uma melhor adaptação do indivíduo⁸. Por sua vez, essas agressões patológicas ao organismo que resultam em intervenções cirúrgicas para condução da construção de estomias podem ser, em ordem de frequência: neoplasias de cólon e/ou reto, perfurações, fístulas, doenças inflamatórias, doenças congênitas, e outras de menor ocorrência⁹. Para o ano de 2020, estima-se a contagem de mais de 20 mil novos casos de câncer colorretal para cada sexo, sendo esta enfermidade a segunda mais comum entre as partes, ao passo que perde apenas para o câncer de próstata em homens e para o câncer de mama em mulheres¹⁰. A existência de uma estomia de eliminação modifica a vida das pessoas submetidos, tendo em vista a perda de controle esfinteriano e a presença de uma bolsa coletora acoplada a superfície do seu corpo⁵. Estas modificações requerem uma adaptação complexa, as quais geram dúvidas, medo e frustrações de ordem física e psicológica e interferem diretamente na qualidade de

vida do ser humano^{1,8}. Dentre os pilares da qualidade de vida que podem sofrer alteração nesta população dispõe-se a sexualidade, a qual é segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, um domínio humano essencial para o bem-estar físico e mental¹¹. Envolve sensações e ações relativas à emoção, prazer, comunicação, afetividade, dimensões estas que estão além de sua necessidade fisiológica. Desta forma, sexualidade transcende o biológico, estabelece-se e torna-se presente na cultura e história do ser. Vale ressaltar que este domínio faz parte ainda da definição de identidade e conduta do indivíduo humano, visto que sustenta a capacidade de diferenciação, criação e inovação das relações com o “eu” e terceiros¹². As relações afetivas e sexuais são estruturadas e reformuladas por um sistema de significados, induzidos pela cultura, determinantes e condicionantes sociais, padrões de gênero préestabelecidos e regionalização. Alia-se a esse pressuposto as experiências individuais atreladas à história pessoal e contexto no qual a pessoa está inserida, sendo estes fatores importantes para delimitar sua reação frente a novas e inesperadas situações, como doenças e acidentes¹³. A supervalorização do corpo enquanto expectativa de inclusão social, ou até obtenção de poder, surge neste contexto como facilitador do preconceito e discriminação para com os indivíduos em questão, os quais são submetidos a processos mutilatórios devido as condições de enfermidade supracitadas¹⁴. A atividade sexual obedece a um forte impulso de natureza biológica, mas sua concretização e sua vivência dependem dos aspectos psicológicos, psicodinâmicos e culturais de cada indivíduo. O exercício saudável da sexualidade fortalece a autoconfiança, alivia não só tensões como também as angústias¹⁵. A sexualidade é ainda o que fazemos e o que somos, e se as condições para realizar um ato sexual de forma satisfatória, ou sentir-se bem para este fim, não são as ideais, o risco de disforia e auto imagem negativa está intimamente atrelado a este momento, já que as mudanças corporais são bruscas e limitantes^{14,16}. São diversos os fatores que podem vir a minar o senso de integridade do indivíduo, dentre os quais destaca-se o diagnóstico de câncer, onde as vivências e lembranças do tratamento, associados às sequelas emocionais, perturbam o funcionamento sexual^{17,18}. Alterações anatômicas e fisiológicas ocasionadas pela abordagem cirúrgica podem reduzir esse desempenho, mesmo com o desejo mantido; ou ainda as alterações decorrentes da disfunção sexual acarretam muitas vezes na necessidade de controlar os desejos para evitar a frustração¹⁷. Lesões nervosas no ato operatório por vezes ocasionam a disfunção erétil e/ou ejaculação precoce em homens devido a

secção de vasos e terminações nervosas da região, tendo em vista que o sistema nervoso autônomo é composto por fibras que tem íntima relação com o reto e tem essencial incumbência nestes mecanismos^{1,2,7,13,19}. Diante da problemática exposta, a pesquisa em questão tem como objetivo investigar e analisar a sexualidade, mais especificamente o desempenho sexual de indivíduos do sexo masculino com estomias de eliminação, além de buscar saber quais as características que influenciam mais significativamente sobre esta atividade, já que é uma população envolta de tabus, imposição de padrões, inexpressividade de sentimentos e está ainda submetida a uma infinita readaptação de modos, onde estes indivíduos estão à beira da perda iminente de estímulos para uma qualidade de vida satisfatória, devido inúmeros fatores retardantes, de ordem física e emocional. Faz-se ainda justificável pela reduzida gama de estudos sobre o assunto e conversão de profissionais do meio ou associados para um melhor atendimento e cuidado integral destas pessoas.

Material e Método

Trata-se de um estudo analítico, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) Unidade Presidente Dutra, no município de São Luís, Maranhão, Brasil, entre os meses de maio de 2019 e março de 2020. O Serviço de Pacientes Externos do Ambulatório de Estomaterapia, setor da instituição onde as entrevistas foram realizadas, é coordenado por uma enfermeira estomaterapeuta. A amostra do estudo foi por conveniência, composta por indivíduos do sexo masculino que estivessem presentes para consulta de rotina e que se mostrassem disponíveis para responder ao questionário proposto. Fizeram parte da pesquisa usuários com estomias de eliminação em caráter temporário, permanente ou indeterminado. Foram incluídos os pacientes do sexo masculino; com idade maior ou igual a 18 anos, com estomia de eliminação; submetidos à confecção de estomia há pelo menos 6 meses, período este que sugere tempo hábil para avaliação de supostas mudanças - positivas ou negativas - vivenciadas pelo entrevistado. Não foram incluídos os pacientes que se recusassem a participar da pesquisa, ou que apresentassem doença aguda em regime de internação hospitalar. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual

utilizando-se dois formulários com perguntas fechadas elaborados pela equipe de pesquisa. O primeiro instrumento composto por dados sociodemográficos (idade, município, etnia, estado civil, número de filhos, escolaridade, renda, situação na Previdência Social e religião) e clínicos (tipo de estomia, permanência, causa, comorbidades, tempo decorrido, recebimento de equipamento coletor e complicações). O segundo instrumento foi o Quociente Sexual Masculino (QS-M)²⁰, elaborado e validado pelo Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que objetiva avaliar a sexualidade nos do homens (desejo e interesse sexual, autoconfiança, ereção, ejaculação, orgasmo, satisfação e parceira). O QS-M é composto por 10 questões, baseadas na escala de Likert contendo seis alternativas de resposta numa escala que varia de 0 a 5, sendo estas correspondências: 0 - nunca; 1 - raramente, 2 - às vezes; 3 - aproximadamente 50% das vezes; 4 - a maioria das vezes; 5 - sempre. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta em um índice total que varia de 0 a 100, sendo as respostas para avaliação do padrão de desempenho sexual elencadas em intervalos de satisfação: 0 a 20 - nulo a ruim; 22 a 40 - ruim a desfavorável; 42 a 60 - desfavorável a regular; 62 a 80 - regular a bom; 82 a 100 - bom a excelente. Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados na planilha do programa Microsoft Excel® com dupla digitação, logo após foram exportados para o software estatístico Stata 16.0®. Durante a análise univariada, as variáveis quantitativas foram calculadas por meio de média/desvio padrão ou mediana/amplitude interquartil; e as variáveis categóricas apresentadas por valores de frequência absoluta (N) e relativa (%). Na análise bivariada, a normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk, além de verificar associação entre as variáveis do primeiro questionário com o QSM. Para as variáveis dicotômicas, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes, ou o teste u não-paramétrico de Mann-Whitney; para as variáveis politômicas, utilizou-se a análise de variância simples (ANOVA oneway), ou o teste h não-paramétrico de Kruskal Wallis. A correlação linear de Pearson foi utilizada para analisar as variáveis contínuas normais, e a correlação de postos de Spearman para avaliação de variáveis contínuas anormais, considerando o nível de significância para o valor de $p < 0,05$. Os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos e benefícios da presente pesquisa, e sobre aspectos de privacidade e confiabilidade das informações, ficando assegurado o direito de desistência da participação a qualquer momento, segundo

seu desejo. A presença no estudo apenas foi homologada e iniciada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS nº 466/2012. A pesquisa maior, intitulada “Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas estomizadas”, que deu origem ao presente trabalho, foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do HUUFMA, com parecer de aceite nº 3.077.936. Resultados Para melhor compreensão e distribuição dos resultados desta pesquisa, os dados foram separados em três seções de análise. A primeira parte apresenta o perfil da amostra, com dados sociodemográficos e clínicos sobre os indivíduos; a segunda caracteriza o desempenho sexual dos envolvidos; e a terceira expõe a correlação estatística entre estes dados.

Na óptica dos subdomínios da sexualidade, os quesitos que avaliam a “capacidade de atingir o orgasmo” e o “desejo e interesse sexual” foram os que se obtiveram melhor resultado, onde a média de resposta foi de aproximadamente 4 ($DP \pm 01,48$ e $01,37$ respectivamente), em uma escala de 0 a 5 - que representa a maioria das vezes; em contrapartida, os piores aspectos avaliados foram os de “controle da ejaculação” e “autoconfiança”, com média de aproximadamente 3 ($DP \pm 01,87$ e $1,72$ respectivamente), em uma escala de 0 a 5 - que representa aproximadamente 50% das vezes. O coeficiente de correlação de Pearson demonstrou correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o escore total do QS-M ($r = -0,38$ e $p < 0,01$), ou seja, quanto maior a idade dos entrevistados, pior o padrão de desempenho sexual. A renda, por sua vez, demonstrou significância na relação dos estratos e os valores totais de QS-M ($p = 0,04$) a partir da análise de variância simples (Tabela 1). Ao se analisar a compatibilidade entre a variável causa de confecção da estomia e o QS-M por meio do teste não-paramétrico de Kruskal Wallis para populações de 3 grupos ou mais, foi delimitada significância importante entre eles ($p < 0,01$), indicando uma forte influência do motivo para a presença da estomia sobre o QS-M (Tabela 2). A presença ou não de comorbidades também delimitou certa relevância sobre o QS-M ($p = 0,01$) a partir do teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, demonstrando heterogeneidade entre os grupos; em especial àqueles que indicaram não possuir previamente Diabetes ($p = 0,01$) com mesma testagem (Tabela 2). O coeficiente de correlação de postos de Spearman demonstrou correlação positiva entre o tempo de confecção da estomia e o QS-M ($\rho = 0,27$ e $p = 0,01$), sugerindo que

quanto mais tempo o indivíduo possuíse a estomia, mais estaria adaptado a mudança e, por conseguinte, demonstraria ter um melhor padrão de desempenho sexual (Tabela 2). Discussão Ao analisar a literatura correspondente ao tema, fica visível a escassez de estudos focados no sexo masculino, não obstante este tem presença dominante na maioria das pesquisas que não diferenciam gênero para investigação^{4,5,21-24}. Ainda assim, foi possível perceber a superioridade do sexo feminino em alguns dos artigos selecionados^{13,25-26}. Habitualmente, os homens estão mais expostos às circunstâncias de trauma e violência, além de recorrerem ao serviço de saúde em casos de agravo de alguma condição ou em situações de emergência, o que justifica a predominância do sexo masculino nestas amostras^{5,27}. A idade média de 44 anos (DP±14,96) destes participantes vai de encontro com o que consta em quase todos os estudos selecionados^{4,5,13,21-23,25,27,28}, onde foi percebido que os idosos são a maioria dos indivíduos por estarem mais vulneráveis a comorbidades crônicas e à gravidade dos casos, principalmente ao se tratar de câncer colorretal⁵. Para a presente pesquisa, observou-se uma faixa etária mais jovem acometida pela estomização e com forte associação com o desempenho sexual ($p < 0,01$) - o que demonstrou que os mais jovens tendem a representar uma melhor atuação durante o ato sexual - sendo a faixa etária em questão justificada pelo motivo da abordagem da maioria destes indivíduos, os quais sofreram mais com perfuração por arma branca ou de fogo, tendo em vista que a população de homens jovens e adultos jovens está evidentemente mais exposta à violência⁷. Em relação à residência dos sujeitos, a maioria relatou morar na capital do estado, onde o campo de pesquisa se encontra, dado este que é corroborado pelo que se encontra em estudos realizados em Teresina - PI e no Rio de Janeiro - RJ^{25,28}. Porém, é importante frisar a grande quantidade de pessoas que procedem do interior do estado do Maranhão na presente pesquisa, correspondente a 37% da amostra em estudo, devido o Ambulatório do Hospital Universitário em questão ser referência para encaminhamento de estomizados a associações, grupos de apoio e programas do SUS, em especial o Programa de Órtese e Prótese, o qual garante o recebimento dos equipamentos coletores sem ônus pelos pacientes²⁹. Percebe-se com este dado que o paciente além de ter que lidar com as mudanças físicas e emocionais provocadas pela presença de estomia, ainda conta com dificuldades de estrutura e ambiente, como a exemplo a necessidade de muitos desses se deslocarem de grandes distâncias, e muitas das vezes sofrerem com a inacessibilidade de banheiros ou locais privativos que pudessem favorecer a

higienização e/ou troca do equipamento coletor de forma digna^{21,27-28}. Para a amostra em questão, 82% já estavam recebendo equipamento coletor de forma completamente gratuita; os que negaram receber, alegaram ainda não ter conhecimento sobre esse direito e foram prontamente orientados e encaminhados. Não foram encontrados estudos na literatura que abordassem sobre este fim. Ao questionar os participantes sobre a sua cor, 69% autodeclararam-se pardos, dado este corroborado por quase todos os estudos analisados, exceto na pesquisa realizada em Sorocaba - SP, onde maioria se autodeclarou de cor branca²⁶. A maior parte dos estudos realizados no Brasil que trabalharam com este dado apresentaram predominância de cor parda autodeclarada tendo em vista a grande miscigenação da população, independente da região^{5,21,25}. No tocante a situação conjugal, a maior parcela não possuía companheiro, o que vai de encontro com o encontrado em grande parte dos estudos^{4,5,7,13,21-24,26-28}, visto que o extrato desta população entrevistada habitualmente é de idosos e estes, em sua maioria, possuem companheiro e até mesmo uma rede de apoio. Como o presente estudo alcançou em maior escala homens jovens e adultos jovens, fica justificado estes não relatarem a presença de um cônjuge. Fica explícito ainda que estomizados sem companheiro enfrentam maior dificuldade para se envolverem em relacionamentos novamente após a mudança corporal, principalmente ao serem jovens e estarem sob cobrança contínua dos padrões de beleza e convívio da sociedade²¹. Quanto a presença de filhos, a amostra ficou bem dividida entre não ter filhos e ter de um ou mais filhos, apesar da maioria (52%) ainda ser representada pelos que possuíam esta rede de apoio. Estudos mostram que, assim como a presença de companheiros, filhos e até mesmo pessoas de outro parentesco exercem papel importante no processo de adaptação à estomização, visto que auxiliam emocionalmente, estruturalmente e, por vezes, até mesmo financeiramente^{13,17,21}. Ainda, a maioria dos participantes afirmou ter atividade religiosa, sendo em sua maior parte representada por católicos e evangélicos, tendo em vista que esmagadora parcela da população brasileira se diz cristã, o que é confirmado por vários estudos^{4,7,22,26}. Este dado também reflete que pessoas com estomias também buscam no desenvolvimento da espiritualidade um suporte a mais para o processo de adaptação. O nível de escolaridade, renda e status na Previdência Social estão intimamente ligados ao avaliarmos o perfil socioeconômico e de compreensão de uma população, ao passo que pesquisas apontam que estas variáveis são diretamente proporcionais^{4,5,28}. O tempo de estudo muitas das vezes

determina a capacidade salarial de um indivíduo, e para esta pesquisa ficou perceptível o baixo nível de escolaridade associado a uma renda baixa e a necessidade de recorrer aos auxílios da Previdência, dados estes visíveis em inúmeros estudos sobre indivíduos com estomias²¹⁻²⁸. Além disso, vale frisar que pessoas deste perfil tem um menor nível de percepção e compreensão dos fatos, sendo necessário um esclarecimento sobre a doença e seus obstáculos o mais acessível possível por parte da equipe multiprofissional, em especial da Enfermagem, para assim garantir a adesão do paciente ao tratamento e autocuidado²⁸. Quanto ao perfil clínico dos homens deste estudo, esses são em sua maioria colostomizados, em caráter temporário, foram estomizados devido trauma por arma branca ou de fogo, não apresentaram complicações relacionadas a estomia e tiveram uma mediana de tempo decorrido desde a confecção da estomia de aproximadamente 19 meses. Todos os estudos concordam quanto ao tipo de estomia mais comum dos sujeitos, e por conseguinte a causa base mais recorrente é o câncer colorretal, pois está associado a uma faixa etária mais avançada e assim, mais vulnerável a doenças crônico-degenerativas^{4,5,7,21-28}. O fato de os indivíduos da presente pesquisa também reflete que pessoas com estomias também buscam no desenvolvimento da espiritualidade um suporte a mais para o processo de adaptação. O nível de escolaridade, renda e status na Previdência Social estão intimamente ligados ao avaliarmos o perfil socioeconômico e de compreensão de uma população, ao passo que pesquisas apontam que estas variáveis são diretamente proporcionais^{4,5,28}. O tempo de estudo muitas das vezes determina a capacidade salarial de um indivíduo, e para esta pesquisa ficou perceptível o baixo nível de escolaridade associado a uma renda baixa e a necessidade de recorrer aos auxílios da Previdência, dados estes visíveis em inúmeros estudos sobre indivíduos com estomias²¹⁻²⁸. Além disso, vale frisar que pessoas deste perfil tem um menor nível de percepção e compreensão dos fatos, sendo necessário um esclarecimento sobre a doença e seus obstáculos o mais acessível possível por parte da equipe multiprofissional, em especial da Enfermagem, para assim garantir a adesão do paciente ao tratamento e autocuidado²⁸. Quanto ao perfil clínico dos homens deste estudo, esses são em sua maioria colostomizados, em caráter temporário, foram estomizados devido trauma por arma branca ou de fogo, não apresentaram complicações relacionadas a estomia e tiveram uma mediana de tempo decorrido desde a confecção da estomia de aproximadamente 19 meses. Todos os estudos concordam quanto ao tipo de estomia mais comum dos sujeitos, e

por conseguinte a causa base mais recorrente é o câncer colorretal, pois está associado a uma faixa etária mais avançada e assim, mais vulnerável a doenças crônico-degenerativas^{4,5,7,21-28}. O fato de os indivíduos da presente pesquisa Hipertensão Arterial⁷. Outro estudo que avaliou a sexualidade de pessoas com comorbidades concluiu que estas não perceberam influência direta da Diabetes e da Hipertensão Arterial na prática sexual³⁰. Poucos estudos abordaram sobre complicações associadas às estomias e é perceptível o quanto este dado pode variar, tendo em vista que as amostras podem apresentar ou não complicações, e estas podem ser as mais diversas possíveis, não apresentando um padrão^{24,27}. Em relação à sexualidade, a média do coeficiente de desempenho sexual para os homens entrevistados foi aproximadamente 73, valor este que se enquadra no estrato que define o desempenho como “regular a bom”. Uma pesquisa realizada em Teresina - PI avaliou 83 pessoas, em sua maioria homens, e encontrou significância entre a atividade sexual e o gênero masculino ($p=0,00$), os quais se mostraram mais satisfeitos com sua vida sexual apesar da presença da estomia e suas consequências⁵. É importante frisar que não foram encontrados estudos que utilizassem o mesmo instrumento para avaliar o padrão de desempenho sexual que foi utilizado nesta pesquisa. Ainda que os resultados mostrem uma vida sexual positiva para estes sujeitos, é válido expor os domínios do desempenho sexual mais afetados, segundo as médias de escores, que foram “controle da ejaculação” e “autoconfiança”. Os pacientes que necessitam submeter-se ao procedimento cirúrgico de amputação do reto podem sofrer alterações anatômicas e fisiológicas que influenciam na ereção e ejaculação, sendo estes problemas comuns em homens portadores de estomias, e que, por sua vez, podem influenciar na autoconfiança e seguridade destes indivíduos^{4,5,7,17}.

Pacientes do sexo masculino sofrem maior pressão ao se tratar do desempenho sexual por visarem um padrão de virilidade masculina imposto pela sociedade. Assim, ao apresentarem disfunções desta ordem, desenvolvem sentimentos de medo, vergonha, e às vezes até mesmo o desinteresse pela prática, principalmente se forem solteiros^{21,26}, ao passo que pessoas que já possuem companheiro (a) antes da estomia tendem a substituir o ato sexual por outras representações de sua sexualidade, como carícias, olhares e outros instrumentos de sedução^{13,17,25,30}. Além do medo constante de rejeição, o estomizado expressa uma dificuldade de relacionar-se com uma parceira, considerando que acredita possuir

parcela de responsabilidade na manutenção de suas dificuldades para uma maior intimidade, já que se retrai por conta própria, antecipando uma possível frustração^{4,5,21}. Vale ressaltar ainda que pacientes mais jovens percebem mais alterações de ordem sexual como prejuízo a qualidade de vida já que este pilar de sua existência ainda é bastante explorado²¹.

Conclusão

Esta pesquisa permitiu observar que ter uma estomia pode influenciar diversas variáveis que contribuem para o bem-estar das pessoas, inclusive a sexualidade. As relações afetivas e sexuais são concebidas por um sistema de significados que levam em consideração o contexto sociocultural e as experiências individuais das pessoas, que são fatores determinantes para a compreensão de como serão as reações às mudanças inerentes ao processo de estomização. As modificações consequentes à estomia vão além do que se vê, associando alterações emocionais a disfunções sexuais. Embora o desempenho sexual dos estomizados entrevistados, bem como a “capacidade de atingir o orgasmo” e o “desejo e interesse sexual” apresentem bons resultados nas escalas de avaliação, foram evidenciadas as dificuldades em manter o “controle da ejaculação” e “autoconfiança”. Portanto, o homem estomizado experimenta a necessidade de adaptação a nova situação do seu próprio corpo relacionado a sua atividade sexual, e para isso é essencial uma equipe multiprofissional capacitada para lidar com as dúvidas, anseios e sentimentos destes indivíduo. Dessa forma, será possível reduzir o estigma relacionado a debilidade que a estomia pode causar.

Tabela 1. Características demográficas de homens com estomias, associadas com a sexualidade (n= 74), São Luís, 2020

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de homens com estomias, associadas com a sexualidade (n=74), São Luís, 2020.

