

Percepção sobre o apoio social do homem colostomizado na região Norte de Portugal

Perceptions of the social support for colostomized men in northern Portugal

La percepción del apoyo social del hombre con colostomía en la región Norte de Portugal

Francisco Firmino dos Reis¹

Amâncio António de Sousa Carvalho¹

Célia Samarina de Brito Santos²

Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues¹

1. Universidade de Trás-os-Montes e

Alto Douro. Vila Real, Portugal.

2. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Porto, Portugal.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção do homem colostomizado sobre o apoio social recebido; verificar a relação entre o apoio social percebido e as variáveis sociodemográficas, a informação prestada, o apoio efetivamente recebido, e a realização do ensino no hospital. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal, de abordagem quantitativa, com uma amostra de 112 homens portadores de uma colostomia há mais de um ano, em três unidades da região Norte de Portugal.

Resultados: A média de idades dos inquiridos era de 59,9 anos, 67,9% encontrava-se não ativo perante o trabalho, 49,5% percecionou o apoio social como suficiente, mas 36,2% apoio social insuficiente. A percepção do apoio social é menor nos sujeitos mais velhos ($r = -0,166$; $p = 0,018$). **Conclusão:** Este estudo permitiu perceber que o cônjuge é muito importante na vida do homem colostomizado, nomeadamente nos momentos de dificuldades inerentes à doença, sendo a sua principal rede de apoio.

Palavras-chave: Saúde do homem; Colostomia; Apoio social.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perceptions of colostomized men concerning the social support received and to verify the relationship between perceived social support and socio-demographic variables, the information provided, the support they actually received, and educational sessions at the hospital. **Methods:** This is a descriptive-correlational, cross-sectional study, a quantitative approach with a sample of 112 men who had a colostomy for over a year, in three health units of northern Portugal.

Results: The average age of participants was 59.9 years, 67.9% were inactive in terms of work, 49.5% perceive support as sufficient, insufficient support 36.2% and 14.3% neutral support. The perception of support is lower in older subjects ($r = -0.166$; $p = 0.018$). **Conclusion:** This study showed that the spouse is very important in the life of a colostomised man, particularly in times of difficulties inherent to the disease, representing his main support network.

Keywords: Men's health; Colostomy; Social support.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de los hombres colostomizados con relación al apoyo social recibido; verificar la relación entre apoyo social y variables sociodemográficas, información, apoyo recibido y educación para la salud en el hospital.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, transversal, con enfoque cuantitativo, en una muestra de 112 hombres con colostomía, hace más de un año, en tres unidades de salud del norte de Portugal. **Resultados:** La media edad fue 59,9 años y sin ocupación (67,9%). El 49,5% percibió el apoyo social como suficiente, mientras el 36,2% lo considera insuficiente. La percepción de apoyo social fue más baja en los mayores ($r = -0,166$; $p = 0,018$). **Conclusión:** El estudio permitió concluir que la pareja es muy importante para el hombre con colostomía en lo que concierne a la relación personal, sobre todo cuando la enfermedad presenta complicaciones, siendo su principal red de apoyo.

Palabras-clave: Salud del hombre; Colostomía; Apoyo social.

Autor correspondente:

Francisco Firmino dos Reis.

E-mail: firminoreis@hotmail.com

Recebido em 08/03/2014.

Aprovado em 28/07/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140081

INTRODUÇÃO

Apesar da melhoria das condições socioeconômicas das populações e dos progressos científicos e tecnológicos terem contribuído para o aumento da esperança e qualidade de vida dos doentes, o aumento da prevalência das doenças crônicas, muitas delas como o cancro colorretal sem cura provável, continua a ser uma certeza para o ser humano¹.

A prevalência das doenças crônicas tem acompanhado as mudanças no perfil da morbimortalidade em todo o mundo e também em Portugal². O aumento significativo de pessoas com doenças crônicas é uma realidade cada vez mais presente a nível nacional e internacional.

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010:

O declínio das taxas de mortalidade por cancro, que se observa em diversos países para as localizações mais frequentes (pulmão, estômago, cólon e reto, mama, colo do útero e próstata), em alguns casos há várias décadas, não se tem traduzido numa diminuição generalizada do número absoluto de óbitos por cancro^{3,8}.

Atualmente, existem 24,6 milhões de pessoas com o diagnóstico de cancro e estima-se que até ao ano 2020 serão cerca de 30 milhões, considerando-se assim um grave problema de saúde pública tanto para os países desenvolvidos como para os países em vias de desenvolvimento⁴.

No âmbito mundial, no caso específico do cancro colorretal, em cada ano, ocorrem 945 mil novos casos, sendo o quarto tipo de cancro mais frequente no mundo e o segundo nos países desenvolvidos⁴. Em Portugal, o número de óbitos por cancro aponta para uma tendência de crescimento, onde a incidência do cancro colo retal ocupa o segundo lugar como principal causa de morte, configurando-se, assim, como um problema de saúde pública. Estima-se que, atualmente, existem no nosso país cerca de 14000 ostomizados, dos quais 10 000 são colostomizados^{1,3}.

O cancro colorretal é uma doença silenciosa, com uma evolução lenta, não apresentando qualquer tipo de sintomatologia, pelo menos numa fase inicial. As manifestações clínicas mais aparentes são a presença de sangue nas fezes e alterações dos hábitos intestinais (obstipação e diarreia).

Perante a evidência que os estudos epidemiológicos têm demonstrado, é manifestamente notória a existência de alterações significativas ao nível da saúde relacionadas com os estilos de vida.