Variável	n (%)	Média (±DP)*	Mín-Máx	p valor
Idade		44,72 (14,96)	19-82	< 0,01 ¹
Município de residência				0,12 ³
Capital do estado	35 (47,30)			
Região metropolitana	09 (12,16)			
Município do interior	28 (37,84)			
Outro estado	02 (02,70)			
Etnia				0,16 ³
Amarela	01 (01,35)			
Branca	13 (17,57)			
Preta	09 (12,16)			
Parda	51 (68,92)			
Estado Civil				0,58 ⁵
Com companheiro	23 (31,08)			
Sem companheiro	51 (68,92)			
Número de filhos				0,79 ²
Nenhum	35 (47,30)			
1 filho ou mais	39 (52,70)			
Escolaridade				0,44 ³
Sem estudo	04 (05,48)			
Alfabetizado	04 (05,48)			
Ensino fundamental	36 (49,32)			
Ensino médio	20 (27,40)			
Ensino superior	09 (12,33)			
Renda				0,04 ⁴
Menos de 1 a 1 salário mínimo	45 (60,81)			
2 a 4 salários mínimos	22 (29,73)			
Mais de 4 salários mínimos	07 (09,46)			
Religião				0,37 ³
Católica	40 (55,56)			
Espírita	03 (04,17)			
Evangélica	23 (31,94)			
Testemunha de Jeová	01 (01,39)			
Nenhuma	05 (06,94)			

*Desvio padrão; 1Correlação linear de Pearson; 2t student test; 3Kruskal-Wallis test; 4oneway ANOVA; 5Mann-Whitney test.

Tabela 2. Perfil clínico e de estilo de vida de homens com estomias, associados com a sexualidade (n=74), São Luís, 2020.

Variável	n (%)	Mediana (AI)*	Mín-Máx	p valor
Tipo de estomia				0,08 ³
Colostomia	44 (59,46)			
Ileostomia	23 (31,08)			
Urostomia	06 (08,11)			
Mais de 1 estomia	01 (01,35)			
Permanência da estomia				0,20 ⁴
Temporária	46 (63,89)			
Definitiva	21 (29,17)			
Indeterminada	05 (06,94)			
Causa da confecção da estomia				< 0,01 ³
Câncer	16 (22,54)			
Trauma por arma de fogo ou branca	21 (29,58)			
Doença inflamatória	06 (08,45)			
Abdome agudo obstrutivo	06 (08,45)			
Outro	22 (30,99)			
Comorbidades				0,01 ⁵
Sim	17 (22,97)			
Não	57 (77,03)			
Hipertensão Arterial				0,54 ²
Sim	09 (12,16)			
Não	65 (87,84)			
Diabetes				< 0,01 ⁵
Sim	10 (13,51)			
Não	64 (86,49)			
Outra comorbidade				< 0,01 ²
Sim	03 (04,05)			
Não	71 (95,95)			
Tempo de confecção da estomia (em meses)		19,50 (26,00)	6-216	0,01 ⁶
Recebe equipamento coletor do governo				0,55 ⁵
Sim	61 (82,43)			
Não	13 (17,57)			
Complicações				0,19 ³
Hérnia paraestomal	10 (13,51)			
Retração	01 (01,35)			
Prolapso	10 (13,51)			
Dermatite	04 (05,41)			
Outro	03 (04,05)			
Mais de uma complicação	13 (17,57)			
Nenhuma	33 (44,59)			
Etilismo				0,03 ⁵
Não etilista	61 (83,56)			
Etilista	12 (16,44)			
Tabagismo				0,30 ²
Não tabagista	65 (87,84)			
Tabagista	09 (12,16)			
Atividade física				0,69 ³
Nenhuma	48 (64,86)			
Esporádica	17 (22,97)			
Semanal	08 (10,81)			
Outro	01 (01,35)			

*Mediana e Amplitude interquartil; 1Correlação linear de Pearson; 2t student test; 3Kruskal Wallis test; 4oneway ANOVA; 5Mann-Whitney test; 6Correlação de postos de Spearman.

Tabela 3. Padrão de desempenho sexual de homens com estomias (Quociente sexual masculino), São Luís, 2020.

Padrão de desempenho sexual	N	%
Nulo a ruim (0 a 20)	4	05,41
Ruim a desfavorável (22 a 40)	5	06,76
Desfavorável a regular (42 a 60)	6	08,11
Regular a bom (62 a 80)	27	36,49
Bom a excelente (82 a 100)	32	43,24
Total	74	100,00

Tabela 4. Domínios de função sexual com estomias, São Luís, 2020.

Variável	Média (\pm DP)	Mínimo-máximo
Quociente sexual masculino (QS-M)	73,08 (22,98)	0 - 100
Desejo e interesse sexual		
Questão 1	04,05 (01,37)	0 - 5
Autoconfiança		
Questão 2	03,06 (01,72)	0 - 5
Qualidade da ereção		
Questão 5	03,87 (01,55)	0 - 5
Questão 6	03,72 (01,60)	0 - 5
Questão 7	03,52 (01,60)	0 - 5
Controle da ejaculação		
Questão 8	03,04 (01,87)	0 - 5
Capacidade de atingir o orgasmo		
Questão 9	04,12 (01,48)	0 - 5
Satisfação que o homem obtém e que proporciona à parceira		
Questão 3	03,74 (01,49)	0 - 5
Questão 4	03,48 (01,68)	0 - 5
Questão 10	03,89 (01,51)	0 - 5

Referências

1. Colwell JC, Bain KA, Hansen AS, Droste W, et al. International consensus results: development of practice guidelines for assessment of peristomal body and stoma profiles, patient engagement, and patient follow-up. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2019; 46(6):497-504.
2. Vinhas MSA. Complicações das ostomias urinárias e digestivas [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. 2010.
3. Silva AC, Silva GNS, Cunha RR. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. *ESTIMA.* 2016; 10(1).

4. Cardoso DBR, Almeida CE, Santana ME, et al. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Rev Rene*. 2015; 16(4):576-85.
5. Vera SO, Sousa GN, Araújo SNM, Moreira WC, Damasceno CKCS, Andrade EMLR. Sexualidade de pacientes com estomias intestinais de eliminação. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017; 9(2):495-502.
6. Ministério da Saúde (BR). 10 orientações para pessoas estomizadas. Brasília, 2019. Disponível em: Acesso em 20 set 2020.
7. Kimura CA, et al. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as aimportant dimension in quality of life. *J. Coloproctol*. 2017; 37(3):199-204.
8. Santos FS, Vicente NG, Bracarense CF, et al. Percepção dos cônjuges de pessoas com estomia intestinal sobre a sexualidade do casal. *REME - Rev Min Enferm*. 2019; 23:e-1217.
9. Aguiar JC, Pereira AP dos S, Galisteu KJ, et al. Clinical and sociodemographic aspects of people with a temporary intestinal stoma. *REME Rev Min Enferm*. 2017; 21:1-7.
10. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de casos novos de câncer no Brasil em 2020. Brasília. 2020. Disponível em: . Acesso em 20 set 2020.
11. Andrade V, Muller FS, Ferreira AM, Barco RS, Goes FCG, Loureiro SCC, et al. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro. *Rev Bras Coloproct*. 1997; 17(3):209-211.
12. Foucalt M. B. Gallager e A. Wilson entrevistam Foucalt: Sexo, poder e a política de identidade. *Rev The Advocate*. 1984; 400:36-30.
13. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproct*. 2009; 29(1):77-82.]
14. Guedes D. Revisão histórica e psicossocial das ideologias sexuais e suas expressões. In: *Rev MalEstar*. 2010; 10(2):447-93.
15. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH*. 2008; 11(2).
16. Leitão IB. A importância da sexualidade da constituição do psiquismo – um olhar psicanalítico. *Psicologando*. 2015. Disponível em: . Acesso em 29 set 2020.
17. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev Latino Am Enferm*. 2000; 8(5):28-33.
18. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011; 16(2):86-90.

19. Silva JC, Soares MC, Alves HS, Garcia GS. A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. *Três Corações: Rev Universidade Vale do Rio Verde*. 2014; 12(1):346-355.
20. Abdo CHN. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med*. 2007; 4:382-389.
21. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, et al. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Rev Latino Am Enferm*. 2012; 20(1):[08 telas].
22. Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(2):271-8.
23. Barbosa MH, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. *REAS*. 2014; 3(1):64- 73.
24. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomias intestinais em um hospital público de Teresina - PI. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 18(1):140-6.
25. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latino Am Enferm*. 2006; 14(4):483-90.
26. Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2007; 25(4):357-63.
27. Jacon JC, Oliveira RLD, Campos GAMC. Viver com estomia intestinal: autocuidado, sexualidade, convívio social e aceitação. *CuidArte Enferm*. 2018 2018; 12(2)153-159.
28. Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Flach DMADM, Teixeira JM, Ranauro KCDDSS. Perfil de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: na ótica sociocultural e econômica. *Rev Nursing*. 2019, 22(215):2868-2874.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União*. 2009.
30. Costa NCP. Representações sobre sexualidade de pessoas com Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2019

4.2 Artigo 2: Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário (Manuscrito)

Resumo

Objetivou-se analisar o impacto das estomias na função sexual de mulheres estomizadas. Estudo analítico, transversal, quantitativo realizado no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A amostra foi composta de 44 mulheres com estomias de eliminação em caráter temporário ou permanente. Utilizou-se dois questionários, um com dados sociodemográficos, econômicos, clínicos, habitacionais e de estilo de vida elaborado pelas autoras e o segundo com Quociente Sexual Feminino (QS-F) para avaliação da atividade sexual. Utilizou-se os testes Shapiro Wilk para verificação de normalidade das variáveis contínuas, o t de Student para análise das variáveis dicotômicas, o fator Anova Oneway ou o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para as variáveis politômicas e a correlação linear de Pearson para as variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de $p < 0,05$. Poucas mulheres apresentaram padrão sexual bom ou excelente (15,91%). O escore médio QS-F da amostra foi de 39,13 ($\pm 29,37$). Em relação às associações, a idade mais avançada ($r -0,32$, $p = 0,029$), a hipertensão arterial ($t = -21,39$, $p = 0,017$), o diabetes ($t = -29,85$, $p = 0,025$) e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24,44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F. Constatou-se um nível baixo do desempenho sexual das mulheres e a presença de disfunções sexuais. Observou-se uma relação inversa da idade com a função sexual. As variáveis hipertensão arterial, diabetes e hábito etilista foram associados, significativamente, ao prejuízo no desempenho sexual das participantes.

Palavras-chave: Estomias; Sexualidade; Mulheres.

1. Introdução

Estomia é um termo grego que significa abertura cirúrgica de um órgão interno na superfície do corpo, cuja denominação depende da estrutura anatômica exteriorizada, podendo ser de caráter temporário ou permanente. As situações que promovem a necessidade de realização de estomias são as neoplasias, doenças intestinais inflamatórias e causas externas como ferimentos por armas de fogo e branca (Cunha et al., 2012). As estomias de eliminação, classificadas em intestinais, são a colostomia, que consiste na exteriorização do cólon através da parede abdominal, a ileostomia, que é a abertura artificial entre o íleo, no intestino delgado e a parede abdominal e a urostomia que consiste na exteriorização dos condutos urinários através da parede abdominal (Stumm et al., 2008). Sabe-se que a estomia ocasiona mudança na imagem corporal, rupturas biopsicossociais, preocupações referente ao estigma social e privação da autonomia, dinamismo e integridade³. Por esse motivo, muitos estomizados apresentam dificuldade em adaptar-se a nova situação de vida, devido a inúmeros medos, aflições e sofrimentos na aceitação familiar, social ou no modo de lidar com a própria estomia (Santos et al., 2013). Assim, são frequentes os distúrbios sexuais como a diminuição ou ausência da ereção e dificuldades de ejaculação, diminuição ou perda da libido, dispareunia, ressecamento vaginal, preocupações em relação a eliminação de gases, fezes e ao odor durante a relação sexual (Cardoso, et al. 2013) (Alves et al., 2013). A sexualidade, recentemente, tem sido considerada como um dos pilares para a qualidade de vida e que sofre influência de diversos fatores, como os psicológicos, físicos, culturais e sociais. As condições de saúde que impactam diretamente a imagem corporal trazem consequências devastadoras para os aspectos da sexualidade e, conseqüentemente da atividade sexual, principalmente para aqueles que necessitam de uma estomia, o que muda visivelmente não só a aparência física como a eliminação involuntária de dejetos orgânicos como fezes e urina (Alves et al., 2013).

Nesse cenário, ser mulher estomizada presuppõe inúmeras dificuldades nas atividades da vida diária e na própria autoaceitação, pois nem todas possuem um bom suporte social e resiliência suficiente para enfrentar os desafios impostos pela nova condição. Além das adversidades da doença existe um sofrimento autoinfringido pelos padrões de beleza culturais refletidos em sua imagem corporal (Albuquerque et al.,

2016) (Marques et al., 2014). Reconhece-se que a sexualidade da pessoa estomizada é uma temática pouco pesquisada e abordada na prática pelos profissionais de saúde, o que a torna relevante, fomentando estudos e contribuindo para o planejamento de ações sistematizadas e multidisciplinares na perspectiva de um cuidado integral. O estudo tem o objetivo de analisar o impacto das estomias na função sexual de mulheres.

1. Metodologia

Trata-se de um estudo analítico, transversal, quantitativo realizado no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhã, a coleta de dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2019 (Pereira et al., 2018). A amostra foi composta por 44 mulheres que possuíam estomia de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia), em caráter temporário ou permanente, com idade a partir de 18 anos e com cadastro ativo no programa de órtese e prótese do município de São Luís-Maranhã. Foram excluídos as mulheres estomizadas há menos de 6 meses, hospitalizadas ou com doenças agudas e que não realizaram avaliação ambulatorial de estomoterapia. As mulheres foram entrevistadas enquanto aguardavam a consulta no ambulatório. Utilizaram-se dois questionários estruturados. O primeiro elaborado pelas autoras contendo dados sociodemográficos, econômicos, clínicos, habitacionais e de estilo de vida. Os dados clínicos investigados foram o tipo de estomia, tempo de permanência do estoma, a causa da cirurgia, presença de comorbidades e complicações. O segundo questionário foi o Quociente Sexual Feminino (QS-F) construído por Carmita Abdo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁹. O QS-F compõe-se de 10 questões referentes a sexualidade feminina como desejo e interesse, preliminares, excitação, parceiro, conforto, orgasmo e satisfação sexual, contendo seis alternativas de resposta numa escala de 0 a 5, com resultado multiplicados por dois, que resultam no total de 0 a 100. A sétima questão possui tratamento inverso, ou seja, o valor da resposta (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para obtenção do escore final. Os dados coletados foram imputados no software Microsoft Excel® e depois importados para o software

estatístico Stata 16.0®. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio-padrão. A normalidade das variáveis contínuas foram verificadas pelo teste Shapiro Wilk. Utilizou-se o teste t de Student para análise das variáveis dicotômicas, o fator Anova Oneway ou o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para as variáveis politômicas e a correlação linear de Pearson para as variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de $p < 0,05$. Foram respeitados todos os preceitos éticos-legais da pesquisa. As participantes foram informadas quanto a privacidade e confiabilidade das informações, sendo assegurado o direito de desistência a qualquer momento. O estudo faz parte de um projeto matricial intitulado “Avaliação sobre a função sexual e a qualidade de vida de pessoas estomizadas” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o número 3.077.936.

2. Resultados e Discussão

A idade média das participantes foi de 49,70 ($\pm 14,93$) anos, provenientes da capital (54,55%), casadas (45,45%), cor parda (68,18%), ensino médio (34,09%), (Tabela 1). O tempo médio de confecção da estomia foi de 74,72 ($\pm 80,40$) dias. A colostomia foi o tipo de estomia mais prevalente (47,73%) e metade das participantes tinham estomias definitivas (50,00%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Análise bivariada entre as características demográficas e socioeconômicas de mulheres com estomias e o quociente sexual feminino (n=44), São Luís, 2020

Variável	Média (±DP) ou Freq. (%)	Quociente sexual feminin (p valor)
Idade	49,70 (14,93)*	0.029 ¹
Município de residência		0.220 ²
Capital do estado	24 (54,55)	
Região metropolitana	07 (15,91)	
Município do interior	13 (29,55)	
Cor		0.934 ³
Amarela	01 (02,27)	
Branca	09 (20,45)	
Preta	04 (09,09)	
Parda	30 (68,18)	
Estado Civil		0.211 ³
Casada	20 (45,45)	
Solteira	13 (29,55)	
Viúva	02 (04,55)	
Divorciada	01 (02,27)	
Separada	01 (02,27)	
União estável	07 (15,91)	
Escolaridade		0.386 ³
Nenhuma	02 (04,55)	
Alfabetizada	02 (04,55)	
Fundamental incompleto	07 (15,91)	
Fundamental completo	07 (15,91)	
Médio incompleto	07 (15,91)	
Médio completo	15 (34,09)	
Superior incompleto	01 (02,27)	
Superior incompleto	02 (04,55)	
Especialização	01 (02,27)	

Renda		0.254 ³
< 1 salário mínimo	05 (11,36)	
1 salário mínimo	15 (34,09)	
2 salários mínimo	13 (29,55)	
3 salários mínimo	05 (11,36)	
4 salários mínimo	02 (04,55)	
5 salários mínimo	04 (09,09)	
Religião		0.653 ³
Católica	25 (56,82)	
Espírita	01 (02,27)	
Evangélica	16 (36,36)	
Nenhuma	02 (04,55)	
Filhos		0.211 ³
Nenhum	14 (35,00)	
Um	07 (17,50)	
Dois	06 (15,00)	
Três	05 (12,50)	
> Três	08 (20,00)	

¹Correlação linear de Pearson; ² Teste de Kruskal Wallis; ³Análise de variância ANOVA. Fonte: Autores.

Tabela 2 – Análise bivariada do perfil clínico e de estilo de vida de mulheres com estomias em relação ao quociente sexual feminino (n=44), São Luís, 2020.

Variável	Média (±DP ⁺) ou Freq. (%)	<i>p</i> valor
Tipo de estomia		0.970 ¹
Colostomia	21 (47,73)	
Ileostomia	19 (43,18)	
Urostomia	04 (09,09)	
Permanência da estomia		0.332 ¹
Temporária	19 (43,18)	
Definitiva	22 (50,00)	
Indeterminada	03 (06,82)	
Causa da confecção da estomia		0.895 ¹
Câncer de reto	11 (25,00)	
Câncer de intestino	02 (04,55)	
Doença inflamatória	07 (15,91)	
Fístula retovaginal	01 (02,27)	
Diverticulite	02 (04,55)	
Abdome agudo obstrutivo	06 (13,64)	
Outro	15 (34,09)	

Hipertensão arterial		0.017 ²
Sim	11 (25,00)	
Não	33 (75,00)	
Diabetes		0.025 ²
Sim	04 (09,09)	
Não	40 (90,91)	
Tempo de confecção da estomia	74,72 (80,40)*	0.348 ³
Recebe coletores do governo		0.337 ²
Sim	39 (88,64)	
Não	05 (11,36)	
Complicações		0.314 ¹
Hérnia paraestomal	04 (09,09)	
Retração	03 (06,82)	
Prolapso	04 (09,09)	
Dermatite	10 (22,73)	
Estenose	01 (02,27)	
Mais de uma complicação	07 (15,91)	
Nenhuma	15 (34,09)	
Etilismo		0.039 ²
Não etilista	39 (88,64)	
Etilista	05 (11,36)	
Tabagismo		0.277 ²
Não tabagista	42 (95,45)	
Tabagista	02 (04,55)	
Atividade física		0.545 ¹
Nenhuma	32 (72,73)	
Esporádica	08 (18,18)	
Semanal	03 (06,82)	
Outro	01 (02,27)	

*Média e desvio padrão; ¹ Teste de Kruskal Wallis; ² teste t de *student* para amostras independentes; ³Correlação de Pearson. Fonte: Autores.

Em relação às associações, a idade mais avançada ($r = -0.32$, $p = 0,029$), hipertensão arterial ($t = -21.39$, $p = 0,017$), diabetes ($t = -29.85$, $p = 0,025$), e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24.44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F. Na presença da estomia, as comorbidades como hipertensão arterial e diabetes e consumo de bebidas alcoólicas impactam negativamente a saúde sexual das mulheres, com piora nos escores da função sexual, em conformidade com estudo recente (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). Considera-se como justificativa o fato das mulheres mais velhas serem portadoras de comorbidades e, conseqüentemente, serem menos ativas sexualmente. A idade média das mulheres foi um pouco abaixo do encontrado em outras pesquisas, que mostraram médias acima dos 54 anos (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). Um estudo realizado no nordeste apresentou idade

mais precoce, com 36 anos (Moreira et al, 2017). Mulheres mais velhas tendem a reduzir a quantidade e a qualidade das relações sexuais, seja devido à menopausa ou à presença do dispositivo de eliminação. Em conformidade com o presente estudo a baixa escolaridade e renda foram semelhantes a uma pesquisa brasileira (Kimura et al., 2017). Mulheres de cor parda e casadas também foram achadas de outras investigações brasileiras, enquanto que na Europa e América do norte há prevalência da cor branca (Sutsunbuloglu & Vural, 2018), justificado pela miscigenação brasileira. Pessoas com situação socioeconômica mais baixa apresentam piores escores no desempenho sexual. A nova condição de vida e a falta de recursos materiais necessários para o cuidado da estomia dificultam as relações sociais. O tempo médio de confecção da estomia foi abaixo do observado em outras investigações (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). (Thyø, Laurberg, Emmertsen et al., 2020), o que pode ser explicado pela frequência das consultas em estomaterapia serem predominantemente de pessoas com menor tempo de estomia, momento em que estão aprendendo a lidar com a nova condição de saúde.

A colostomia foi o tipo de estomia mais prevalente devido ao câncer colorretal, em consonância com estudo realizado em Brasília (Kimura et al., 2017). As estimativas no Brasil apontam alta incidência de câncer de intestino em mulheres (9,1%), causa principal de colostomias (Santos, 2018). Metade das mulheres avaliadas nesse estudo tinham estomias definitivas, isto sugere que o câncer colorretal tem sido o fator determinante da temporalidade, devido ser a principal causa da abertura de estomias. Em contrapartida, estudos realizados com pessoas turcas apontaram uma prevalência de estomias temporárias, tendo o câncer colorretal como principal causa (Gozuyesil et al., 2017). O que parece explicar essa diferença é o acesso e diagnóstico precoce realizados nos serviços de saúde da Turquia, pois no Brasil existe uma baixa taxa de diagnóstico precoce para essas neoplasias. Os resultados apontam para um alto percentual de mulheres com desempenho sexual nulo ou ruim. Observou-se uma relação inversa com a idade, as mulheres mais velhas (acima de 50 anos) apresentaram piores escores e, não eram sexualmente ativas. Outras pesquisas Estudos reportaram dados semelhantes (Moreira et al., 2017) (Gozuyesil et al., 2017). Outrora, um estudo sobre a função sexual de mulheres idosas saudáveis mostrou que a maioria descreveu seu padrão sexual como regular a bom (34,2%) no QS-F(34,2%) no QS-F, (Polizer & Alves, 2009), o que sugere que a idade avançada sem a presença da estomia não explicaria o padrão sexual nulo ou ruim

encontrado no presente estudo. Verificou-se no estudo um escore médio QS-F de 39,13 ($\pm 29,37$) numa escala de 0 a 100. Em um estudo com 40 pessoas estomizadas e 20 pessoas saudáveis, sendo estes homens e mulheres, observaram escores de função sexual mais baixo no grupo de estomias. Ao comparar homens e mulheres verificou-se que as mulheres apresentaram resultados melhores (Kiliç , Taycan, Belli & Özmen, 2007). Em contrapartida, uma pesquisa turca não observou diferenças significantes entre mulheres e homens (Gozuyesil et al., 2017). A formação de tecido cicatricial, constrição vaginal e falta de lubrificação podem tornar as relações sexuais dolorosas para mulheres com ostomias (Sprunk & Alteneder, 2000). A criação de uma estomia resulta na redução da autoestima e altera a imagem corporal da mulher afetando negativamente sua sexualidade (Marques et al., 2014; Ribeiro et al, 2019). Os distúrbios/problemas na sexualidade necessitam de uma abordagem dialógica, não crítica e sensível, mitigando questões e propondo soluções (Albuquerque et al., 2016). Destaca-se o papel dos enfermeiros na educação em saúde e cuidado integral a essa população (Grant et al., 2011).

3. Conclusão

Houve prevalência de mulheres que apresentaram desempenho sexual nulo ou ruim (38,64%). Poucas mulheres apresentaram padrão sexual bom ou excelente (15,91%). O escore médio QS-F da amostra foi de 39,13 ($\pm 29,37$). Em relação às associações, a idade mais avançada ($r -0.32$, $p = 0,029$), a hipertensão arterial ($t = -21.39$, $p = 0,017$), o diabetes ($t = -29.85$, $p = 0,025$) e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24.44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F. Mulheres estomizadas apresentaram desempenho sexual mais baixo e vivenciavam disfunções sexuais. Observou-se uma relação inversa da idade com a função sexual. As variáveis hipertensão arterial, diabetes e alcoolismo apresentaram associação significativa no prejuízo do desempenho sexual. As estomias parecem prejudicar a sexualidade das mulheres, pois o uso de coletores na região abdominal ou pélvica está diretamente associado a esquia de atividades cotidianas. Acredita-se que um atendimento

integral, ambiente hospitalar favorável e o apoio social parecem ser imprescindíveis para que as mulheres estomizadas possam ter mais qualidade de vida.

Referências

- Albuquerque A. F. L. L, Pinheiro A. K. B, Linhares F. M. P, & Guedes T. G. (2016). Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1164–71
- Alves R, Moreira K, Franco C, & Oliveira D. A (2013). percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. *R Interd.* 2013;6(3):26–35.
- Cardoso D. B. R, Almeida C. E, Santana M. E, Carvalho D. S de, Sonobe H. M, & Sawada N. O. (2015). Sexuality of people with intestinal ostomy. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2015;16(4):57
- Cunha R. R, Backes V. M. S, & Heidemann I. T. S. B. (2012). Critical unveiling of people with stomas: The continuing health education program in action. *ACTA Paul Enferm.* 2012;25(2):296–301.
- Gozuyesil E, Taylan S, Manav A .I, & Akil Y. (2017). The Evaluation of Self-Esteem and Sexual Satisfaction of Patients with Bowel Stoma in Turkey: SelfEsteem Sexual Satisfaction in Patients with Bowel Stoma. *Sex Disabil.* 2017;35(2):157–69.
- Grant M, McMullen C. K, Altschuler A, Mohler M. J, Hornbrook M. C, Herrinton L. J, et al. (2011). Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum.* 2011;38(5):587–96.
- Helena C, Abdo N. (2009). Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Trat.* 2009;14(2):89–1.
- Kiliç E, Taycan O, Belli A, K, & Özmen M. T (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turk Psikiyat Derg.* 2007;18(4):1–8.
- Kimura C. A, Kamada I, Guilhem D. B, De Abreu B S de A, Fortes R. C, & Santos W. L dos. (2017). The sexuality of a colostomized person as a major component of quality of life and nursing care. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(8):104.
- Marques, A. D. B., Nascimento, L. C., Nery, I. S., & Luz, M. H. B. A. (2014). A vivência da sexualidade da mulher estomizada. *Enfermagem em Foco*, 5(3/4), 82-86.
- Moreira W.C, Vera S. O da, Sousa G. N de, Araújo S. N. M, Damasceno C. K. C. S, & Andrade E. M. L. R. (2017). Sexualidade de pacientes com estomias intestinais

- Mota M, Silva C, & Gomes G. (2016). Vida e sexualidade de mulheres estomizadas: subsídios à enfermagem. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min.* 2016;6(2):2169–79.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UFSM.
- Polizer A. A, & Alves T. M. B. (2009). Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. *Fisioter mov.* 2009;22(2):151–8.
- Ribeiro W. A, Fassarella B. P. A, Neves K do C, Oliveira R.L.A de, Cirino H.P, & Santos J.A.M. (2019). Estomias Intestinais: Do contexto histórico ao cotidiano do paciente estomizado. *Rev Pró-UniverSUS.* 2019;10(2):59–63.
- Santos M. de O. (2018). Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(1):119–20.
- Santos S. R dos, Medeiros A .L de, Cabral R. W. D. L, Anselmo M das N. S, & Souza M. C. D. J. (2013). Sexualidade de portadoras de estoma intestinal definitivo: percepção de mulheres. *Enferm em Foco.* 2013;4(2):119.
- Sprunk E, & Alteneider R. R. (2000). The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2000;4(2):85–8.
- Stumm E. M. F, Oliveira E .R. A de, & Kirschner R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Sci med.* 2008;26–30.
- Sutsunbuloglu E, & Vural F. (2018). Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study. *Sex Disabil.* 2018;36(4):349–61.
- Thyø A, Elfeki H, Laurberg S, & Emmertsen K. J. (2019). Female sexual problems after treatment for colorectal cancer – a population-based study. *Color Dis.* 2019;21(10):1130–9.
- Thyø A, Laurberg S, & Emmertsen K. J. (2020). Impact of bowel and stoma dysfunction on female sexuality after treatment for rectal cancer. *Color Dis.* 22:89

4.3 Artigo 3: Função sexual e qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação em um Hospital Universitário (Manuscrito)

RESUMO

OBJETIVO: investigar associação entre função sexual e qualidade de vida com os dados sociodemográficos e clínicos de pessoas com estomias de eliminação

MÉTODOS: estudo transversal, quantitativo, realizado em um hospital público universitário, no período de 2019 a 2022, amostra constituída por 173 pessoas de ambos sexos. Utilizou-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica, instrumentos validados para avaliar função sexual (Quociente sexual: versão masculina e versão feminina) e qualidade de vida(City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire). **RESULTADOS:** observou-se significância estatística ($p < 0,001$) da função sexual. Os homens apresentaram melhor desempenho sexual (45,28%), as mulheres os piores desempenhos (35,83%). O bem-estar espiritual ($7,79 \pm 1,5$) apresentou-se como melhor domínio. As variáveis sociodemográficas associadas a função sexual e qualidade de vida mostraram melhor quociente sexual ($p = 0,001$ T) entre os homens. Na qualidade de vida mostraram associações estatisticamente significativo, o número de filhos (0,046 A), previdência social ($p = 0,028$ A) e número de cômodos nos domicílios ($p = 0,039$). Houve diferença estatística no Quociente Sexual ($p = 0,001$ T) relacionada as causas para confecção de estomia e diabete mellitus, (0,042 T), hipertensão arterial ($< 0,001$) e outras comorbidades ($< 0,001$ T) **CONCLUSÃO:** não foi encontrado associação entre função sexual e qualidade de vida em ambos os sexos. O bem-estar espiritual influenciou positivamente a qualidade de vida moderadamente impactada dos estomizados. Espera-se que a pesquisa possibilite reflexões aos profissionais de saúde e possibilite intervenções precoce e contínuas, baseadas em evidências que identifique os problemas e soluções a serem implementadas.

PALAVRAS-CHAVE: estomia, qualidade de vida, função sexual

Sexual function and quality of life of patients with elimination stomas in a University Hospital

OBJECTIVE: to investigate the association between sexual function and quality of life with sociodemographic and clinical data of people with elimination ostomies

METHODS: cross-sectional, quantitative study, carried out in a public university hospital, from 2019 to 2022, sample consisting of 173 people from both sexes. A form was used for sociodemographic and clinical characterization, validated instruments to assess sexual function (Sexual quotient: male and female version) and quality of life (City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire). **RESULTS:** statistical significance ($p < 0.001$) was observed for sexual function. Men showed better sexual performance (45.28%), women the worst performances (35.83%). Spiritual well-being (7.79 ± 1.5) was the best domain. The sociodemographic variables associated with sexual function and quality of life showed a better sex ratio ($p = 0.001$ T) among men. In terms of quality of life, there were statistically significant associations with the number of children (0.046 A), social security ($p = 0.028$ A) and number of rooms in the home ($p = 0.039$). There was a statistical difference in the Sex Quotient ($p = 0.001$ T) related to the causes for making ostomy and diabetes mellitus, (0.042 T), arterial hypertension (< 0.001) and other comorbidities (< 0.001 T) **CONCLUSION:** no association was found between sexual function and quality of life in both genders. Spiritual well-being positively influenced the moderately impacted quality of life of ostomy patients. It is hoped that the research will enable reflections by health professionals and enable early and continuous interventions, based on evidence that identifies the problems and solutions to be implemented.

KEYWORDS: ostomy, quality of life, sexual function

INTRODUÇÃO

Os estomas são procedimentos cirúrgicos realizados no trato gastrointestinal (colostomias e ileostomias) e no trato urogenital (urostomias) para possibilitar a drenagem de fezes ou urina em caráter temporário ou permanente¹. As causas incluem câncer colorretal, anal, bexiga e de vias urinárias, diverticulite, doença inflamatória intestinal grave (doença de Crohn ou colite ulcerativa), danos por

irradiação, isquemia, traumas e anormalidades congênita(doença de Hirschsprung ou hereditária (polipose familiar)².

A pessoa estomizada, independente do gênero, diagnóstico da doença ou tipo de estomia, passa por diversas mudanças que podem afetar a sua qualidade de vida. Portanto, o apoio e esclarecimentos quanto aos possíveis problemas após a realização de uma estomia, são importantes³.

Geralmente adaptação à estomia é difícil, são necessários vários meses para ajustar-se a nova condição diante dos desafios a serem enfrentados, que vão desde a perda do controle sobre a eliminação odor, flatos, fezes ou urina, até a episódios de vazamento desses conteúdos ao redor do estoma e equipamento coletor (bolsa coletora)⁴.

Embora, atualmente os estomizados possam dispor de equipamentos coletores e adjuvantes (barreiras de proteção da pele), produtos de qualidade que geram melhoras significativas nos cuidados com o estoma e diminua o impacto das mudanças em sua saúde e bem-estar cotidiano⁵.

Além de tudo, os estomizados se sentem perturbados com a mudança da imagem corporal que prejudica as relações sociais e a vida sexual⁶. Segundo Fernandes, todo indivíduo forma, visualiza e entende a própria imagem corporal baseado nos aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos. A imagem corporal está fundamentada por um padrão idealizado e determinado pela sociedade, que por sua vez influencia na autopercepção e identidade individual⁷. “A sexualidade humana deve ser analisada através do modelo biopsicossocial, feita por avaliação subjetiva da (dis)função sexual e dos fatores psicológicos associados (dis)função sexual e a qualidade de vida sexual”⁶.

A disfunção sexual ocorre na população saudável, porém, os estomizados podem sofrer insatisfação sexual ou disfunção sexual devido a depreciação da sua imagem corporal alterada pela estomia ou danos nervosos que podem ocorrer em consequência da cirurgia ou tratamento (quimiorradioterapia)⁸.

Saraco, compreende que os estomizados sentem dificuldade em falar sobre sexualidade com os profissionais de saúde, que por sua vez não valorizam aspectos da função sexual dos estomizados, levando a problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os próprios pacientes⁹.

Ressalta-se assim, a importância do processo de ensino/aprendizado do estomizado para o autocuidado conduzido pela enfermagem, em que seja

desenvolvida uma interface que oriente sobre a educação sexual e exercício da sexualidade. Assim como, o fortalecimento de vínculos com família e amigos, para assim aumentar a segurança, satisfação sexual e qualidade de vida¹⁰.

As pessoas com estomias, além de apresentarem complexidades clínicas e assistenciais inerentes a sua condição, apresentam desafios quanto a sua qualidade de vida e atividade sexual.

Dessa forma, a equipe multiprofissional de saúde deve fazer abordagens assistenciais que englobem as necessidades específicas dos estomizados, a fim de implementar ferramentas que viabilizem um melhor processo de reabilitação.

METODOLOGIA

Este estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado no Serviço Ambulatorial de um hospital público, universitário, de grande porte, na cidade de São Luís – MA, vinculada à Universidade Federal do Maranhão, no período de outubro de 2021 a dezembro de 2022. Foram incluídos adultos com idade igual ou maior a 18 anos de idade, de ambos os sexos com estomas de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia), em caráter temporário ou permanente. Foram excluídos pacientes que não aceitaram participar da pesquisa mediante consentimento, que estivessem hospitalizados ou com doença aguda.

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico, do tipo por conveniência. A amostra do presente estudo foi constituída por 173 pacientes, sendo 106 homens e 67 mulheres em acompanhamento no ambulatório de estomaterapia no período de 2018 a 2021.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, após os participantes serem abordados e convidados a participar da pesquisa. A concessão foi dada pelo Termo De Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUUFMA. O estudo foi aprovado sob o Parecer N°3.077.936.

Para avaliação das características sócio-demográficas e clínicas, utilizou-se um instrumento construído pelos autores, contendo idade, sexo, escolaridade e renda mensal familiar (em reais), estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal, tipo de estomia, tempo de permanência, causa para cirurgia de estomia, comorbidades,

complicações, número de filhos, raça/cor (autodeclarada), tipo de habitação, tabagismo e atividade física.

A qualidade de vida foi avaliada por um instrumento validado para língua portuguesa “City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire” – COH-QOL-OQ, sendo constituído por 43 itens em que são categorizados quatro domínios: saúde física (itens 1 a 11), psicológica (itens 12 a 24), social (itens 25 a 36) e bem-estar espiritual (itens 37–43), os quais foram avaliadas pela escala Likert. As pontuações totais dos domínios são calculadas somando as pontuações de todos os itens da escala e, em seguida, dividindo a pontuação total pelo número de itens em cada domínio. 1) A domínio saúde física é fortemente relacionada força física, fadiga pele ao redor da estomia interrupções de sono, dores ou sofrimentos, eliminação de efluentes e bem estar físico geral 2) domínio psicológico está relacionado a condições psíquicas do paciente como adaptação, prazer, constrangimento, qualidade de vida, memória, autocuidado, aparência, ansiedade, depressão e medo. 3) domínio social - envolve as relações pessoais, encargo financeiro, recreação privacidade, mudanças positivas e inclui também um item sobre satisfação com sua vida sexual; 4) domínio bem-estar espiritual as incertezas, a razão de vida, atividades espirituais e religiosas, paz e esperança.

A avaliação da função sexual foi realizada através dos questionários: Quociente Sexual Masculino (QSM) e Quociente Sexual Feminino (QSF), desenvolvidos e validados no Brasil. Os instrumentos são formados por dez questões, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100, onde os valores maiores indicam melhor padrão de desempenho sexual considerando-se: 82 - 100 pontos - bom a excelente; 62 - 80 pontos - regular a bom; 42 - 60 pontos - desfavorável a regular; 22 a 40 pontos - ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos - nulo a ruim. O quociente sexual masculino avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação 24 (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercuro. O quociente sexual feminino avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual;

a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foi utilizado os testes Qui-quadrado. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste Shapiro Wilk, na comparação de médias foi utilizado o Teste-T de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 16 e o nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

O COH-QOL-OQ é um instrumento de avaliação de QV específico para estomizados, o qual apresenta 43 questões dispostas em quatro domínios: bem-estar físico (BEF), bem-estar psicológico (BEP), bem-estar social (BES) e bem-estar espiritual (BEE), com respostas apresentadas numa escala de 0 a 10, Domínio Bem-Estar Físico (BEF): 1 a 11, Domínio Bem-estar Psicológico (BEP): 12 a 24, Domínio Bem-Estar Social (BES): 25 a 36, Domínio Bem-Estar Espiritual (BEE): 37 a 43.

Antes da análise dos dados a pontuação das respostas das questões do COH-QOL-OQ foram padronizadas para que o zero fosse a pior resposta e o 10 a melhor resposta. Na análise, para cada domínio foi calculada uma média: somando todos os itens e dividindo pelo número de perguntas em cada seção. Para medida total da qualidade de vida: somou-se a pontuação em todos os itens e seções e dividiu-se pelo número total de itens. O resultado geral da qualidade de vida foi categorizado em: 0-3: grave impacto na qualidade de vida, 4-6: impacto moderado e acima de 7: problemas leves.

RESULTADOS

Os resultados encontrados através da caracterização sociodemográfica estão descritos na (tabela 1) e os resultados clínicos na (tabela 2), seguidos das avaliações dos formulários de Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados (tabela 3) e Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F) e da

Qualidade de Vida Total (, obtidos nessa população COH-QOL-OQ) por sexo de pacientes com estomias de eliminação (tabela 4).

Na tabela 1, ao associar características sociodemográficas e o escore das escalas dos questionários Quociente Sexual de pacientes e Qualidade de vida total (COH-QOL-OQ), foi evidenciado que os homens tiveram melhor quociente sexual ($p=0,001$ T), sendo a média de desempenho melhor na faixa etária de 18 a 29 anos ($p=0,001$ A). Porém, não houve diferença estatística na qualidade de vida entre homens e mulheres.

As variáveis analisadas que apresentaram significância estatística associadas a QV total foram o quantitativo de filhos ($p=0,046$ A) e a previdência social ($p=0,028$ A), sendo pior entre aqueles que eram dependentes ou desempregados. Quanto a renda familiar houve significância estatística ($p=0,002$ A), entre aqueles que apresentaram renda familiar a partir de dois salários mínimos. O número de cômodos acima de três nas casas apareceu como fator de qualidade de vida ($p=0,039$).

Tabela 1. Avaliação das Características sociodemográficas e o escore das Escalas Questionário Quociente Sexual de pacientes e Qualidade de vida total (COH-QOL-OQ) de pacientes com estomias de eliminação. São Luís–MA, 2023. (n=173)

VARIÁVEIS	Quociente Sexual			QV total (COH-QOL-OQ)		
	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor
Sexo						
Masculino	73,09	23,60	<0,001	6,61	1,47	0,452 T
Feminino	45,70	35,50	T	6,78	1,50	
Idade (anos)						
18 - 29 anos	71,08					
	I	27,65	<0,001	6,46	1,43	0,589 A
30 – 59 anos	65,11		A			
	I	29,64	(I > i)	6,75	1,47	
≥ 60 anos	42,60	i	35,89	6,65	1,62	
Município de residência						
Capital do estado	63,84	30,54		6,73	1,49	0,491 A
Outros municípios da Ilha de São Luís	59,23	35,74	0,158 A	6,75	1,68	
Outros municípios do estado	63,62	31,01		6,54	1,41	
Outros estados	14,00	0,00		8,05	0,37	
Estado civil						
Com companheiro fixo	63,69	30,26	0,468 T	6,67	1,52	0,913 T
Sem companheiro fixo	59,93	34,80		6,68	1,43	
Número de filhos						
Nenhum	64,84	26,09		6,32	i	0,046 A (I > i)
≤ 2	64,37	31,60	0,838 A	6,90	I	
≥ 3 filhos	61,47	35,58		6,93	I	
Religião						
Católico	60,77	32,67		6,69	1,41	0,899 A
Evangélico	63,37	31,58	0,686 A	6,61	1,46	
Outras religiões	66,72	28,73		6,76	1,80	
Escolaridade						
Analfabeto	49,00	36,88		6,50	1,78	0,452 A
≤8 anos de estudo	63,59	31,42	0,618 A	7,18	1,52	
>8 anos de estudo	59,58	32,45		6,61	1,46	
Raça/Cor (autodeclarada)						
Branca	61,14	35,26	0,807 T	6,84	1,59	0,516 T
Não branca	62,74	31,05		6,64	1,46	
Previdência Social						

Aposentado; pensionista ou recebe benefício						
	57,09	33,94	0,095 A	6,97 I	1,42	0,028 A
Economicamente ativo	65,11	30,02		6,59	1,70	(I > i)
Não trabalha / dependente	68,61	28,30		6,30 i	1,34	
Renda familiar						
≤ um salário-mínimo	66,85	29,32		6,43 i	1,46	0,002 A
De 2 a 3 salários-mínimos	53,70	35,11	0,053 A	6,84	1,55	(I > i)
≥4 salários-mínimos	58,95	32,61		7,64 I	0,95	
Tipo de habitação						
Casa	62,05	31,50	0,508 T	6,64	1,43	0,278 T
Outros (Apartamento; Quarto; palafita)	68,33	34,72		7,12	2,04	
Número de cômodos						
≤ 3	68,25	24,17		6,14 i	1,64	
De 4 a 6	63,14	31,74	0,382 A	6,63	1,47	0,039 A
≥ 7	57,25	35,19		7,10 I	1,32	
Abastecimento de água						
Poço	63,46	31,47		5,10	1,59	
Outro (Rio, chafariz)	83,00	14,65	0,370 A	6,67	1,48	0,093 A
Rede Geral	60,86	32,21		6,74	1,46	
Destino dos dejetos						
Esgoto	56,80	34,02		6,97	1,46	
Fossa Negra	57,64	32,22	0,113 A	6,50	1,48	0,200 A
Fossa séptica	68,59	29,65		6,67	1,51	
Céu aberto	71,20	24,02		6,00	1,30	

*DP – Desvio Padrão; T- Teste T para amostras independentes; A – ANOVA (post hoc Bonferroni |I>i)

Na tabela 2, os resultados avaliação das características clínicas e o escore das escalas questionário quociente sexual de pacientes e qualidade de vida total (COH-QOL-OQ), houve significância estatística no quociente sexual ($p= 0,001$ T) relacionada as causas para realização da estomia, inexistência de diagnósticos para diabete mellitus, (**0,042 T**), hipertensão arterial(**<0,001**) e outras comorbidades (**<0,001 T**), embora a maioria dos pesquisados não realizasse nenhuma atividade física.

As variáveis analisadas que se associaram significativamente a qualidade de vida das pessoas com estomias foi a ausência de diagnóstico para diabete mellitus ($p= 0,001$ T).

Tabela 2. Avaliação das Características clínicas e o escore das Escalas Questionário Quociente Sexual de pacientes e Qualidade de vida total (COH-QOL-OQ) de pacientes com estomias de eliminação. São Luís–MA, 2023. (n=173)

VARIÁVEIS	Quociente Sexual			QV total (COH-QOL-OQ)		
	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor
Tipo de estomia						
Colostomia	65,62	30,50		6,69	1,58	
Ileostomia	59,24	33,74	0,452 A	6,60	1,38	0,867 A
Urostomia	52,60	29,90		6,95	1,20	
Mais de uma	56,00	-		7,34	-	
Tempo de permanência						
Temporário	66,14	30,98		6,61	1,50	
Definitivo	55,25	31,23	0,155 A	7,01	1,31	0,089 A
Indeterminado	52,22	40,09		6,07	1,94	
Causa de cirurgia para confecção de estomia						
Abdome agudo obstrutivo	61,12	34,03		6,55	1,90	
Câncer	51,32 i	32,62	<0,001 A (l > i)	6,85	1,33	0,160 A
inflamatória	69,00	27,78		7,23	1,54	
Outra	57,20 i	33,41		6,74	1,35	
	82,63					
Trauma	l	15,60		6,17	1,40	
Tempo de confecção do estoma (meses)						
Até 12 meses	64,74	30,42		6,90	1,41	
De 13 a 36 meses	62,61	29,85	0,639 A	6,31	1,43	0,058 A
Acima de 36 meses	59,00	35,87		6,80	1,58	
Recebe equipamento coletor do governo						
Sim	61,35	32,40	0,262 T	6,71	1,45	0,471 T
Não	68,92	26,79		6,48	1,67	
Complicações						
Hérnia paraestomal	65,47	30,69		6,97	1,51	
Retração	50,22	40,60		6,21	1,73	
Prolapso	68,30	30,44		6,65	1,39	
Dermatite	50,74	32,79	0,122 A	6,45	1,38	0,063 A
Mais de uma complicação	62,00	31,45		5,94	1,36	
Nenhuma	64,18	30,84		7,00	1,52	
Outro	88,00	6,07		6,96	0,94	

Comorbidades						
Sim	42,32	36,13	<0,001	6,37	1,49	0,056 T
Não	69,17	26,87	T	6,79	1,47	
Diabetes Mellitus						
Sim	40,60	35,89	<0,001	6,14	1,41	0,042 T
Não	65,35	30,04	T	6,74	1,48	
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Sim	42,77	35,01	<0,001	6,29	1,56	0,078 T
Não	65,97	29,83	T	6,74	1,46	
Tabagismo						
Ausente	61,80	31,82		6,67	1,46	
Presente	70,29	29,74	0,337 T	6,73	1,74	0,441 T
Presente	74,92	21,66		6,96	1,67	
Realiza atividade física						
Nenhum	62,83	31,68		6,54	1,45	
Esporádico	60,39	32,55	0,914 A	7,14	1,57	0,109 T
Semanal	63,87	31,63		6,88	1,45	

*DP – Desvio Padrão; T- Teste T para amostras independentes; A – ANOVA (post hoc Bonferroni |I>i)

Na tabela 3 é descrito os resultados sobre os domínios pesquisados no questionário de qualidade de vida para estomizados (COH-QOL-OQ), observamos que o bem-estar espiritual ($7,79 \pm 1,5$) apresentou o domínio com melhor performance avaliada, em contrapartida o bem-estar social ($5,96 \pm 2,00$) foi o domínio com maior comprometido entre as pessoas com estomias.

Tabela 3 – Descrição da Média e desvio padrão dos escores dos domínios e das respostas do Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados (COH-QOL-OQ). São Luís–MA, 2023. (n=173)

Domínios e Qualidade de Vida Total	Geral			
	Média	DP*	Mínimo	Máximo
Bem-estar Físico(0-11)	6,44	2,10	1,45	10,00
Bem-estar Psicológico(0-13)	6,51	1,75	1,77	10,00
Bem-estar Social (0-12)	5,96	2,00	0,83	10,00
Bem-estar Espiritual(0-7)	7,79	1,51	1,57	10,00
TOTAL(0-10)	6,67	1,48	3,71	9,66

*Desvio Padrão * City of Hope - Quality of Life- Ostomy Questionary (COH-QOL-OQ)

Na tabela 4 foi evidenciado que a função sexual apresentou significância estatística ($p < 0,001$) entre os sexos masculino e feminino, contudo não houve associação com a qualidade de vida total. Observa-se que os homens apresentaram melhor desempenho sexual (45,28%), em contrapartida as mulheres referiram pior desempenho (35,83).

Tabela 4. Classificação do Questionário Quociente Sexual de pacientes e da Qualidade de Vida Total (COH-QOL-OQ) por sexo de pacientes com estomias de eliminação, São Luís –MA, 2023, (n=173)

RESULTADO DAS ESCALAS	Geral		Masculino		Feminino		P-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Padrão e desempenho sexual							<0,001
Bom a excelente	65	40,3	48	45,2	17	25,3	
		7		8		7	
Regular a bom	48	29,8	37	34,9	11	16,4	
		1		1		2	
Desfavorável a regular	14	8,70	8	7,55	6	8,96	
Ruim a desfavorável	15	9,32	6	5,66	9	13,4	
						3	
Nulo a ruim	31	17,9	7	6,54	24	35,8	
		2				2	
Qualidade de Vida Total							0,383
Grave impacto (escore de 0 a 3)	14	8,09	7	6,60	7	10,4	
						5	
Moderado impacto (escore de 4 e 6)	83	47,9	55	51,8	28	41,7	
		8		9		6	
Problemas leves (Escore ≥ 7)	76	43,9	44	41,5	32	47,7	
		3		1		6	

* Qui-quadrado

DISCUSSÃO

Dentre os pacientes que aceitaram participar do estudo, houve predominância do sexo masculino, sendo possível observar padrão similar em outras pesquisas em relação ao perfil sociodemográfico dos estomizados¹¹⁻¹³.

A justificativa para essa maior prevalência de homens estomizados, pode ser pelo fato de pouco frequentarem os serviços de saúde devido a ideia de invulnerabilidade da própria cultura machista e difícil verbalização sobre as próprias necessidades de bem-estar, levando assim como consequência a maiores índices de morbimortalidade^{14,15}.

A maioria dos participantes foi constituída por adultos em idade madura, não residentes na capital do estado e submetida ao procedimento cirúrgico de estomia por causas variadas (ex: apendicectomia, volvo, isquemia mesentérica, trama por acidente motociclístico e etc). Esses dados não convergem com outras pesquisas publicadas sobre estomas de eliminação, que geralmente são mais focadas em pacientes oncológicos em que predominam idades mais avançadas^{16,17}.

Ao fazer as associações sociodemográficas com Quociente Sexual(QS) e Qualidade de vida total (COH-QOL-OQ) de pessoas com estomias, foi verificado que o adulto jovem do sexo masculino manifestou melhor média de desempenho sexual. Essa evidência não surpreende, haja vista que os estudos mostram que a possibilidade dos indivíduos desenvolverem distúrbios sexuais é maior em idade avançadas (distúrbios eréteis ou ejaculatórios, secura vaginal e dor)¹⁸.

Foi constatado melhor qualidade de vida entre os estomizados que apresentavam filhos, esse dado em específico não foi encontrado em outros estudos pesquisados nas diversas bases de dados. Todavia, o apoio da família ou do parceiro foram apontados como importante condição para melhor adaptação ao estoma, sendo que a separação do cônjuge tem grande impacto na vida do estomizado, em maior intensidade nas mulheres estomizadas¹⁹.

É possível supor que os filhos possam representar um ideal de contentamento pelo sentimento de afeto e dever de proteção que os pais possuem por sua prole, sendo talvez, por isso, um fator que propicie a alegria e o desejo de viver, influenciando assim a qualidade de vida. Destaca-se também que a maior parte dos estomizados participantes tinham parceiros fixos, fator que estabelece importante vínculo familiar.

Os pacientes mantidos financeiramente pela previdência social apresentaram melhor qualidade de vida, sendo em maior grau entre aqueles em que a renda familiar estava acima de quatro salário mínimos. Alenezi²⁰, afirma que fatores econômicos interferem na qualidade de vida do estomizado devido aos maiores gastos financeiros inerentes aos cuidados com a estomia, mudança de vestuário e limitação na

retomada ao trabalho que exija grande esforço físico. Dessa forma, o bem-estar psicológico e a situação econômica, pode ser compreendido como uma variável dependente a qualidade de vida²⁰.

Observou-se que qualidade de vida foi melhor entre os estomizados que residiam em casas que apresentavam mais de três cômodos. Esse achado sugere que a segurança e conforto durante os cuidados com a estomia ao garantir maior privacidade pode gerar bem-estar. A aceitação da estomia exige adaptações variadas, a exemplo disso, é comum o estomizado ter a necessidade de adaptar o banheiro para promover o autocuidado e adequada higienização da bolsa coletora²¹.

Os pesquisados em sua maioria não apresentavam diabetes mellitus, hipertensão arterial ou outras comorbidades, além disso tumores por neoplasia maligna não foram a principal causa para confecção de estomia. Pode-se, então, sugerir que a qualidade de vida e função sexual dos estomizados foram influenciadas pela ausência de tais diagnósticos que geram maior comprometimento físico e pode exigir tratamentos adjuvantes

Sabe-se as complicações vasculares que ocorrem no DM é uma das causas frequentes de disfunção sexual (DS) em homens e mulheres, bem drogas anti-hipertensivas^{22,23}.

Já os estomas causados por câncer retal levam a escassa lubrificação, edema e dispareunia entre as mulheres, já os homens apresentam duas vezes mais dificuldades para atingir o orgasmo²⁴.

Quanto ao resultado do questionário específico para QV, observa-se que o domínio com melhor performance avaliada foi o bem-estar espiritual ($7,79 \pm 1,5$), esse dado vai ao encontro de outros estudos^{25,26}.

Apesar da religião ser um elemento cultural importante na cultura brasileira, não há muitos estudos que relacionem o seu impacto na qualidade de vida, embora esse campo seja um construto amplo e multidimensional, podendo se tornar um mediador entre o campo da saúde e da religiosidade/espiritualidade²⁷.

Foi observado que o bem-estar social ($5,96 \pm 2,00$), foi o domínio com maior comprometido entre as pessoas com estomias. Presume-se que esteja vinculado a vergonha e limitações físicas próprias da incontinência fecal e/ou urinária, que impõem adequação dos ambientes fora do domicílio para limpeza do equipamento coletor durante o autocuidado. Desde 2012, a pedido de diversos grupos de estomizados,

tem sido aprovada leis municipais que determinam instalação de banheiros adaptados para as práticas higiênicas dos estomizados em locais públicos^{28,29}.

Ao associarmos os resultados do questionário sexual e da qualidade de vida de pacientes estomizados, foi evidenciado que não houve significância estatística, porém foi possível averiguar um melhor padrão de desempenho sexual do gênero masculino 45,28%, em contrapartida as mulheres referiram pior desempenho 35,82%. As mulheres têm mais dificuldade em aceitar a estomia e são mais influenciadas pela aceitação ou rejeição dos seus parceiros, não sendo incomum sofrerem efeitos negativos sobre a função sexual³⁰.

O impacto do gênero na sexualidade ainda não está claro, são necessários mais estudos comparativos. “O Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) é a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres. Fatores psicológicos, biológicos, comportamentais, de relacionamento e ambientais são as principais causas de TDSH”³¹.

Afiyanti³²relata que mulheres estomizadas escondem o baixo desejo sexual por crenças sociais e culturais, não sendo incomum inferir a idade e dispareunia para evitar o sexual. Portanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde façam abordagens e intervenções, a fim de auxiliar no bem-estar sexual e na harmonia do relacionamento dos estomizados com os seus parceiros³². No presente estudo algumas mulheres da zona rural relataram durante a pesquisa, que não tinham desejo sexual, queixavam-se de ressecamento vaginal, algumas encontravam-se na fase da menopausa e desconheciam o uso lubrificantes vaginais e o tratamento hormonal.

Em relação a QV não foi revelada diferença entre os sexos masculino e feminino. Ao longo do tempo a pessoa estomizada pode vivenciar uma adaptação gradual ao estoma, esse processo é facilitado por um atendimento clínico em que o incentivo ao autocuidado, aprendido pelo estomizado ainda na fase precoce, aumenta a sua segurança e enfrentamento aos desafios, influenciando dessa forma a qualidade de vida geral na sua totalidade³³.

Dessa forma, as orientações do consenso internacional, bem como a equipe médica, afirmam que a assistência da enfermagem especializada aos estomizados, a partir do pós-operatório e com acompanhamento contínuo no ambiente ambulatorial, podem prevenir complicações, auxiliar na adaptação e restauração da qualidade de vida que também envolve a atividade sexual³⁴.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostraram que a qualidade de vida das pessoas com estomia sofreu um moderado impacto. Entretanto, não houve associação entre função sexual e qualidade de vida, apesar do melhor desempenho sexual dos homens em relação as mulheres, que evidenciaram pior desempenho.

Dessa forma, percebe-se que há necessidade da construção de um instrumento para avaliar mais profundamente e de forma específica, a sexualidade da pessoa com estomia em seus aspectos multifatoriais relacionadas a qualidade de vida.

O bem-estar espiritual influenciou positivamente a qualidade de vida dos estomizados pesquisados, indo ao encontro de afirmações de que a espiritualidade tem implicação favorável na condução e desfechos clínicos no estado de saúde/doença

Esse resultado não é incomum no Brasil, afinal é um país com maioria da população religiosa, majoritariamente cristã. Além disso, corrobora com outras correntes de pesquisadores que acreditam que as pesquisas sobre a qualidade de vida deva incorporar aspectos da religiosidade/espiritualidade.

Há necessidade de pesquisas futuras que investiguem diferenças entre função e desempenho sexual associada a qualidade de vida entre estomizados dos sexos feminino e masculino, a fim de que possibilite intervenções precoce e contínuas, baseadas em evidências que identifique os problemas e soluções a ser avaliados pelos profissionais de saúde.

Limitações

A principal limitação do estudo foi a amostra não ter sido robusta e ser do tipo por conveniência. Assim como, a descentralização do ambulatório do Hospital Universitário no atendimento a pessoa com estomia de eliminação, durante e após o período da pandemia COVID-19, que levou a diminuição do quantitativo de

estomizados atendidos. Outro limite foi a falta de avaliações pré-cirúrgicas da qualidade de vida social e sexual que poderiam estar associadas à qualidade de vida.

Contribuições

Incitar novas pesquisas para melhor compreender as relações entre sexualidade e qualidade de vida de pessoas com estomia e assim incentivar novas práticas de melhor assistência entre os profissionais de saúde e, mais especificamente àqueles especialistas que atuam constantemente no tratamento e cuidados ao estomizado.

REFERÊNCIAS

1. Costas I, Liberato SMD, Freitas LS, Melo M. Distúrbio na imagem corporal: diagnóstico de enfermagem e características de nidoras em pessoas ostomizadas. *Aquichan*. 2017;17(3):270-83.
2. Santos LR, Tavares GB, Reis PED. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(3):459-65.
3. Sasaki VDM, Teles AAS, Lima MS. Reabilitação de pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(4):1745-54.
4. Sonobe HM, Barichello L, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Rev Bras Canc*. 2002;48(3):341-8.
5. World Health Organization. *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. Geneva: WHO; 2010.
6. Shrestha S, Siwakoti S, Shakya U, Shakya R, Khadka S. Quality of Life, Anxiety and Depression among Clients with Ostomy Attending Selected Stoma Clinics. *J Nepal Health Res Counc*. 2022;20(2):383-91.
7. Paula MAB, Moraes JT. *Consenso Brasileiro de Cuidado às Pessoas Adultas com Estomias de Eliminação 2020*. São Paulo: Segmento Farma Editores; 2021.
8. Crema E, Silva R. *Uma abordagem Interdisciplinar*. Uberaba: Editora Pinti; 1997.
9. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet*. 1986;1(8496):1479-82.
10. MT, Barreiro-Trillo A, Seijo-Bestilleiro R, González-Martin C. Sexual Dysfunction in Ostomized Patients: A Systematized Review. *Healthcare*. 2021;9(5):1-10.
11. Zhang T, Qi X. Enhanced Nursing Care for Improving the Self-Efficacy & Health-Related Quality of Life in Patients with a Urostomy. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:297-308.
12. Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Den Oudsten BL. Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2012;23(1):19-27.
13. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. Colorectal cancer. *Lancet*. 2010;375:1030-47.

14. Aguiar JC, Pereira APS, Pinto MH. Reconstrução de trânsito intestinal: fatores que influenciam a realização. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2018 [acesso em: 08 jul 2023];20:v20a32. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47606>
15. Rodrigues TS, Aguiar JC, Sasaki NSGMS, Neves WFS, Teles AAS, Sasaki VDM, et al. Reconstrução de Trânsito Intestinal: Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica da clientela. Research, Society and Development. 2021;10(6):e4410615241. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15241
16. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(3):557-64
17. Krishnamurty DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2017;30(3):193-200.
18. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, Fukano R, Oshima M, Konishi F, Rikiyama T. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. J Anus Rectum Colon. 2020;4(1):25-33.
19. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2019;32(3):176-82.
20. Selau CM, Limberger LB, Silva MEN, Pereira AD, Oliveira FS de, Margutti KMM. Percepção de pacientes com estomia intestinal em relação às mudanças nutricionais e de estilo de vida. Texto e Contexto Enfermagem. 2019;28:e20180156. DOI:10.1590/1980-265X-TCE-2018-0156
21. Jayarajah U, Samarasekera DN. Psychological Adaptation to Alteration of Body Image among Stoma Patients: A Descriptive Study. Indian J Psychol Med. 2017;39(1):63-8.
22. Cesaretti IUR, Santos VLCCG, Filippin MJ, Lima SRS. O cuidar de enfermagem na trajetória do ostomizado: pré e trans e pós-operatórios. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR, organizadores. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005. p.113-32
23. Santos MI. A organização dos ostomizados e a sua organização como sujeito coletivo. Pernambuco. Dissertação. [Mestrado em Serviço Social] – Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
24. Federação Gaúcha de Estomizados. Regionais atuar como ponto de contato para organizações internacionais coligadas. 2011. [Acesso em 20 jan 2023] Disponível em: <https://fegest.wordpress.com/2011/10/24/ioa-oaa-e-a-la-d-o-servem-para-que/>
25. Diniz IV, Costa IKF, Nascimento JA, Silva IP, Mendonça AEO, Soares MJGO. Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200377.

26. Kimura, CA et al Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais Rev baiana enferm. 2020;34:e34529 doi: 10.18471/rbe.v34.34529
27. Violin MR, Mathias TAF, Uchimura TT. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(4):924-32.
28. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 03 dez 2004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
30. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. Int Wound J. 2019;16(1):243-9
31. Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Volume 49, Número 5, 2021.[Acesso em: 22 jan. 2024.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/i/2021.v43n5/>
31. Associação Brasileira de Ostomizados [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASO; [citado 12 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.abraso.org.br>---- 10.
32. United Ostomy Associations of America. About Us [Internet]. Kennebunk, ME: UOAA;© 2005-2016 [citado 29 Set 2016]. Disponível em: <http://www.ostomy.org>----- 11.
33. Melo MC, Kamada I. O papel da família no cuidado à criança com estoma intestinal: uma revisão narrativa. Rev Estima. 2015;13(3):1-15.
34. SANTOS VLCCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. Revista Estima. 2007;5(1):31-38.
35. Sung H, Ferlay J, Siegel RS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
36. Mohamed NE, Shah QN, Kata, Sfakianos J, Dado B. Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet Needs and Challenges in Life After Ostomies. Seminars in Oncology Nursing. 2021;37(1):151111. DOI:10.1016/j.soncn.2020.151111
37. Post M. Definições de qualidade de vida: o que aconteceu e como seguir em frente. Principal. Medula Espinhal Inj. Reabilitar. 2014;20:167–80.

38. Ferlay J., Colombet M., Soerjometeram I., Parkin MD, Piñeros M., Znaor A., Bray F. Estatísticas globais para o ano de 2020: uma visão geral. *Int.J. Câncer*. 2021;149:778–89.
39. Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, Viana ESR, Correia GN, Magalhães AG. Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. *Fisioter Pesqui*. 2017;24(1):54-61
40. Meireles GS. Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Sexualidade Human*. 2019;30(2):47-54.
41. Nobre P. Determinantes psicológicos do funcionamento sexual. *Acta Portuguesa de Sexologia*. 2010;1:32-44.
42. Souza Júnior EV. et al. Função sexual positivamente correlacionada com a sexualidade e qualidade de vida do idoso. *Rev Bras Enferm*. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20210939.
43. Medina-Rico M, Zárate-Velasco AM, Quiñonez, A. et al. Sexuality in People With Ostomies: A Literature Review. *Sex Disabil*. 2019;37, 571–86.
44. Vonk-Klaassen SM; de Vocht HM; den Ouden ME; Eddes EH; Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016;25(1):125-33
45. Paszyńska W, Zborowska K, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Quality of Sex Life in Intestinal Stoma Patients-A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2660.
46. Thierry Almont T, Bouhnik AD, Charif AB, Bendiane MK, Corinne Couteau C, Manceau C. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. 2019;16(1):96-110.
47. Saracco, C., Rastelli, G Saracco, C., Rastelli, G., Roveron, G. et al. Sexual Function in Patients with Stoma and its Consideration Among Their Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Sex Disabil*. 2019;37,415–27.
48. Jeffrey A Albaugh JA, Sandi Tenfelde S, Hayden DM. Sexual Dysfunction and Intimacy for Ostomates. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(3):201-06.
49. Lin S, Yin G, Chen L. The sexuality experience of stoma patients: a meta-ethnography of qualitative research. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23(1):489.
50. Sutsunbuloglu E, Vural F. Avaliação da satisfação e função sexual em pacientes após cirurgia de estoma: um estudo descritivo. *Sex Disabil* 2018; 349–361 (2018).

51. Lucia MCS, Paula MAB. Sexualidade de pessoas com estomia. In: Santos VLCC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. 624 p.
52. Amadeu JR, Justi MM. Qualidade de vida de estudantes de graduação e pós-graduação em Odontologia. Archives of health investigation, [S. l.], v. 6, n. 11, 2017. DOI: 10.21270/archi.v6i11.2275. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2275>. Acesso em: 8 jun. 2023.
53. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches, International. Int J Nurs Stud. 2006;43(7):891-901.
54. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship. 2005;37:336-42.
55. Zhang, Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. J Clin Nurs. 2019;28(15-16):2880-8.
56. Sara Ahmed S, Andrich D. Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement. Milwaukee: International Society for Quality of Life Research; 2015.
57. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019;28(10):2641-50.
58. Ayaz, S. Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. Sex Disabil. 2009; 27, 71–81.
59. Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. Br J Community Nurs. 2009 ;14(8):326, 328, 330-1.
60. Davis D, Ramamoorthy L, Pottakkat B. Impact of stoma on lifestyle and health-related quality of life in patients living with stoma: A cross-sectional study. J Educ Health Promot. 2020;9:328.
61. Alenezi A., Livesay K, McGrath I, Kimpton A. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of Saudi ostomate patients: A mixed-methods study. J Clin Nurs. 2023;32(14):3707-19.
62. Duque PA, Valencia Rico CL, Campiño Valderrama SM, López González LA. Effects of Socio-educational Interventions on the Quality of Life of People with a Digestive Ostomy. SAGE Open Nurs. 2023;9:23779608231177542.
63. Xi Z, Rong CM, Ling LJ, Hua ZP, Rui G, Fang HG, Long W, Zhen ZH, Hong L. The influence of stigma and disability acceptance on psychosocial adaptation in patients with stoma: A multicenter cross-sectional study. Front Psychol. 2022;13:937374.

64. Abdo CHN. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2007 Mar;4(2):382-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00414.x. PMID: 17367433
65. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.* 2009; 14(2): 89-90. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>

ANEXO A – City of Hope Quality of Life - Ostomy Questionnaire” – COH-QOL-OQ.

APÊNDICE C – COH-QOL-OQ: City of Hope — Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados

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 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. Força física

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

2. Fadiga

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

3. Pele ao redor da estomia

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

4. Interrupções de sono

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

5. Dores ou sofrimentos

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

6. **Gases**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

7. **Odor**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

8. **Constipação (dificuldade para evacuar)**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

9. **Diarréia**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

10. **Vazamentos da bolsa (ou ao redor da bolsa)**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema grave

11. **Bem estar físico geral**

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema geral

12. **Quanto tem sido difícil para você se adaptar à estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante (muito difícil)

13. **Quanto você se sente útil?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente útil

14. **Quanta satisfação ou prazer você sente pela vida?**

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

15. **Quanto você se sente constrangido por causa de sua estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente constrangido

16. **Quão é boa sua qualidade de vida no geral?**

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

17. **Como está sua memória?**

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

18. **Quanto é difícil para você olhar para sua estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente difícil

19. **Quanto é difícil para você cuidar de sua estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente difícil

20. **Você sente que tem controle sobre as coisas na sua vida?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

21. **Quanto você está satisfeito com sua aparência?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente satisfeito

22. **Quanta ansiedade você tem?**

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrema

23. **Quanta depressão você tem?**

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrema

24. **Você tem receio que sua doença volte?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Receio extremo

25. **Você tem dificuldade para conhecer novas pessoas?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dificuldade extrema

26. **Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento?**

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremo

27. **Quanto a sua doença tem sido angustiante para a sua família?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente angustiante

28. **Quanto a sua estomia interfere na sua capacidade para viajar?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

29. **A sua estomia tem interferido nas suas relações pessoais?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

30. **Quanto isolamento é causado pela sua estomia?**

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

31. **O apoio de seus amigos e família é suficiente para atender suas necessidades?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente

32. **A sua estomia tem interferido nas suas atividades recreativas/esportivas?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

33. **A sua estomia tem interferido nas suas atividades sociais?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

34. **A sua estomia tem interferido na sua intimidade?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

35. **Você tem privacidade suficiente em casa para cuidar de sua estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

36. **Você tem privacidade suficiente, quando viaja, para realizar os cuidados com sua estomia?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

37. **Quanta incerteza você sente com relação ao seu futuro?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

38. **Você sente que tem uma razão para estar vivo?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

39. **Você tem um sentimento de paz interior?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

40. **Quanto você se sente esperançoso?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente

41. **O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, tais como rezar ou meditar, é suficiente para atender suas necessidades?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

42. **O apoio que você recebe de atividades religiosas, tais como ir a algum templo religioso (igreja ou sinagoga), é suficiente para atender suas necessidades?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

43. **Ter uma estomia tem trazido mudanças positivas na sua vida?**

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
 LEGAL

1. NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

SEXO : M F DATA NASCIMENTO:

...../...../.....

ENDEREÇO

Nº BAIRRO: CIDADE :

CEP:..... TELEFONE: DDD ()

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ESTOMIZADOS
2. PESQUISADOR : SUELI COELHO DA SILVA CARNEIRO/ SHIRLEY SANTOS MARTINS
3. CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular UERJ / Doutoranda UERJ INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 70611
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ano.
5. Fones para contato: (98) 988034823
 - a. – Desenho do estudo e objetivo(s): Avaliar a sexualidade e qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação dos pacientes estomizados assistidos no Ambulatório de Estomaterapia .
 - b. – Durante o estudo você será entrevistado e preencherá formulários, com duração de aproximadamente 30 min. Os resultados estarão à disposição a quem
2. 6 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas
3. 7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
4. 8 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
5. 9 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

6. 10 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
7. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.
8. Consentimento Livre e Esclarecido
9. Eu, _____

,acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Assinando este termo, concordo em participar este estudo e não abduco a nenhum dos direitos legais e éticos que me cabem.

Data

____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data

____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO C – Formulário 1 – Perfil Sócio Demográfico e Clínico

FORMULÁRIO 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nome: _____

Primeira coluna: para uso do paciente

Segunda coluna: para uso do pesquisador

1. Idade (anos): _____	()
2. Sexo () 1. Masculino 2. Feminino 9. Ignorado	()
3. Prontuário: _____	()
4. Naturalidade () 1. Capital do Estado 2. Outros municípios da Ilha de São Luís 3. Outros municípios do Estado 4. Outros Estados 9. Ignorado	()
5. Município de residência () 1. Capital do Estado 2. Outros municípios da Ilha de São Luís 3. Outros municípios do Estado 4. Outros Estados 9. Ignorado	()
6. Tipo de estomia () 1. Colostomia 2. Ileostomia 3. Urostomia 4. Mais de uma 9. Ignorado	()
7. Tempo de permanência () 1. Temporário 2. Definitivo 3. Indeterminado 9. Ignorado	()
8. Causa de cirurgia para confecção de estomia () 1. Câncer de reto 2. Câncer de intestino 3. Trauma por arma de fogo 4. Trauma por arma branca 5. Doença inflamatória 6. Fistula retovaginal 7. Diverticulite 8. Abdome agudo obstrutivo 9. Outro 10. Ignorado	()
9. Comorbidades () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
10. HAS () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
11. DM () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
12. Outra doença () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
13. Tempo de confecção do estoma (meses): _____	()
14. Recebe equipamento coletor do governo 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
15. Complicações () 1. Hérnia paraestomal 2. Retração 3. Prolapso 4. Dermatite 5. Estenose 6. Outro 7. Mais de uma complicação 8. Nenhuma 9. Ignorado	()
16. Estado civil () 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Divorciado 5. Separado judicialmente 6. União estável 9. Ignorado	()
17. Número de filhos () 1. Nenhum 2. Um 3. Dois 4. Três 5. Acima de três 9. Ignorado	()
18. Raça/Cor (autodeclarada) () 1. Amarelo 2. Branco 3. Preto 4. Pardo 5. Indígena 6. Sem declaração 9. Ignorado	()
19. Religião () 1. Católico 2. Espírita 3. Evangélico 4. Umbandista 5. Testemunha de Jeová 6. Nenhuma 7. Outra 9. Ignorado	()
20. Escolaridade () 1. Nenhum 2. Alfabetizado 3. Fundamental incompleto 4. Fundamental completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo 9. Especializado 10. Mestre 11. Doutor 12. Ignorado	()
21. Previdência social () 1. Ativo 2. Aposentado 3. Pensionista 4. Desempregado 5. Dependente 6. Aposentado e pensionista 7. Auxílio-doença 8. Auxílio-acidente 9. Auxílio-reclusão 10. Salário maternidade 11. Benefício assistencial ao idoso 12. Benefício assistencial ao deficiente 13. Nenhum 14. Ignorado	()
22. Renda familiar () 1. menos de 1 salário 2. 1 salário 3. 2 salários 4. 3 salários 5. 4 salários 6. 5 salários 7. 6 ou mais salários 9. Ignorado	()
23. Número de pessoas que contribuem () 1. Uma 2. Duas 3. Três 4. Quatro 5. Cinco 6. Outro 9. Ignorado	()

24. Tipo de habitação () 1. Casa 2. Apartamento 3. Quarto 4. Palafita 5. Outro 9. Ignorado	()
25. Condições de ocupação () 1. Próprio 2. Próprio em aquisição 3. Alugado 4. Cedido 5. Patrões 6. Outro 9. Ignorado	()
26. Número de cômodos () 1. 1 a 3 2. 4 a 6 3. 7 a 9 4. Mais que 9 9. Ignorado	()
27. Condições de parede () 1. Alvenaria 2. Taipa 3. Tábua 4. Adobe 5. Outro 9. Ignorado	()
28. Condições de cobertura () 1. Telha 2. Telha com forro 3. Laje 4. Palha 5. Outro 9. Ignorado	()
29. Eletricidade () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	()
30. Abastecimento de água () 1. Poço 2. Rio 3. Rede geral 4. Chafariz 5. Outro 9. Ignorado	()
31. Condições de uso da água () 1. Filtrada 2. Fervida 3. Mineral 4. Sem cuidado prévio 9. Ignorado	()
32. Destino do lixo () 1. Coleta pública 2. Queimado 3. Enterrado 4. Céu aberto 9. Ignorado	()
33. Destino dos dejetos () 1. Esgoto 2. Fossa negra 3. Fossa séptica 4. Céu aberto 9. Ignorado	()
34. Etilismo () 1. Não etilista 2. Etilista 3. Alcoolista 9. Ignorado	()
35. Atividade física () 1. Nenhum 2. Esporádico 3. Semanal 4. Outro 9. Ignorado	()
36. Tabagismo () 1. Não tabagista 2. Tabagista 9. Ignorado	()

Gabarito

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82 - 100 pontos	<i>bom a excelente</i>
62 - 80 pontos	<i>regular a bom</i>
42 - 60 pontos	<i>desfavorável a regular</i>
22 - 40 pontos	<i>ruim a desfavorável</i>
0 - 20 pontos	<i>nulo a ruim</i>

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão e multiplicar o total por 2:

$$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + Q_7 + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$$

(Q = questão)

ANEXO E – Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes
1 = raramente 4 = a maioria das vezes
2 = às vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

Gabarito**Resultado = padrão de desempenho sexual:**

82 - 100	pontos	<i>bom a excelente</i>
62 - 80	pontos	<i>regular a bom</i>
42 - 60	pontos	<i>desfavorável a regular</i>
22 - 40	pontos	<i>ruim a desfavorável</i>
0 - 20	pontos	<i>nulo a ruim</i>

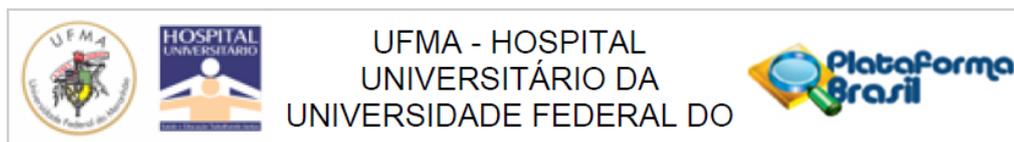
Como obter o resultado:**Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:**

$$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5-Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$$

(Q = questão)

[5-Q₇] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões

ANEXO F – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL E A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS ESTOMIZADOS

Pesquisador: SHIRLEY SANTOS MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02203718.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.077.936

Apresentação do Projeto:

Uma estomia é uma abertura cirurgicamente criada do trato digestivo ou urinário na superfície corporal. As estomias podem ser classificadas em digestivas ou urinárias. Dentre as estomias de eliminação existem as colostomias, ou exteriorização do cólon, e as ileostomias, ou exteriorização do intestino delgado mais distal. Quanto às ostomias urinárias temos cinco tipos principais: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colonico.¹Existem diversos tipos de estomias e a sua construção é determinada pela necessidade de obter uma via alternativa para um de dois possíveis objetivos: ou para alimentar o paciente impedido de comer normalmente pela boca, ou para drenagem do conteúdo fecal ou urinário num paciente impossibilitado de defecar ou urinar normalmente. ² Dessa forma, o estomizado passa necessitar do uso de um dispositivo, neste caso de uma bolsa, que se mantém aderida à pele do abdômen para a coleta do efluente³. A pessoa estomizada vivencia desafios diversos, dentre estes a alteração do seu corpo, pode desencadear sentimentos como vergonha, insegurança, depressão, ódio, repulsa e não aceitação da sua nova condição, mesmo que tenha entendimento da necessidade da confecção da estomia como resolução de seu problema de saúde. Além disso, a utilização dos equipamentos coletores dificulta o convívio social, devido a preocupação com eliminação de gases, odor, vazamento de fezes e desconforto físico, fazendo com que o estomizado adote uma postura de distanciamento, isolamento da convivência social e do ambiente de trabalho, levando-o até a aposentadoria por invalidez. 4-5 A maneira que uma pessoa sente e vive o mundo à sua volta dependerá de como ela

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

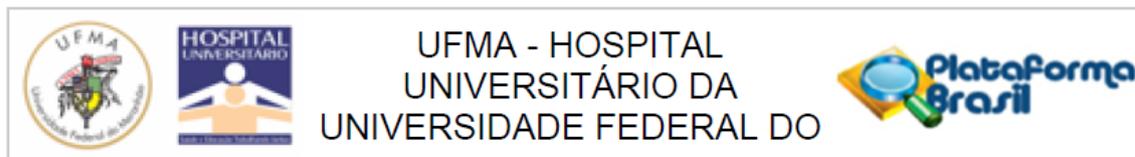
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

se considere "forte", "bonita", "flexível", "alta", estas avaliações são aprendidas através do contato com outros corpos. As estruturas libidinal e sociológica consideram o corpo tal como ele é vivido pelas pessoas e destaca os aspectos afetivos, emocionais, cognitivos e eróticos. A percepção do corpo, membros e órgãos internos, muda conforme as experiências e a parte corporal focada. Além do componente individual, também é mediado por comportamentos comuns à idade, sexo, nível socioeconômico, cultura e valores adotados pelas pessoas do convívio.⁶ A imagem corporal está ligada a fatores como saúde, estética, juventude e perfeição, portanto pode levar os pacientes a sentirem-se rejeitados. As intervenções cirúrgicas que levam a disfunções fisiológicas levam a dificuldades de readaptação. Entre os homens, o estoma intestinal pode provocar a redução ou perda de libido (com disfunções eréteis e problemas na ejaculação), já as mulheres, além de uma diminuição na libido, sentir dor durante o ato sexual.⁷ A sexualidade faz parte da construção sociocultural, se alguém escolhe ou não. Quando considerado em sua totalidade, é mostrado através de gestos, discursos, atitudes, posturas, olhares, silêncio e através do comportamento geral de cada um. ⁸A função sexual influencia diretamente a qualidade de vida e é essencial oferecer atenção integral e personalizada. ⁸O interesse por essa temática surgiu porque como enfermeira especialista em estomaterapia e responsável técnica há dezoito anos no Hospital Universitário Presidente Dutra, pelo atendimento às pessoas com estomia de eliminação em caráter temporário ou permanente, que necessitam utilizar equipamentos coletores aderidos ao abdome para coleta de fezes e/ou urina, pude testemunhar e ouvir muitas vezes essa população referir dificuldades à respeito da qualidade de vida e sexualidade sofridas por eles. Observa-se ainda uma escassez de trabalhos de pesquisa avaliativa sistemática nesta população. Dessa forma, objetiva-se gerar conhecimentos que sirvam de ferramentas aos profissionais de saúde, como fator orientador na tomada de decisão que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, no que tange a melhor compreensão do estado de vida dos estomizados e assim prestar-lhes assistência fornecendo-lhes subsídios para melhor enfrentamento dos problemas e conseqüente poder para ter maior qualidade de vida.

Hipótese:

A função sexual influencia diretamente a qualidade de vida.

Metodologia Proposta:

Desenho do estudo Trata-se de estudo transversal observacional. Local A pesquisa será desenvolvida no Serviço de Pacientes Externos do HU-UFMA - Ambulatório de Estomaterapia, da

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

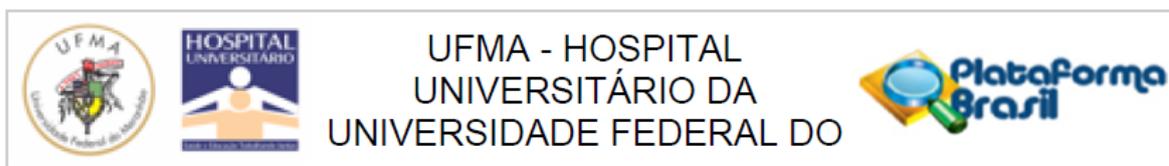
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

Unidade Hospitalar Presidente Dutra e no Polo de Distribuição do Programa de Órtese e Prótese do Município. Coleta de dados A coleta de dados será realizada através de entrevista, após concessão dada pelo Termo De Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, utilizando-se de instrumento dividido em três partes, a primeira com dados sócio demográficos (anexo 1), a segunda com itens referentes a escala de qualidade de vida (anexo 2) e um terceiro instrumento com escala sobre sexualidade (anexos 3 e 4). Será proporcionada uma sala privativa e confortável, para responder questionários autoaplicáveis, sendo que o entrevistador estará próximo para esclarecer quaisquer dúvidas referentes aos instrumentos. Os dados serão registrados em ficha-protocolo especialmente elaborada para esse fim. População No período de 2019 a 2020 serão entrevistados 298 pacientes com estomias de eliminação em caráter temporário ou permanente, que são submetidos à avaliação no ambulatório de estomaterapia no HUUFMA e posteriormente encaminhado para cadastro no Programa e Órtese e Prótese do Município. Aspectos éticos A participação está condicionada ao aceite do paciente, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução CNS N°466/2012.

Critérios de inclusão:

Serão incluídos todos os indivíduos que frequentarem o Ambulatório de Estomaterapia, da Unidade Hospitalar Presidente Dutra e no Polo de Distribuição do Programa de Órtese;

- Ter estomia de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia);
- Idade a partir de 18 anos;
- Ser cadastrado no Programa de Órtese e Prótese do Município, através do atendimento realizado pela estomaterapeuta do serviço de coloproctologia do Hospital Universitário Presidente Dutra.

Critério de Exclusão:

- Pacientes que não aceitarem participar da pesquisa mediante consentimento;
- Pacientes hospitalizados ou com doença aguda.

Metodologia de Análise de Dados:

Análise estatística As variáveis categóricas serão representadas por frequência numérica e percentual e as variáveis quantitativas por meio da média e desvio-padrão. Será utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson, ou quando necessário o teste exato de Fisher. Serão considerados com significância estatística os resultados com $p < 0,05$. Será usado o programa Stata 10.0 para

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

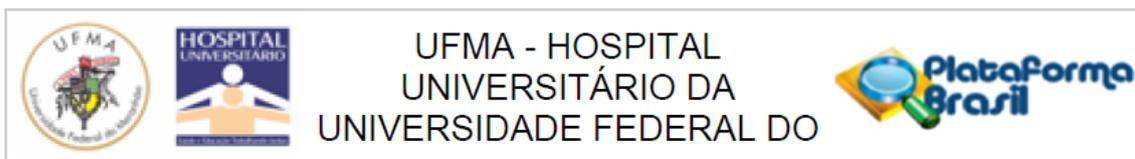
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

análise dos dados.

Desfecho Primário:

Gerar conhecimentos que sirvam de ferramentas aos profissionais de saúde, como fator orientador na tomada de decisão que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, no que tange a melhor compreensão do estado de vida dos estomizados e assim prestar-lhes assistência fornecendo-lhes subsídios para melhor enfrentamento dos problemas e conseqüente poder para ter maior qualidade de vida.

Tamanho da Amostra no Brasil: 298

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1225724.pdf. Datado de 03/12/2018)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a função sexual e a qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação.

Objetivos Secundários:

- Avaliar a função sexual de pacientes com estomias de eliminação;
- Avaliar a qualidade de vida nestes mesmos pacientes;
- Identificar domínios da qualidade de vida mais afetados;
- Avaliar a função sexual versus qualidade de vida;
- Caracterizar o perfil sócio demográfico e clínico da pessoa com estomia de eliminação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, quanto aos riscos e aos benefícios:

Riscos:

Afirmo que existem riscos mínimos relacionados a esta pesquisa, de origem psicológica e/ou emocional, com possibilidade de dano a dimensão psíquica, pois utilizaremos como instrumento de coleta de dados entrevista que, ao longo do diálogo, pode gerar constrangimento, desconforto, estresse e suscitar sentimentos que exijam ajustes psicossociais, além de cansaço. Para participar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

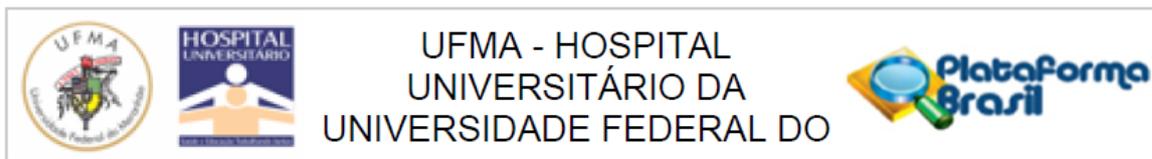
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Entretanto, todas as pessoas que participarem da pesquisa serão ressarcidas caso tenha algum custo ou danos diretos / indiretos, imediatos / tardios que sejam decorrentes da participação no estudo pelo tempo que for necessário. Você terá direito a assistência integral e gratuita, caso a pesquisa acarrete danos diretos / indiretos e imediatos / tardios pelo tempo que for necessário. A pesquisadora responsável se compromete a garantir total sigilo a sua identidade, privacidade e que terá o direito de não mais participar do estudo a qualquer tempo e retirar o seu consentimento, sem que essa decisão traga quaisquer prejuízos. Está, ainda, reservado o direito de solicitar esclarecimentos, quando houver necessidade, sendo que as respostas obtidas na pesquisa serão respeitosamente utilizadas em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Asseguramos que as informações dadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Benefícios:

Como benefício, o resultado da pesquisa servirá como fonte de dados para a melhoria do atendimento da clientela assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e científica, pois possibilitará abordar sobre a função sexual e a qualidade de vida de pacientes com estomias de eliminação, aliada à carência de estudos de pesquisa avaliativa sistemática nesta população, contribuindo com a literatura científica sobre esta temática com conhecimentos que sirvam de ferramentas aos profissionais de saúde, como fator orientador na tomada de decisão que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, no que tange a melhor compreensão do estado de vida dos estomizados e assim prestar-lhes assistência, fornecendo-lhes subsídios para melhor enfrentamento dos problemas, evidenciando na melhoria da qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

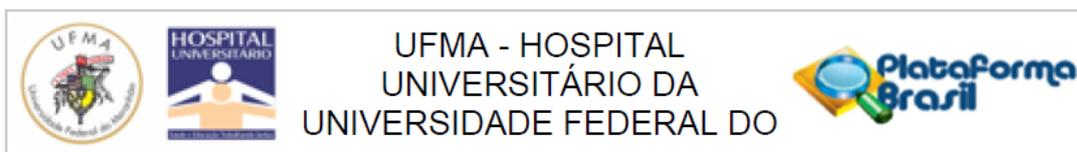
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1225724.pdf	03/12/2018 21:59:06		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	03/12/2018 21:58:40	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	03/12/2018 21:42:07	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.docx	15/11/2018 19:11:59	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e	parecer_comic_.pdf	31/10/2018 11:45:43	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

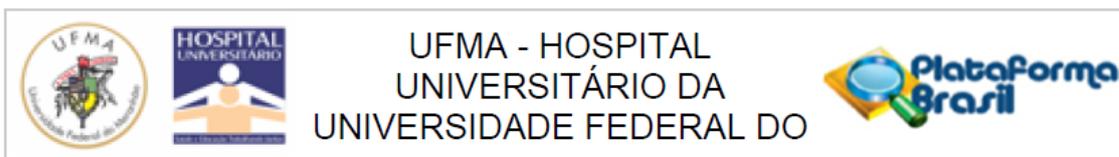
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.936

Infraestrutura	parecer_comic_.pdf	31/10/2018 11:45:43	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	resp_financeira.docx	20/10/2018 15:31:47	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuencia.docx	20/10/2018 15:10:26	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/10/2018 14:40:03	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Orçamento	Financiamento_detalhado.docx	20/10/2018 14:28:06	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	16/10/2018 01:04:47	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.doc	24/09/2018 12:21:37	SHIRLEY SANTOS MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO G – Artigo 1: Análise do desempenho sexual de homens com estomias” teve como objetivo investigar as características que influenciam o desempenho sexual de homens estomizados



Artigo Original

ANÁLISE DO DESEMPENHO SEXUAL DE HOMENS COM ESTOMIAS

Resumo: As pessoas com estomias tem a sexualidade como um dos domínios de maior impacto em suas vidas. Portanto, buscou-se investigar as características que influenciam o desempenho sexual de homens estomizados. O estudo é analítico, transversal e quantitativo, desenvolvido em um hospital universitário, no período de maio de 2019 a março de 2020. Os dados das entrevistas foram registrados em planilhas para tratamento estatístico. Participaram 74 estomizados, sendo que 43,2% dos entrevistados relataram possuir um desempenho sexual “bom a excelente”, em contrapartida, apresentaram os piores aspectos quanto ao “controle da ejaculação” e “autoconfiança”, que representa aproximadamente 50% das vezes. Os homens estomizados apresentam alterações emocionais a disfunções sexuais, experimentam a necessidade de adaptação a nova situação relacionado a sua atividade sexual. Portanto, há necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada para lidar com as dúvidas, anseios e sentimentos destes indivíduo. Descritores: Estomia, Homens, Sexualidade.

Analysis of the sexual performance of men with stomas

Abstract: People with ostomies have sexuality as one of the most impacting domains in their lives. Therefore, we sought to investigate the characteristics that influence the sexual performance of men with a stoma. The study is analytical, cross-sectional and quantitative, developed at a university hospital, from May 2019 to March 2020. Data from the interviews were recorded in spreadsheets for statistical treatment. 74 people with an ostomy participated, with 43.2% of respondents reporting having a “good to excellent” sexual performance, on the other hand, they presented the worst aspects regarding “ejaculation control” and “self-confidence”, which represents approximately 50% of the times. Men with stomas present emotional changes to sexual dysfunctions, experience the need to adapt to a new situation related to their sexual activity. Therefore, there is a need for a multidisciplinary team capable of dealing with the doubts, anxieties and feelings of these individuals.

Descriptors: Ostomy, Men, Sexuality.

Análisis del desempeño sexual de hombres con estomas

Resumen: Las personas con ostomías tienen la sexualidad como uno de los dominios de mayor impacto en sus vidas. Por lo tanto, buscamos investigar las características que influyen en el desempeño sexual de los hombres con estoma. El estudio es analítico, transversal y cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario, de mayo de 2019 a marzo de 2020. Los datos de las entrevistas fueron registrados en hojas de cálculo para su tratamiento estadístico. Participaron 74 personas con ostomía, el 43,2% de los encuestados reportaron tener un desempeño sexual “bueno a excelente”, por otro lado, presentaron los peores aspectos en cuanto a “control de la eyaculación” y “confianza en sí mismos”, lo que representa aproximadamente El 50% de las veces. Los hombres ostomizados presentan cambios emocionales ante disfunciones sexuales, experimentan la necesidad de adaptarse a una nueva situación relacionada con su actividad sexual, por lo que se necesita un equipo multidisciplinario capaz de resolver las dudas, ansiedades y sentimientos de estos individuos.

Descriptores: Ostomía, Hombres, Sexualidad.

Shirley Santos Martins
Mestre em Ciências da Saúde pela
Universidade Federal do Maranhão (UFMA),
Brasil. Enfermeira Estomaterapeuta do
Hospital Universitário Presidente Dutra da
Universidade Federal do Maranhão.
E-mail: shirma2015@gmail.com

Suzana Farias Brasil Nepomuceno
Especialista em Residência
Multiprofissional de Saúde pelo Hospital
Universitário Presidente Dutra da
Universidade Federal do Maranhão.
Enfermeira da empresa UDI Hospital Rede
D'Or São Luis, Maranhão, Brasil.
E-mail: suzanafbn@gmail.com

Tamires Barradas Cavalcante
Doutora em Saúde Coletiva pela
Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Professor Adjunto A da Universidade Federal
do Maranhão, Brasil.
E-mail: tamiresbarradas@gmail.com

Orlando José dos Santos
Doutor em Biotecnologia - RENORBIO pela
Universidade Estadual do Ceará, Brasil.
Professor Adjunto II da Universidade Federal
do Maranhão, Brasil.
E-mail: orlanddojs@hotmail.com

Líscia Divana Carvalho Silva
Doutorado em Doutorado em Ciências pela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
(EERP- USP), Brasil(2014). Professora
Adjunto IV da Universidade Federal do
Maranhão, Brasil.
E-mail: ljscia.divana@ufma.br

Sueli Carneiro
Doutora em Medicina (Dermatologia) pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Brasil. Professor Titular da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Docente dos
programas de Pós graduação em Ciências
Médicas UERJ e Medicina/UFRJ.
E-mail: suelicarn@gmail.com

Submissão: 19/07/2022

Aprovação: 16/10/2022

Publicação: 21/12/2022



Como citar este artigo:

Martins SS, Nepomuceno SFB, Cavalcante TB, Santos OJ, Silva LDC, Carneiro S. Análise do desempenho sexual de homens com estomias. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):339-351. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.339-351>

Introdução

Estomia ou ostoma são vocábulos de mesmo significado, derivadas do grego, em que “*osto*” designa boca, e “*tomia*” como abertura de origem cirúrgica. Dessa forma, as estomias do tubo digestivo são comunicações diretas de qualquer víscera oca com a superfície do corpo para eliminação de excretas intestinais, urinárias e/ou troca de gases. O referido estoma é definido por um procedimento cirúrgico, no qual é confeccionado um orifício e exteriorizado um segmento da alça intestinal para desvio do trânsito, por onde o conteúdo será expelido e coletado por uma bolsa acoplada na parede abdominal externa^{1,2}.

A diferença das estomias é essencialmente de ordem anatômica, segundo a exteriorização de uma alça específica do intestino delgado ou cólon³. Podem ainda ser classificadas como temporárias ou definitivas - onde há possibilidade de reversão ou não - fator definido pela causa da confecção da estomia, a exemplo: estomias reversíveis habitualmente são provenientes de traumas ou doenças inflamatórias intestinais; já as definitivas sugerem a perda de segmento do tubo digestivo e necessidade de manutenção contínua da excreção por via alternativa, como acontece seguinte a amputação de reto em casos de câncer colorretal^{1,4}. Há, também, a possibilidade de ocorrência de complicações, as quais podem ser precoces (necrose, retração, infecção, fístulas, sangramento, edema e outros) ou tardias (estenose, dermatite, prolapso, hérnia paraestomal e outros)^{2,5,6}.

Segundo estudos de ordem epidemiológica, a população mais acometida pelas enfermidades que podem ocasionar a necessidade de confecção de uma estomia designa-se por pessoas carentes de

informação, renda e acesso aos serviços de saúde, devido a maior exposição a agentes maléficos, como hábitos de vida degradantes - alimentação imprópria ou insuficiente, tabagismo e etilismo - e marginalização do indivíduo - exposição a traumas, sistema de saúde público ineficiente, educação precária, rede de apoio familiar deficiente ou inexistente⁷, - sendo, desse modo, a prevenção e detecção precoce descontínua e faltosa dos problemas de saúde, além do despreparo dos profissionais envolvidos, os maiores entraves para uma melhor adaptação do indivíduo⁸.

Por sua vez, essas agressões patológicas ao organismo que resultam em intervenções cirúrgicas para condução da construção de estomias podem ser, em ordem de frequência: neoplasias de cólon e/ou reto, perfurações, fístulas, doenças inflamatórias, doenças congênitas, e outras de menor ocorrência⁹. Para o ano de 2020, estima-se a contagem de mais de 20 mil novos casos de câncer colorretal para cada sexo, sendo esta enfermidade a segunda mais comum entre as partes, ao passo que perde apenas para o câncer de próstata em homens e para o câncer de mama em mulheres¹⁰.

A existência de uma estomia de eliminação modifica a vida das pessoas submetidas, tendo em vista a perda de controle esfinteriano e a presença de uma bolsa coletora acoplada a superfície do seu corpo⁵. Estas modificações requerem uma adaptação complexa, as quais geram dúvidas, medo e frustrações de ordem física e psicológica e interferem diretamente na qualidade de vida do ser humano^{1,8}.

Dentre os pilares da qualidade de vida que podem sofrer alteração nesta população dispõe-se a sexualidade, a qual é segundo a Organização Mundial

da Saúde - OMS, um domínio humano essencial para o bem-estar físico e mental¹¹. Envolve sensações e ações relativas à emoção, prazer, comunicação, afetividade, dimensões estas que estão além de sua necessidade fisiológica. Desta forma, sexualidade transcende o biológico, estabelece-se e torna-se presente na cultura e história do ser. Vale ressaltar que este domínio faz parte ainda da definição de identidade e conduta do indivíduo humano, visto que sustenta a capacidade de diferenciação, criação e inovação das relações com o “eu” e terceiros¹².

As relações afetivas e sexuais são estruturadas e reformuladas por um sistema de significados, induzidos pela cultura, determinantes e condicionantes sociais, padrões de gênero pré-estabelecidos e regionalização. Alia-se a esse pressuposto as experiências individuais atreladas à história pessoal e contexto no qual a pessoa está inserida, sendo estes fatores importantes para delimitar sua reação frente a novas e inesperadas situações, como doenças e acidentes¹³.

A supervalorização do corpo enquanto expectativa de inclusão social, ou até obtenção de poder, surge neste contexto como facilitador do preconceito e discriminação para com os indivíduos em questão, os quais são submetidos a processos mutilatórios devido as condições de enfermidade supracitadas¹⁴.

A atividade sexual obedece a um forte impulso de natureza biológica, mas sua concretização e sua vivência dependem dos aspectos psicológicos, psicodinâmicos e culturais de cada indivíduo. O exercício saudável da sexualidade fortalece a autoconfiança, alivia não só tensões como também as angústias¹⁵. A sexualidade é ainda o que fazemos e o

que somos, e se as condições para realizar um ato sexual de forma satisfatória, ou sentir-se bem para este fim, não são as ideais, o risco de disforia e auto imagem negativa está intimamente atrelado a este momento, já que as mudanças corporais são bruscas e limitantes^{14,16}.

São diversos os fatores que podem vir a minar o senso de integridade do indivíduo, dentre os quais destaca-se o diagnóstico de câncer, onde as vivências e lembranças do tratamento, associados às sequelas emocionais, perturbam o funcionamento sexual^{17,18}. Alterações anatômicas e fisiológicas ocasionadas pela abordagem cirúrgica podem reduzir esse desempenho, mesmo com o desejo mantido; ou ainda as alterações decorrentes da disfunção sexual acarretam muitas vezes na necessidade de controlar os desejos para evitar a frustração¹⁷. Lesões nervosas no ato operatório por vezes ocasionam a disfunção erétil e/ou ejaculação precoce em homens devido a secção de vasos e terminações nervosas da região, tendo em vista que o sistema nervoso autônomo é composto por fibras que tem íntima relação com o reto e tem essencial incumbência nestes mecanismos^{1,2,7,13,19}.

Diante da problemática exposta, a pesquisa em questão tem como objetivo investigar e analisar a sexualidade, mais especificamente o desempenho sexual de indivíduos do sexo masculino com estomias de eliminação, além de buscar saber quais as características que influenciam mais significativamente sobre esta atividade, já que é uma população envolta de tabus, imposição de padrões, inexpressividade de sentimentos e está ainda submetida a uma infinita readequação de modos, onde estes indivíduos estão à beira da perda iminente

de estímulos para uma qualidade de vida satisfatória, devido inúmeros fatores retardantes, de ordem física e emocional. Faz-se ainda justificável pela reduzida gama de estudos sobre o assunto e conversão de profissionais do meio ou associados para um melhor atendimento e cuidado integral destas pessoas.

Material e Método

Trata-se de um estudo analítico, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) Unidade Presidente Dutra, no município de São Luís, Maranhão, Brasil, entre os meses de maio de 2019 e março de 2020. O Serviço de Pacientes Externos do Ambulatório de Estomaterapia, setor da instituição onde as entrevistas foram realizadas, é coordenado por uma enfermeira estomaterapeuta.

A amostra do estudo foi por conveniência, composta por indivíduos do sexo masculino que estivessem presentes para consulta de rotina e que se mostrassem disponíveis para responder ao questionário proposto. Fizeram parte da pesquisa usuários com estomias de eliminação em caráter temporário, permanente ou indeterminado. Foram incluídos os pacientes do sexo masculino; com idade maior ou igual a 18 anos, com estomia de eliminação; submetidos à confecção de estomia há pelo menos 6 meses, período este que sugere tempo hábil para avaliação de supostas mudanças - positivas ou negativas - vivenciadas pelo entrevistado. Não foram incluídos os pacientes que se recusassem a participar da pesquisa, ou que apresentassem doença aguda em regime de internação hospitalar.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual utilizando-se dois formulários com perguntas fechadas elaborados pela equipe de

pesquisa. O primeiro instrumento composto por dados sociodemográficos (idade, município, etnia, estado civil, número de filhos, escolaridade, renda, situação na Previdência Social e religião) e clínicos (tipo de estomia, permanência, causa, comorbidades, tempo decorrido, recebimento de equipamento coletor e complicações).

O segundo instrumento foi o Quociente Sexual Masculino (QS-M)²⁰, elaborado e validado pelo Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que objetiva avaliar a sexualidade nos do homens (desejo e interesse sexual, autoconfiança, ereção, ejaculação, orgasmo, satisfação e parceira).

O QS-M é composto por 10 questões, baseadas na escala de *Likert* contendo seis alternativas de resposta numa escala que varia de 0 a 5, sendo estas correspondências: 0 - nunca; 1 - raramente, 2 - às vezes; 3 - aproximadamente 50% das vezes; 4 - a maioria das vezes; 5 - sempre. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta em um índice total que varia de 0 a 100, sendo as respostas para avaliação do padrão de desempenho sexual elencadas em intervalos de satisfação: 0 a 20 - nulo a ruim; 22 a 40 - ruim a desfavorável; 42 a 60 - desfavorável a regular; 62 a 80 - regular a bom; 82 a 100 - bom a excelente.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados na planilha do programa *Microsoft Excel*® com dupla digitação, logo após foram exportados para o *software* estatístico *Stata 16.0*®. Durante a análise univariada, as variáveis quantitativas foram calculadas por meio de média/desvio padrão ou mediana/amplitude interquartil; e as variáveis categóricas apresentadas por valores de frequência

absoluta (N) e relativa (%). Na análise bivariada, a normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk, além de verificar associação entre as variáveis do primeiro questionário com o QS-M. Para as variáveis dicotômicas, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, ou o teste *u* não-paramétrico de Mann-Whitney; para as variáveis politômicas, utilizou-se a análise de variância simples (ANOVA *oneway*), ou o teste *h* não-paramétrico de Kruskal Wallis. A correlação linear de Pearson foi utilizada para analisar as variáveis contínuas normais, e a correlação de postos de Spearman para avaliação de variáveis contínuas anormais, considerando o nível de significância para o valor de $p < 0,05$.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos e benefícios da presente pesquisa, e sobre aspectos de privacidade e confiabilidade das informações, ficando assegurado o direito de

desistência da participação a qualquer momento, segundo seu desejo. A presença no estudo apenas foi homologada e iniciada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS nº 466/2012. A pesquisa maior, intitulada "Avaliação da função sexual e qualidade de vida de pessoas estomizadas", que deu origem ao presente trabalho, foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do HUUFMA, com parecer de aceite nº 3.077.936.

Resultados

Para melhor compreensão e distribuição dos resultados desta pesquisa, os dados foram separados em três seções de análise. A primeira parte apresenta o perfil da amostra, com dados sociodemográficos e clínicos sobre os indivíduos; a segunda caracteriza o desempenho sexual dos envolvidos; e a terceira expõe a correlação estatística entre estes dados.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de homens com estomias, associadas com a sexualidade (n=74), São Luís, 2020.

Variável	n (%)	Média (±DP)*	Mín-Máx	p valor
Idade		44,72 (14,96)	19-82	< 0,01 ¹
Município de residência				0,12 ³
Capital do estado	35 (47,30)			
Região metropolitana	09 (12,16)			
Município do interior	28 (37,84)			
Outro estado	02 (02,70)			
Etnia				0,16 ³
Amarela	01 (01,35)			
Branca	13 (17,57)			
Preta	09 (12,16)			
Parda	51 (68,92)			
Estado Civil				0,58 ⁵
Com companheiro	23 (31,08)			
Sem companheiro	51 (68,92)			
Número de filhos				0,79 ²
Nenhum	35 (47,30)			
1 filho ou mais	39 (52,70)			
Escolaridade				0,44 ³
Sem estudo	04 (05,48)			
Alfabetizado	04 (05,48)			

Martins SS, Nepomuceno SFB, Cavalcante TB, Santos OJ, Silva LDC, Carneiro S. Análise do desempenho sexual de homens com estomias. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):339-351.

Ensino fundamental	36 (49,32)	
Ensino médio	20 (27,40)	
Ensino superior	09 (12,33)	
Renda		0,04⁴
Menos de 1 a 1 salário mínimo	45 (60,81)	
2 a 4 salários mínimos	22 (29,73)	
Mais de 4 salários mínimos	07 (09,46)	
Religião		0,37³
Católica	40 (55,56)	
Espírita	03 (04,17)	
Evangélica	23 (31,94)	
Testemunha de Jeová	01 (01,39)	
Nenhuma	05 (06,94)	

*Desvio padrão; 1Correlação linear de Pearson; 2t student test; 3Kruskal-Wallis test; 4oneway ANOVA; 5Mann-Whitney test.

Participaram do estudo 74 pacientes do sexo masculino, com idade média de 44,72 (DP±14,96) variando entre 19 e 82 anos, 47,3% residentes na capital do estado, 68,9% de raça parda, 68,9% sem companheira, 52,7% com 1 filho ou mais, 49,3% estudaram até o ensino fundamental (completo ou incompleto), 60,8% recebem entre menos de 1 a 1 salário mínimo, 31% recebem auxílio doença da Previdência Social, 55,5% são católicos.

Tabela 2. Perfil clínico e de estilo de vida de homens com estomias, associados com a sexualidade (n=74), São Luís, 2020.

Variável	n (%)	Mediana (AI)*	Mín-Máx	p valor
Tipo de estomia				0,08³
Colostomia	44 (59,46)			
Ileostomia	23 (31,08)			
Urostomia	06 (08,11)			
Mais de 1 estomia	01 (01,35)			
Permanência da estomia				0,20⁴
Temporária	46 (63,89)			
Definitiva	21 (29,17)			
Indeterminada	05 (06,94)			
Causa da confecção da estomia				< 0,01³
Câncer	16 (22,54)			
Trauma por arma de fogo ou branca	21 (29,58)			
Doença inflamatória	06 (08,45)			
Abdome agudo obstrutivo	06 (08,45)			
Outro	22 (30,99)			
Comorbidades				0,01⁵
Sim	17 (22,97)			
Não	57 (77,03)			
Hipertensão Arterial				0,54²
Sim	09 (12,16)			
Não	65 (87,84)			
Diabetes				< 0,01⁵
Sim	10 (13,51)			
Não	64 (86,49)			
Outra comorbidade				< 0,01²
Sim	03 (04,05)			

Martins SS, Nepomuceno SFB, Cavalcante TB, Santos OJ, Silva LDC, Carneiro S. Análise do desempenho sexual de homens com estomias. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):339-351.

Não	71 (95,95)			
Tempo de confecção da estomia (em meses)		19,50 (26,00)	6-216	0,01⁶
Recebe equipamento coletor do governo				0,55 ⁵
Sim	61 (82,43)			
Não	13 (17,57)			
Complicações				0,19 ³
Hérnia paraestomal	10 (13,51)			
Retração	01 (01,35)			
Prolapso	10 (13,51)			
Dermatite	04 (05,41)			
Outro	03 (04,05)			
Mais de uma complicação	13 (17,57)			
Nenhuma	33 (44,59)			
Etilismo				0,03⁵
Não etilista	61 (83,56)			
Etilista	12 (16,44)			
Tabagismo				0,30 ²
Não tabagista	65 (87,84)			
Tabagista	09 (12,16)			
Atividade física				0,69 ³
Nenhuma	48 (64,86)			
Esporádica	17 (22,97)			
Semanal	08 (10,81)			
Outro	01 (01,35)			

*Mediana e Amplitude interquartil; 1Correlação linear de Pearson; 2t student test; 3Kruskal Wallis test; 4oneway ANOVA; 5Mann-Whitney test; 6Correlação de postos de Spearman.

Quanto ao perfil clínico da amostra, 59,4% possuíam colostomia, 63,8% estavam com estomias em caráter temporário, 29,5% necessitaram da confecção da estomia devido trauma por arma de fogo ou branca, 77% não possuíam comorbidades - dentre elas, 87,8% não tinham Hipertensão Arterial, e 86,4% não tinham Diabetes. A mediana de tempo decorrido desde a confecção da estomia foi de 19,5 (AI=26) meses, 82,4% recebiam equipamento coletor do governo, 44,5% não apresentaram complicações relacionadas à estomia.

Tabela 3. Padrão de desempenho sexual de homens com estomias (Quociente sexual masculino), São Luís, 2020.

Padrão de desempenho sexual	N	%
Nulo a ruim (0 a 20)	4	05,41
Ruim a desfavorável (22 a 40)	5	06,76
Desfavorável a regular (42 a 60)	6	08,11
Regular a bom (62 a 80)	27	36,49
Bom a excelente (82 a 100)	32	43,24
Total	74	100,00

Segundo a escala de padrão de desempenho sexual de homens, 43,2% dos entrevistados relataram possuir um desempenho “bom a excelente”. A média de escore para o QS-M foi de 73 (DP±22,98), em uma escala de 0 a 100, o que enquadra a amostra no estrato de desempenho “regular a bom”.

Tabela 4. Domínios de função sexual de homens com estomias, São Luís, 2020.

Variável	Média (\pm DP)	Mínimo-máximo
Quociente sexual masculino (QS-M)	73,08 (22,98)	0 - 100
Desejo e interesse sexual		
Questão 1	04,05 (01,37)	0 - 5
Autoconfiança		
Questão 2	03,06 (01,72)	0 - 5
Qualidade da ereção		
Questão 5	03,87 (01,55)	0 - 5
Questão 6	03,72 (01,60)	0 - 5
Questão 7	03,52 (01,60)	0 - 5
Controle da ejaculação		
Questão 8	03,04 (01,87)	0 - 5
Capacidade de atingir o orgasmo		
Questão 9	04,12 (01,48)	0 - 5
Satisfação que o homem obtém e que proporciona à parceira		
Questão 3	03,74 (01,49)	0 - 5
Questão 4	03,48 (01,68)	0 - 5
Questão 10	03,89 (01,51)	0 - 5

Na óptica dos subdomínios da sexualidade, os quesitos que avaliam a “capacidade de atingir o orgasmo” e o “desejo e interesse sexual” foram os que se obtiveram melhor resultado, onde a média de resposta foi de aproximadamente 4 (DP \pm 01,48 e 01,37 respectivamente), em uma escala de 0 a 5 - que representa a maioria das vezes; em contrapartida, os piores aspectos avaliados foram os de “controle da ejaculação” e “autoconfiança”, com média de aproximadamente 3 (DP \pm 01,87 e 1,72 respectivamente), em uma escala de 0 a 5 - que representa aproximadamente 50% das vezes.

O coeficiente de correlação de Pearson demonstrou correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o escore total do QS-M ($r = -0,38$ e $p < 0,01$), ou seja, quanto maior a idade dos entrevistados, pior o padrão de desempenho sexual. A renda, por sua vez, demonstrou significância na relação dos estratos e os

valores totais de QS-M ($p = 0,04$) a partir da análise de variância simples (Tabela 1).

Ao se analisar a compatibilidade entre a variável causa de confecção da estomia e o QS-M por meio do teste não-paramétrico de Kruskal Wallis para populações de 3 grupos ou mais, foi delimitada significância importante entre eles ($p < 0,01$), indicando uma forte influência do motivo para a presença da estomia sobre o QS-M (Tabela 2).

A presença ou não de comorbidades também delimitou certa relevância sobre o QS-M ($p = 0,01$) a partir do teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, demonstrando heterogeneidade entre os grupos; em especial àqueles que indicaram não possuir previamente Diabetes ($p = 0,01$) com mesma testagem (Tabela 2).

O coeficiente de correlação de postos de Spearman demonstrou correlação positiva entre o tempo de confecção da estomia e o QS-M ($\rho = 0,27$ e $p = 0,01$), sugerindo que quanto mais tempo o

indivíduo possuísse a estomia, mais estaria adaptado a mudança e, por conseguinte, demonstraria ter um melhor padrão de desempenho sexual (Tabela 2).

Discussão

Ao analisar a literatura correspondente ao tema, fica visível a escassez de estudos focados no sexo masculino, não obstante este tem presença dominante na maioria das pesquisas que não diferenciam gênero para investigação^{4,5,21-24}. Ainda assim, foi possível perceber a superioridade do sexo feminino em alguns dos artigos selecionados^{13,25-26}. Habitualmente, os homens estão mais expostos às circunstâncias de trauma e violência, além de recorrerem ao serviço de saúde em casos de agravo de alguma condição ou em situações de emergência, o que justifica a predominância do sexo masculino nestas amostras^{5,27}.

A idade média de 44 anos (DP±14,96) destes participantes vai de encontro com o que consta em quase todos os estudos selecionados^{4,5,13,21-23,25,27,28}, onde foi percebido que os idosos são a maioria dos indivíduos por estarem mais vulneráveis a comorbidades crônicas e à gravidade dos casos, principalmente ao se tratar de câncer colorretal⁵. Para a presente pesquisa, observou-se uma faixa etária mais jovem acometida pela estomização e com forte associação com o desempenho sexual ($p<0,01$) - o que demonstrou que os mais jovens tendem a representar uma melhor atuação durante o ato sexual - sendo a faixa etária em questão justificada pelo motivo da abordagem da maioria destes indivíduos, os quais sofreram mais com perfuração por arma branca ou de fogo, tendo em vista que a população de homens jovens e adultos jovens está evidentemente mais exposta à violência⁷.

Em relação à residência dos sujeitos, a maioria relatou morar na capital do estado, onde o campo de pesquisa se encontra, dado este que é corroborado pelo que se encontra em estudos realizados em Teresina - PI e no Rio de Janeiro - RJ^{25,28}. Porém, é importante frisar a grande quantidade de pessoas que procedem do interior do estado do Maranhão na presente pesquisa, correspondente a 37% da amostra em estudo, devido o Ambulatório do Hospital Universitário em questão ser referência para encaminhamento de estomizados a associações, grupos de apoio e programas do SUS, em especial o Programa de Órtese e Prótese, o qual garante o recebimento dos equipamentos coletores sem ônus pelos pacientes²⁹. Percebe-se com este dado que o paciente além de ter que lidar com as mudanças físicas e emocionais provocadas pela presença de estomia, ainda conta com dificuldades de estrutura e ambiente, como a exemplo a necessidade de muitos desses se deslocarem de grandes distâncias, e muitas das vezes sofrerem com a inacessibilidade de banheiros ou locais privativos que pudessem favorecer a higienização e/ou troca do equipamento coletor de forma digna^{21,27-28}.

Para a amostra em questão, 82% já estavam recebendo equipamento coletor de forma completamente gratuita; os que negaram receber, alegaram ainda não ter conhecimento sobre esse direito e foram prontamente orientados e encaminhados. Não foram encontrados estudos na literatura que abordassem sobre este fim.

Ao questionar os participantes sobre a sua cor, 69% autodeclararam-se pardos, dado este corroborado por quase todos os estudos analisados, exceto na pesquisa realizada em Sorocaba - SP, onde a

maioria se autodeclarou de cor branca²⁶. A maior parte dos estudos realizados no Brasil que trabalharam com este dado apresentaram predominância de cor parda autodeclarada tendo em vista a grande miscigenação da população, independente da região^{5,21,25}.

No tocante a situação conjugal, a maior parcela não possuía companheiro, o que vai de encontro com o encontrado em grande parte dos estudos^{4,5,7,13,21-24,26-28}, visto que o extrato desta população entrevistada habitualmente é de idosos e estes, em sua maioria, possuem companheiro e até mesmo uma rede de apoio. Como o presente estudo alcançou em maior escala homens jovens e adultos jovens, fica justificado estes não relatarem a presença de um cônjuge. Fica explícito ainda que estomizados sem companheiro enfrentam maior dificuldade para se envolverem em relacionamentos novamente após a mudança corporal, principalmente ao serem jovens e estarem sob cobrança contínua dos padrões de beleza e convívio da sociedade²¹.

Quanto a presença de filhos, a amostra ficou bem dividida entre não ter filhos e ter de 1 ou mais filhos, apesar da maioria (52%) ainda ser representada pelos que possuíam esta rede de apoio. Estudos mostram que, assim como a presença de companheiros, filhos e até mesmo pessoas de outro parentesco exercem papel importante no processo de adaptação à estomização, visto que auxiliam emocionalmente, estruturalmente e, por vezes, até mesmo financeiramente^{13,17,21}. Ainda, a maioria dos participantes afirmou ter atividade religiosa, sendo em sua maior parte representada por católicos e evangélicos, tendo em vista que esmagadora parcela da população brasileira se diz cristã, o que é confirmado por vários estudos^{4,7,22,26}. Este dado

também reflete que pessoas com estomias também buscam no desenvolvimento da espiritualidade um suporte a mais para o processo de adaptação.

O nível de escolaridade, renda e status na Previdência Social estão intimamente ligados ao avaliarmos o perfil socioeconômico e de compreensão de uma população, ao passo que pesquisas apontam que estas variáveis são diretamente proporcionais^{4,5,28}. O tempo de estudo muitas das vezes determina a capacidade salarial de um indivíduo, e para esta pesquisa ficou perceptível o baixo nível de escolaridade associado a uma renda baixa e a necessidade de recorrer aos auxílios da Previdência, dados estes visíveis em inúmeros estudos sobre indivíduos com estomias²¹⁻²⁸. Além disso, vale frisar que pessoas deste perfil tem um menor nível de percepção e compreensão dos fatos, sendo necessário um esclarecimento sobre a doença e seus obstáculos o mais acessível possível por parte da equipe multiprofissional, em especial da Enfermagem, para assim garantir a adesão do paciente ao tratamento e autocuidado²⁸.

Quanto ao perfil clínico dos homens deste estudo, esses são em sua maioria colostomizados, em caráter temporário, foram estomizados devido trauma por arma branca ou de fogo, não apresentaram complicações relacionadas a estomia e tiveram uma mediana de tempo decorrido desde a confecção da estomia de aproximadamente 19 meses. Todos os estudos concordam quanto ao tipo de estomia mais comum dos sujeitos, e por conseguinte a causa base mais recorrente é o câncer colorretal, pois está associado a uma faixa etária mais avançada e assim, mais vulnerável a doenças crônico-degenerativas^{4,5,7,21-28}. O fato de os indivíduos da presente pesquisa

apresentarem como principal causa para confecção da estomia os traumas por arma branca e de fogo é um dado relevante e diferencial, pois traz consigo ainda uma reflexão sobre estas pessoas serem mais jovens, estarem mais expostas a violência, terem atividade laboral - mesmo que informal - e estarem ainda no auge da sua atividade sexual.

Ao serem avaliados estatisticamente, a causa e o tempo decorrido desde a confecção da estomia tiveram importante relevância sobre o desempenho sexual destes homens ($p < 0,01$ e $p = 0,01$ respectivamente), os quais responderam, em média, apresentar um padrão “regular a bom”. Este dado reflete que apesar de o tempo de confecção médio não ser tão alto e pelo fato da causa remeter a um caráter temporário da estomia - o que está diretamente relacionado a causa base - a sexualidade ainda é vislumbrada de forma positiva por estes sujeitos, apesar de apresentar percalços. Um estudo realizado em Catanduva - SP observou que 75% da amostra selecionada possuía estomia há mais de 2 anos, os quais se mostraram mais adaptados ao convívio com a estomia dos que possuíam há menos tempo, entretanto, esta informação pode variar bastante de acordo com outros fatores²⁷.

Ao se tratar sobre comorbidades no contexto da estomização, a grande maioria dos sujeitos desta pesquisa relataram não possuir alguma doença associada, e esta informação obteve importância estatística significativa com o desempenho sexual ($p = 0,01$), dado este que pode ser justificado pelo estudo apresentar uma amostra relativamente jovem e ainda ativa sexualmente. Um estudo realizado em Brasília - DF apontou que a maioria dos homens com estomias não possuía Diabetes, porém apresentavam

Hipertensão Arterial⁷. Outro estudo que avaliou a sexualidade de pessoas com comorbidades concluiu que estas não perceberam influência direta da Diabetes e da Hipertensão Arterial na prática sexual³⁰. Poucos estudos abordaram sobre complicações associadas às estomias e é perceptível o quanto este dado pode variar, tendo em vista que as amostras podem apresentar ou não complicações, e estas podem ser as mais diversas possíveis, não apresentando um padrão^{24,27}.

Em relação à sexualidade, a média do coeficiente de desempenho sexual para os homens entrevistados foi aproximadamente 73, valor este que se enquadra no estrato que define o desempenho como “regular a bom”. Uma pesquisa realizada em Teresina - PI avaliou 83 pessoas, em sua maioria homens, e encontrou significância entre a atividade sexual e o gênero masculino ($p = 0,00$), os quais se mostraram mais satisfeitos com sua vida sexual apesar da presença da estomia e suas consequências⁵. É importante frisar que não foram encontrados estudos que utilizassem o mesmo instrumento para avaliar o padrão de desempenho sexual que foi utilizado nesta pesquisa.

Ainda que os resultados mostrem uma vida sexual positiva para estes sujeitos, é válido expor os domínios do desempenho sexual mais afetados, segundo as médias de escores, que foram “controle da ejaculação” e “autoconfiança”. Os pacientes que necessitam submeter-se ao procedimento cirúrgico de amputação do reto podem sofrer alterações anatômicas e fisiológicas que influenciam na ereção e ejaculação, sendo estes problemas comuns em homens portadores de estomias, e que, por sua vez, podem influenciar na autoconfiança e seguridade destes indivíduos^{4,5,7,17}.

Pacientes do sexo masculino sofrem maior pressão ao se tratar do desempenho sexual por visarem um padrão de virilidade masculina imposto pela sociedade. Assim, ao apresentarem disfunções desta ordem, desenvolvem sentimentos de medo, vergonha, e às vezes até mesmo o desinteresse pela prática, principalmente se forem solteiros^{21,26}, ao passo que pessoas que já possuem companheiro (a) antes da estomia tendem a substituir o ato sexual por outras representações de sua sexualidade, como carícias, olhares e outros instrumentos de sedução^{13,17,25,30}.

Além do medo constante de rejeição, o estomizado expressa uma dificuldade de relacionar-se com uma parceira, considerando que acredita possuir parcela de responsabilidade na manutenção de suas dificuldades para uma maior intimidade, já que se retrai por conta própria, antecipando uma possível frustração^{4,5,21}. Vale ressaltar ainda que pacientes mais jovens percebem mais alterações de ordem sexual como prejuízo a qualidade de vida já que este pilar de sua existência ainda é bastante explorado²¹.

Conclusão

Esta pesquisa permitiu observar que ter uma estomia pode influenciar diversas variáveis que contribuem para o bem-estar das pessoas, inclusive a sexualidade. As relações afetivas e sexuais são concebidas por um sistema de significados que levam em consideração o contexto sociocultural e as experiências individuais das pessoas, que são fatores determinantes para a compreensão de como serão as reações às mudanças inerentes ao processo de estomização.

As modificações consequentes à estomia vão além do que se vê, associando alterações emocionais a

disfunções sexuais. Embora o desempenho sexual dos estomizados entrevistados, bem como a “capacidade de atingir o orgasmo” e o “desejo e interesse sexual” apresentem bons resultados nas escalas de avaliação, foram evidenciadas as dificuldades em manter o “controle da ejaculação” e “autoconfiança”.

Portanto, o homem estomizado experimenta a necessidade de adaptação a nova situação do seu próprio corpo relacionado a sua atividade sexual, e para isso é essencial uma equipe multiprofissional capacitada para lidar com as dúvidas, anseios e sentimentos destes indivíduo. Dessa forma, será possível reduzir o estigma relacionado a debilidade que a estomia pode causar.

Referências

1. Colwell JC, Bain KA, Hansen AS, Droste W, et al. International consensus results: development of practice guidelines for assessment of peristomal body and stoma profiles, patient engagement, and patient follow-up. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2019; 46(6):497-504.
2. Vinhas MSA. Complicações das ostomias urinárias e digestivas [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. 2010.
3. Silva AC, Silva GNS, Cunha RR. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. *ESTIMA.* 2016; 10(1).
4. Cardoso DBR, Almeida CE, Santana ME, et al. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Rev Rene.* 2015; 16(4):576-85.
5. Vera SO, Sousa GN, Araújo SNM, Moreira WC, Damasceno CKCS, Andrade EMLR. Sexualidade de pacientes com estomias intestinais de eliminação. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2017; 9(2):495-502.
6. Ministério da Saúde (BR). 10 orientações para pessoas estomizadas. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/se-rvicos/54023-10-orientacoes-para-pessoas-ostomizadas>>. Acesso em 20 set 2020.
7. Kimura CA, et al. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an

- important dimension in quality of life. *J. Coloproctol.* 2017; 37(3):199-204.
8. Santos FS, Vicente NG, Bracarense CF, et al. Percepção dos cônjuges de pessoas com estomia intestinal sobre a sexualidade do casal. *REME - Rev Min Enferm.* 2019; 23:e-1217.
9. Aguiar JC, Pereira AP dos S, Galisteu KJ, et al. Clinical and sociodemographic aspects of people with a temporary intestinal stoma. *REME Rev Min Enferm.* 2017; 21:1-7.
10. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de casos novos de câncer no Brasil em 2020. Brasília. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>>. Acesso em 20 set 2020.
11. Andrade V, Muller FS, Ferreira AM, Barco RS, Goes FCG, Loureiro SCC, et al. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro. *Rev Bras Coloproct.* 1997; 17(3):209-211.
12. Foucalt M. B. Gallager e A. Wilson entrevistam Foucalt: Sexo, poder e a política de identidade. *Rev The Advocate.* 1984; 400:36-30.
13. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproct.* 2009; 29(1):77-82.
14. Guedes D. Revisão histórica e psicossocial das ideologias sexuais e suas expressões. In: *Rev Mal-Estar.* 2010; 10(2):447-93.
15. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH.* 2008; 11(2).
16. Leitão IB. A importância da sexualidade da constituição do psiquismo - um olhar psicanalítico. *Psicologando.* 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/a-importancia-da-sexualidade-na-constituicao-do-psiquismo-um-olhar-psicanalitico>>. Acesso em 29 set 2020.
17. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev Latino Am Enferm.* 2000; 8(5):28-33.
18. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento.* 2011; 16(2):86-90.
19. Silva JC, Soares MC, Alves HS, Garcia GS. A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. *Três Corações: Rev Universidade Vale do Rio Verde.* 2014; 12(1):346-355.
20. Abdo CHN. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2007; 4:382-389.
21. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, et al. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos ostomizados. *Rev Latino Am Enferm.* 2012; 20(1):[08 telas].
22. Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(2):271-8.
23. Barbosa MH, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de ostomizados intestinais de um município de Minas Gerais. *REAS.* 2014; 3(1):64-73.
24. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomias intestinais em um hospital público de Teresina - PI. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 18(1):140-6.
25. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latino Am Enferm.* 2006; 14(4):483-90.
26. Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2007; 25(4):357-63.
27. Jacon JC, Oliveira RLD, Campos GAMC. Viver com estomia intestinal: autocuidado, sexualidade, convívio social e aceitação. *CuidArte Enferm.* 2018 2018; 12(2)153-159.
28. Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Flach DMADM, Teixeira JM, Ranauro KCDDSS. Perfil de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: na ótica sociocultural e econômica. *Rev Nursing.* 2019, 22(215):2868-2874.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União.* 2009.
30. Costa NCP. Representações sobre sexualidade de pessoas com Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2019.

ANEXO H - Artigo 2: Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário

Research, Society and Development, v. 11, n. 14, e569111435886, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35886>

Análise do impacto das estomias na função sexual de mulheres atendidas em um Hospital Universitário

Analysis of the impact of the ostomies on the sexual function of women treated in a University Hospital

Análisis del impacto del stomis en la función sexual de mujeres atendidas en un Hospital Universitario

Recebido: 27/09/2022 | Revisado: 17/10/2022 | Aceitado: 31/10/2022 | Publicado: 06/11/2022

Shirley Santos Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-0272>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: shirma2015@gmail.com

Ayane Stephany Santos Nardini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4686-6267>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: ayane9@hotmail.com

Tamires Barradas Cavalcante

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4063-533X>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: tamiresbarradas@gmail.com

Matheus Fernandes de Castro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5970-0704>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: matheus.feca@gmail.com

Orlando José dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3257-6541>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: orlanddojs@hotmail.com

Sueli Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7515-2365>
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: suelicam@gmail.com

Resumo

Objetivou-se analisar o impacto das estomias na função sexual de mulheres estomizadas. Estudo analítico, transversal, quantitativo realizado no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A amostra foi composta de 44 mulheres com estomias de eliminação em caráter temporário ou permanente. Utilizou-se dois questionários, um com dados sociodemográficos, econômicos, clínicos, habitacionais e de estilo de vida elaborado pelas autoras e o segundo com Quociente Sexual Feminino (QS-F) para avaliação da atividade sexual. Utilizou-se os testes *Shapiro Wilk* para verificação de normalidade das variáveis contínuas, o *t* de *Student* para análise das variáveis dicotômicas, o fator *Anova Oneway* ou o teste não paramétrico de *Kruskal Wallis* para as variáveis polîtômicas e a correlação linear de *Pearson* para as variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de $p < 0,05$. Poucas mulheres apresentaram padrão sexual bom ou excelente (15,91%). O escore médio QS-F da amostra foi de 39,13 ($\pm 29,37$). Em relação às associações, a idade mais avançada ($r = -0,32$, $p = 0,029$), a hipertensão arterial ($t = -21,39$, $p = 0,017$), o diabetes ($t = -29,85$, $p = 0,025$) e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24,44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F. Constatou-se um nível baixo do desempenho sexual das mulheres e a presença de disfunções sexuais. Observou-se uma relação inversa da idade com a função sexual. As variáveis hipertensão arterial, diabetes e hábito etilista foram associados, significativamente, ao prejuízo no desempenho sexual das participantes.

Palavras-chave: Estomias; Sexualidade; Mulheres.

Abstract

The objective was to analyze the impact of ostomies on the sexual function of ostomized women. Analytical, cross-sectional, quantitative study carried out at the Stomatherapy Outpatient Clinic of the University Hospital of the Federal University of Maranhão. The sample consisted of 44 women with temporary or permanent elimination stomas. Two questionnaires were used, one with sociodemographic, economic, clinical, housing and lifestyle data

prepared by the authors, and the second with the Female Sexual Quotient (QS-F) to assess sexual activity. The Shapiro Wilk tests were used to verify the normality of continuous variables, Student's t test for analysis of dichotomous variables, the Anova Oneway factor or the Kruskal Wallis nonparametric test for polytomous variables and Pearson's linear correlation for continuous variables. Results with $p < 0.05$ were considered statistically significant. Few women had a good or excellent sexual pattern (15.91%). The sample's mean QS-F score was 39.13 (± 29.37). Regarding associations, older age ($r = -0.32$, $p = 0.029$), arterial hypertension ($t = -21.39$, $p = 0.017$), diabetes ($t = -29.85$, $p = 0.025$) and alcohol consumption alcoholics ($t = -24.44$, $p = 0.039$) had lower QS-F scores. A low level of women's sexual performance and the presence of sexual dysfunctions were found. An inverse relationship between age and sexual function was observed. The variables arterial hypertension, diabetes and drinking habits were significantly associated with impairment in the participants' sexual performance.

Keywords: Ostomy; Sexuality; Women.

Resumen

El objetivo fue analizar el impacto de las ostomías en la función sexual de mujeres ostomizadas. Estudio analítico, transversal, cuantitativo, realizado en el Ambulatorio de Estomaterapia del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Maranhão. La muestra estuvo conformada por 44 mujeres con estomas de eliminación temporal o permanente. Se utilizaron dos cuestionarios, uno con datos sociodemográficos, económicos, clínicos, habitacionales y de estilo de vida elaborado por los autores, y el segundo con el Cociente Sexual Femenino (QS-F) para evaluar la actividad sexual. Se utilizaron las pruebas de Shapiro Wilk para verificar la normalidad de las variables continuas, la prueba de la t de Student para el análisis de las variables dicotómicas, el factor Anova Oneway o la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para las variables politómicas y la correlación lineal de Pearson para las variables continuas. Los resultados con $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Pocas mujeres tenían un patrón sexual bueno o excelente (15,91%). La puntuación QS-F media de la muestra fue de 39,13 ($\pm 29,37$). En cuanto a las asociaciones, mayor edad ($r = -0,32$, $p = 0,029$), hipertensión arterial ($t = -21,39$, $p = 0,017$), diabetes ($t = -29,85$, $p = 0,025$) y consumo de alcohol alcohólicos ($t = -24,44$, $p = 0,039$) tenían puntuaciones QS-F más bajas. Se constató un bajo nivel de desempeño sexual de las mujeres y la presencia de disfunciones sexuales. Se observó una relación inversa entre la edad y la función sexual. Las variables hipertensión arterial, diabetes y consumo de alcohol se asociaron significativamente con deterioro en el desempeño sexual de los participantes.

Palabras clave: Ostomías; Sexualidad; mujeres.

1. Introdução

Estomia é um termo grego que significa abertura cirúrgica de um órgão interno na superfície do corpo, cuja denominação depende da estrutura anatômica exteriorizada, podendo ser de caráter temporário ou permanente. As situações que promovem a necessidade de realização de estomias são as neoplasias, doenças intestinais inflamatórias e causas externas como ferimentos por armas de fogo e branca (Cunha et al., 2012).

As estomias de eliminação, classificadas em intestinais, são a colostomia, que consiste na exteriorização do cólon através da parede abdominal, a ileostomia, que é a abertura artificial entre o íleo, no intestino delgado e a parede abdominal e a urostomia que consiste na exteriorização dos condutos urinários através da parede abdominal (Stumm et al., 2008).

Sabe-se que a estomia ocasiona mudança na imagem corporal, rupturas biopsicossociais, preocupações referente ao estigma social e privação da autonomia, dinamismo e integridade³. Por esse motivo, muitos estomizados apresentam dificuldade em adaptar-se a nova situação de vida, devido a inúmeros medos, aflições e sofrimentos na aceitação familiar, social ou no modo de lidar com a própria estomia (Santos et al., 2013).

Assim, são frequentes os distúrbios sexuais como a diminuição ou ausência da ereção e dificuldades de ejaculação, diminuição ou perda da libido, dispareunia, ressecamento vaginal, preocupações em relação a eliminação de gases, fezes e ao odor durante a relação sexual (Cardoso, et al. 2013) (Alves et al., 2013).

A sexualidade, recentemente, tem sido considerada como um dos pilares para a qualidade de vida e que sofre influência de diversos fatores, como os psicológicos, físicos, culturais e sociais. As condições de saúde que impactam diretamente a imagem corporal trazem consequências devastadoras para os aspectos da sexualidade e, conseqüentemente da atividade sexual, principalmente para aqueles que necessitam de uma estomia, o que muda visivelmente não só a aparência física como a eliminação involuntária de dejetos orgânicos como fezes e urina (Alves et al., 2013).

Nesse cenário, ser mulher estomizada presuppõe inúmeras dificuldades nas atividades da vida diária e na própria autoaceitação, pois nem todas possuem um bom suporte social e resiliência suficiente para enfrentar os desafios impostos pela nova condição. Além das adversidades da doença existe um sofrimento autoinfringido pelos padrões de beleza culturais refletidos em sua imagem corporal (Albuquerque et al., 2016) (Marques et al., 2014).

Reconhece-se que a sexualidade da pessoa estomizada é uma temática pouco pesquisada e abordada na prática pelos profissionais de saúde, o que a torna relevante, fomentando estudos e contribuindo para o planejamento de ações sistematizadas e multidisciplinares na perspectiva de um cuidado integral. O estudo tem o objetivo de analisar o impacto das estomias na função sexual de mulheres.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo analítico, transversal, quantitativo realizado no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhã, a coleta de dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2019 (Pereira et al., 2018).

A amostra foi composta por 44 mulheres que possuíam estomia de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia), em caráter temporário ou permanente, com idade a partir de 18 anos e com cadastro ativo no programa de órtese e prótese do município de São Luís-Maranhã. Foram excluídos as mulheres estomizadas há menos de 6 meses, hospitalizadas ou com doenças agudas e que não realizaram avaliação ambulatorial de estomoterapia.

As mulheres foram entrevistadas enquanto aguardavam a consulta no ambulatório. Utilizaram-se dois questionários estruturados. O primeiro elaborado pelas autoras contendo dados sociodemográficos, econômicos, clínicos, habitacionais e de estilo de vida. Os dados clínicos investigados foram o tipo de estomia, tempo de permanência do estoma, a causa da cirurgia, presença de comorbidades e complicações. O segundo questionário foi o Quociente Sexual Feminino (QS-F) construído por Carmita Abdo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁹. O QS-F compõe-se de 10 questões referentes a sexualidade feminina como desejo e interesse, preliminares, excitação, parceiro, conforto, orgasmo e satisfação sexual, contendo seis alternativas de resposta numa escala de 0 a 5, com resultado multiplicados por dois, que resultam no total de 0 a 100. A sétima questão possui tratamento inverso, ou seja, o valor da resposta (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para obtenção do escore final.

Os dados coletados foram imputados no *software Microsoft Excel*[®] e depois importados para o *software* estatístico *Stata 16.0*[®]. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio-padrão. A normalidade das variáveis contínuas foram verificadas pelo teste Shapiro Wilk. Utilizou-se o teste *t* de *Student* para análise das variáveis dicotômicas, o fator *Anova Oneway* ou o teste não paramétrico de *Kruskal Wallis* para as variáveis politômicas e a correlação linear de *Pearson* para as variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de $p < 0,05$.

Foram respeitados todos os preceitos éticos-legais da pesquisa. As participantes foram informadas quanto a privacidade e confiabilidade das informações, sendo assegurado o direito de desistência a qualquer momento. O estudo faz parte de um projeto matricial intitulado “Avaliação sobre a função sexual e a qualidade de vida de pessoas estomizadas” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhã sob o número 3.077.936.

3. Resultados e Discussão

A idade média das participantes foi de 49,70 ($\pm 14,93$) anos, provenientes da capital (54,55%), casadas (45,45%), cor parda (68,18%), ensino médio (34,09%), (Tabela 1). O tempo médio de confecção da estomia foi de 74,72 ($\pm 80,40$) dias. A colostomia foi o tipo de estomia mais prevalente (47,73%) e metade das participantes tinham estomias definitivas (50,00%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Análise bivariada entre as características demográficas e socioeconômicas de mulheres com estomias e o quociente sexual feminino (n=44), São Luís, 2020.

Variável	Média (\pm DP) ou Freq. (%)	Quociente sexual feminino (p valor)
Idade	49,70 (14,93)*	0.029 ¹
Município de residência		0.220 ²
Capital do estado	24 (54,55)	
Região metropolitana	07 (15,91)	
Município do interior	13 (29,55)	
Cor		0.934 ³
Amarela	01 (02,27)	
Branca	09 (20,45)	
Preta	04 (09,09)	
Parda	30 (68,18)	
Estado Civil		0.211 ³
Casada	20 (45,45)	
Solteira	13 (29,55)	
Viúva	02 (04,55)	
Divorciada	01 (02,27)	
Separada	01 (02,27)	
União estável	07 (15,91)	
Escolaridade		0.386 ³
Nenhuma	02 (04,55)	
Alfabetizada	02 (04,55)	
Fundamental incompleto	07 (15,91)	
Fundamental completo	07 (15,91)	
Médio incompleto	07 (15,91)	
Médio completo	15 (34,09)	
Superior incompleto	01 (02,27)	
Superior incompleto	02 (04,55)	
Especialização	01 (02,27)	

Renda		0.254 ³
< 1 salário mínimo	05 (11,36)	
1 salário mínimo	15 (34,09)	
2 salários mínimo	13 (29,55)	
3 salários mínimo	05 (11,36)	
4 salários mínimo	02 (04,55)	
5 salários mínimo	04 (09,09)	
Religião		0.653 ³
Católica	25 (56,82)	
Espírita	01 (02,27)	
Evangélica	16 (36,36)	
Nenhuma	02 (04,55)	
Filhos		0.211 ³
Nenhum	14 (35,00)	
Um	07 (17,50)	
Dois	06 (15,00)	
Três	05 (12,50)	
> Três	08 (20,00)	

¹Correlação linear de Pearson; ² Teste de Kruskal Wallis; ³Análise de variância ANOVA. Fonte: Autores.

Tabela 2 - Análise bivariada do perfil clínico e de estilo de vida de mulheres com estomias em relação ao quociente sexual feminino (n=44), São Luís, 2020.

Variável	Média (±DP*) ou Freq. (%)	p valor
Tipo de estomia		0.970 ¹
Colostomia	21 (47,73)	
Ileostomia	19 (43,18)	
Urostomia	04 (09,09)	
Permanência da estomia		0.332 ¹
Temporária	19 (43,18)	
Definitiva	22 (50,00)	
Indeterminada	03 (06,82)	
Causa da confecção da estomia		0.895 ¹
Câncer de reto	11 (25,00)	
Câncer de intestino	02 (04,55)	
Doença inflamatória	07 (15,91)	
Fístula retovaginal	01 (02,27)	
Diverticulite	02 (04,55)	
Abdome agudo obstrutivo	06 (13,64)	
Outro	15 (34,09)	

Hipertensão arterial		0.017²
Sim	11 (25,00)	
Não	33 (75,00)	
Diabetes		0.025²
Sim	04 (09,09)	
Não	40 (90,91)	
Tempo de confecção da estomia	74,72 (80,40)*	0.348 ³
Recebe coletores do governo		0.337 ²
Sim	39 (88,64)	
Não	05 (11,36)	
Complicações		0.314 ¹
Hérnia paraestomal	04 (09,09)	
Retração	03 (06,82)	
Prolapso	04 (09,09)	
Dermatite	10 (22,73)	
Estenose	01 (02,27)	
Mais de uma complicação	07 (15,91)	
Nenhuma	15 (34,09)	
Etilismo		0.039²
Não etilista	39 (88,64)	
Etilista	05 (11,36)	
Tabagismo		0.277 ²
Não tabagista	42 (95,45)	
Tabagista	02 (04,55)	
Atividade física		0.545 ¹
Nenhuma	32 (72,73)	
Esporádica	08 (18,18)	
Semanal	03 (06,82)	
Outro	01 (02,27)	

*Média e desvio padrão; ¹ Teste de Kruskal Wallis; ² teste t de *student* para amostras independentes; ³Correlação de Pearson. Fonte: Autores.

Observou-se um desempenho sexual das mulheres nulo ou ruim (38,64%), apenas 15,91% descreveram seu padrão sexual como bom ou excelente (Tabela 3). O escore médio QS-F da amostra foi de 39,13 ($\pm 29,37$). Em relação às fases da função sexual, numa escala de 0 a 5 observou-se o domínio conforto durante a relação sexual com melhor escore QS-F (2,04 \pm 2,16), e o domínio orgasmo e satisfação com a pior pontuação (1,45 \pm 1,68) (Tabela 4).

Tabela 3 - Padrão de desempenho sexual de mulheres estomizadas atendidas em um hospital universitário, São Luís, 2020.

Padrão de desempenho sexual	Freq.	%
Nulo a ruim	17	38.64
Ruim a desfavorável	8	18.18
Desfavorável a regular	5	11.36
Regular a bom	7	15.91
Bom a excelente	7	15.91
Total	44	100,00

Fonte: Autores.

Tabela 4 - Função sexual de mulheres estomizadas atendidas em um hospital universitário, São Luís, 2020.

Variável	Média (±DP)	Mínimo-máximo
Quociente sexual feminino (QS-F)	39,13 (29,37)	10 - 96
Desejo e interesse sexual	1,68 (1,64)	0 - 5
Preliminares	2,04 (2,16)	0 - 5
Excitação pessoal e sintonia com o parceiro	1,85 (1,88)	0 - 5
Conforto	2,93 (1,03)	0,5 - 5
Orgasmo e satisfação	1,45 (1,68)	0 - 5

Fonte: Autores.

Em relação às associações, a idade mais avançada ($r = -0.32$, $p = 0,029$), hipertensão arterial ($t = -21.39$, $p = 0,017$), diabetes ($t = -29.85$, $p = 0,025$), e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24.44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F.

Na presença da estomia, as comorbidades como hipertensão arterial e diabetes e consumo de bebidas alcoólicas impactam negativamente a saúde sexual das mulheres, com piora nos escores da função sexual, em conformidade com estudo recente (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). Considera-se como justificativa o fato das mulheres mais velhas serem portadoras de comorbidades e, conseqüentemente, serem menos ativas sexualmente.

A idade média das mulheres foi um pouco abaixo do encontrado em outras pesquisas, que mostraram médias acima dos 54 anos (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). Um estudo realizado no nordeste apresentou idade mais precoce, com 36 anos (Moreira et al, 2017). Mulheres mais velhas tendem a reduzir a quantidade e a qualidade das relações sexuais, seja devido à menopausa ou à presença do dispositivo de eliminação.

Em conformidade com o presente estudo a baixa escolaridade e renda foram semelhantes a uma pesquisa brasileira (Kimura et al., 2017). Mulheres de cor parda e casadas também foram achadas de outras investigações brasileiras, enquanto que na Europa e América do norte há prevalência da cor branca (Sutsunbuloglu & Vural, 2018), justificado pela miscigenação brasileira. Pessoas com situação socioeconômica mais baixa apresentam piores escores no desempenho sexual. A nova condição de vida e a falta de recursos materiais necessários para o cuidado da estomia dificultam as relações sociais.

O tempo médio de confecção da estomia foi abaixo do observado em outras investigações (Sutsunbuloglu & Vural, 2018). (Thyø, Laurberg, Emmertsen et al., 2020), o que pode ser explicado pela frequência das consultas em estomaterapia serem predominantemente de pessoas com menor tempo de estomia, momento em que estão aprendendo a lidar com a nova condição de saúde.

A colostomia foi o tipo de estomia mais prevalente devido ao câncer colorretal, em consonância com estudo realizado em Brasília (Kimura et al., 2017). As estimativas no Brasil apontam alta incidência de câncer de intestino em mulheres (9,1%), causa principal de colostomias (Santos, 2018).

Metade das mulheres avaliadas nesse estudo tinham estomias definitivas, isto sugere que o câncer colorretal tem sido o fator determinante da temporalidade, devido ser a principal causa da abertura de estomias. Em contrapartida, estudos realizados com pessoas turcas apontaram uma prevalência de estomias temporárias, tendo o câncer colorretal como principal causa (Gozuyesil et al., 2017). O que parece explicar essa diferença é o acesso e diagnóstico precoce realizados nos serviços de saúde da Turquia, pois no Brasil existe uma baixa taxa de diagnóstico precoce para essas neoplasias.

Os resultados apontam para um alto percentual de mulheres com desempenho sexual nulo ou ruim. Observou-se uma relação inversa com a idade, as mulheres mais velhas (acima de 50 anos) apresentaram piores escores e, não eram sexualmente ativas. Outras pesquisas Estudos reportaram dados semelhantes (Moreira et al., 2017) (Gozuyesil et al., 2017). Outra, um estudo sobre a função sexual de mulheres idosas saudáveis mostrou que a maioria descreveu seu padrão sexual como regular a bom (34,2%) no QS-F (34,2%) no QS-F, (Polizer & Alves, 2009), o que sugere que a idade avançada sem a presença da estomia não explicaria o padrão sexual nulo ou ruim encontrado no presente estudo.

Verificou-se no estudo um escore médio QS-F de 39,13 ($\pm 29,37$) numa escala de 0 a 100. Em um estudo com 40 pessoas estomizadas e 20 pessoas saudáveis, sendo estes homens e mulheres, observaram escores de função sexual mais baixo no grupo de estomias. Ao comparar homens e mulheres verificou-se que as mulheres apresentaram resultados melhores (Kiliç, Taycan, Belli & Özmen, 2007). Em contrapartida, uma pesquisa turca não observou diferenças significantes entre mulheres e homens (Gozuyesil et al., 2017).

A formação de tecido cicatricial, constrição vaginal e falta de lubrificação podem tornar as relações sexuais dolorosas para mulheres com ostomias (Sprunk & Alteneeder, 2000). A criação de uma estomia resulta na redução da autoestima e altera a imagem corporal da mulher afetando negativamente sua sexualidade (Marques et al., 2014; Ribeiro et al., 2019). Os distúrbios/problemas na sexualidade necessitam de uma abordagem dialógica, não crítica e sensível, mitigando questões e propondo soluções (Albuquerque et al., 2016). Destaca-se o papel dos enfermeiros na educação em saúde e cuidado integral a essa população (Grant et al., 2011).

4. Conclusão

Houve prevalência de mulheres que apresentaram desempenho sexual nulo ou ruim (38,64%). Poucas mulheres apresentaram padrão sexual bom ou excelente (15,91%). O escore médio QS-F da amostra foi de 39,13 ($\pm 29,37$). Em relação às associações, a idade mais avançada ($r = -0,32$, $p = 0,029$), a hipertensão arterial ($t = -21,39$, $p = 0,017$), o diabetes ($t = -29,85$, $p = 0,025$) e o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -24,44$, $p = 0,039$) apresentaram menores escores QS-F.

Mulheres estomizadas apresentaram desempenho sexual mais baixo e vivenciavam disfunções sexuais. Observou-se uma relação inversa da idade com a função sexual. As variáveis hipertensão arterial, diabetes e alcoolismo apresentaram associação significativa no prejuízo do desempenho sexual.

As estomias parecem prejudicar a sexualidade das mulheres, pois o uso de coletores na região abdominal ou pélvica está diretamente associado a esquivas de atividades cotidianas. Acredita-se que um atendimento integral, ambiente hospitalar favorável e o apoio social parecem ser imprescindíveis para que as mulheres estomizadas possam ter mais qualidade de vida.

Referências

Albuquerque A. F. L. L., Pinheiro A. K. B., Linhares F. M. P., & Guedes T. G. (2016). Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1164-71.

- Alves R, Moreira K, Franco C, & Oliveira D. A. (2013). percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. *R Interd.* 2013;6(3):26–35.
- Cardoso D. B. R., Almeida C. E., Santana M. E., Carvalho D. S. de, Sonobe H. M., & Sawada N. O. (2015). Sexuality of people with intestinal ostomy. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2015;16(4):57
- Cunha R. R., Backes V. M. S., & Heidemann I. T. S. B. (2012). Critical unveiling of people with stomas: The continuing health education program in action. *ACTA Paul Enferm.* 2012;25(2):296–301.
- Gozuyesil E, Taylan S, Manav A. I., & Akil Y. (2017). The Evaluation of Self-Esteem and Sexual Satisfaction of Patients with Bowel Stoma in Turkey: Self-Esteem Sexual Satisfaction in Patients with Bowel Stoma. *Sex Disabil.* 2017;35(2):157–69.
- Grant M, McMullen C. K., Altschuler A., Mohler M. J., Hornbrook M. C., Herrinton L. J., et al. (2011). Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum.* 2011;38(5):587–96.
- Helena C, Abdo N. (2009). Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Trat.* 2009;14(2):89–1.
- Kiliç E, Taycan O, Belli A, K., & Özmen M. T. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Türk Psikiyat Derg.* 2007;18(4):1–8.
- Kimura C. A., Kamada I., Guilhem D. B., De Abreu B S de A., Fortes R. C., & Santos W. L. dos. (2017). The sexuality of a colostomized person as a major component of quality of life and nursing care. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(8):104.
- Marques, A. D. B., Nascimento, L. C., Nery, I. S., & Luz, M. H. B. A. (2014). A vivência da sexualidade da mulher estomizada. *Enfermagem em Foco*, 5(3/4), 82-86.
- Moreira W.C., Vera S. O. da, Sousa G. N. de, Araújo S. N. M., Damasceno C. K. C. S., & Andrade E. M. L. R. (2017). Sexualidade de pacientes com estomias intestinais de eliminação Sexuality of patients with bowel elimination ostomy. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2017;9(2):495.
- Mota M, Silva C., & Gomes G. (2016). Vida e sexualidade de mulheres estomizadas: subsídios à enfermagem. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min.* 2016;6(2):2169–79.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. *UFMS.*
- Polizer A. A., & Alves T. M. B. (2009). Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. *Fisioter mov.* 2009;22(2):151–8.
- Ribeiro W. A., Fassarella B. P. A., Neves K. do C., Oliveira R.L.A. de, Cirino H.P., & Santos J.A.M. (2019). Estomias Intestinais: Do contexto histórico ao cotidiano do paciente estomizado. *Rev Pró-UniverSUS.* 2019;10(2):59–63.
- Santos M. de O. (2018). Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(1):119–20.
- Santos S. R. dos, Medeiros A. L. de, Cabral R. W. D. L., Anselmo M. das N. S., & Souza M. C. D. J. (2013). Sexualidade de portadoras de estoma intestinal definitivo: percepção de mulheres. *Enferm em Foco.* 2013;4(2):119.
- Sprunk E., & Alteneider R. R. (2000). The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2000;4(2):85–8.
- Stumm E. M. F., Oliveira E. R. A. de, & Kirschner R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Sci med.* 2008;26–30.
- Sutsambuloglu E., & Vural F. (2018). Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study. *Sex Disabil.* 2018;36(4):349–61.
- Thyø A., Elfeki H., Laurberg S., & Emmertsen K. J. (2019). Female sexual problems after treatment for colorectal cancer – a population-based study. *Color Dis.* 2019;21(10):1130–9.
- Thyø A., Laurberg S., & Emmertsen K. J. (2020). Impact of bowel and stoma dysfunction on female sexuality after treatment for rectal cancer. *Color Dis.* 22:894