Nesse sentido, os enfermeiros que prestam cuidados de saúde nas Unidades de Saúde Básicas no contexto de proximidade da prestação de cuidados a um número limitado de indivíduos inserido numa comunidade local, assiste-lhe o compromisso e a responsabilidade de conhecer as necessidades da população para, em colaboração com outros profissionais, participar na implementação de programas que conduzam a soluções para os problemas detetados^{1,5}.

O enfermeiro, como elemento da equipe multidisciplinar, assume, neste processo, um papel importante no conhecimento das componentes da rede de apoio existentes e da informação sobre a orientação do homem colostomizado para os vários tipos de recursos informativos, materiais e de interação que as redes de apoio social podem oferecer sobre o contexto e o meio onde estão inseridos^{5,6}.

Os doentes com cancro colorretal são, na maioria, submetidos à cirurgia, da qual resulta, muitas vezes, a realização de uma colostomia provisória ou definitiva.

A palavra "colostomia" significa um procedimento cirúrgico no qual se faz uma abertura no abdômen (estoma) para a drenagem fecal, proveniente do intestino grosso (cólon), indicando a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo.

A construção de um estoma constitui-se uma das operações mais antigas realizadas no aparelho digestivo. Essa técnica cirúrgica consiste na ligação de um órgão interno à superfície corporal, formando uma boca ou abertura com o meio exterior, permitindo assim a eliminação do conteúdo intestinal⁷.

São várias as situações patológicas que determinam a realização de uma colostomia, seja ela temporária ou definitiva. As patologias mais frequentes são devidas a formações diverticulares do colon, fistulas e abscessos perianais, volvos, oclusão intestinal e neoplasia do colon e reto, sendo esta uma das que assume maior impacto no nosso país⁷. De acordo com a literatura consultada, a maioria dos estudos refere o cancro colorretal como principal causa para a realização de uma colostomia⁸.

A presença de uma colostomia de eliminação intestinal constitui uma ameaça à integridade física e psíquica da pessoa colostomizada, pelas alterações na fisiologia gastrointestinal, com implicações nas relações familiares e sociais. Estas alterações em relação a autoimagem, da autoestima, do autoconceito, do relacionamento pessoal, familiar e social, por vezes, determinam insegurança e sentimentos discriminatórios no homem colostomizado, tornando-o incapaz de estabelecer contactos sociais^{6,9}.

O homem colostomizado, para além das transformações físicas, psicológicas e sociais, associadas à alteração da imagem corporal e das consequências que daí advém, vivencia um manancial de sentimentos negativos, o que faz com que muitos indivíduos se sintam incapazes de retomar as suas atividades de vida diária, levando a um profundo isolamento social. O regresso à atividade ocupacional/produziva inerente à vida profissional faz com que o homem colostomizado se sinta socialmente ativo e útil do ponto de vista econômico-financeiro⁷.

Esse aspeto é muito valorizado do ponto de vista econômico, porque gera no homem colostomizado uma sensação de utilidade e motivação para retomar o convívio sociofamiliar, melhorando a sua autoestima e segurança⁸. A falta de informação para a manutenção de autonomia e independência pessoal para o autocuidado poderão ser as causas mais frequentes para a percepção da necessidade de apoio social⁹.

A percepção do apoio social tem-se revelado um fator mediador da saúde, perante o impacto de situações que se mostram

perturbadoras e adversas para o bem-estar da saúde física e psicológica ao longo do ciclo de vida do homem colostomizado.

Nesse sentido, o apoio social constitui-se como um conceito multidimensional, dinâmico e complexo, que permite estabelecer uma interação entre as pessoas e as suas redes sociais, procurando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas mudanças que facilitem e assegurem a sobrevivência das pessoas¹⁰.

Os termos como o apoio social, as redes sociais e associações sociais apresentam uma pluralidade de conceitos, que mostram diferentes perspectivas sobre os recursos que se encontram disponíveis na comunidade. Na área da saúde, a importância e relevância do apoio social tem sido tema de grandes debates entre políticos e especialistas em torno da eficácia e implementação das intervenções levadas a cabo para a sua promoção.

A maioria dos estudos realizados na área do apoio social, privilegia a percepção que as pessoas têm acerca das funções desempenhadas por um grupo de pessoas significativas para o indivíduo, perante determinadas situações que ocorrem na sua vida.

O apoio social é um processo que envolve a interação com outras pessoas, o que facilita o domínio e a regulação de situações de stress e outros estímulos adversos¹¹.

Assim, o apoio social constitui-se um conceito multidimensional, que se refere à ajuda que as pessoas necessitam em momentos de dificuldade no âmbito das necessidades de apoio emocional, instrumental e material¹¹.

No caso particular do homem colostomizado, a percepção do apoio social está relacionada com o confronto da vivência de situações de crise, que geram graves perturbações emocionais e psicológicas.

Atualmente, o papel do apoio social percebido tem vindo a assumir particular importância nos aspetos cognitivos e interpessoais. A percepção que os indivíduos têm da necessidade do apoio social depende de vários contextos e situações que ocorrem na sua vida. Nesse sentido, a percepção do apoio social é definida como uma avaliação subjetiva das relações de apoio que a pessoa tem e dos comportamentos de apoio que ocorrem dentro delas.

Assim, as funções do apoio social desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (sejam elas familiares, amigos ou vizinhos), quando estas demonstram interesse e disponibilidade para quem necessita de apoio, traduzem um sentimento de satisfação, estima, interesse e afetividade nas relações que estabelecem¹⁰.

A diversidade das medidas de apoio social determina que este seja orientado em três dimensões: o apoio emocional, que diz respeito a comportamentos que manifestem interesse e disponibilidade de escuta, carinho, confiança e empatia, promovendo o bem-estar afetivo, que façam sentir no sujeito respeito e amor; o apoio instrumental compreende a disponibilidade de meios materiais disponibilizados por outros, para facilitar a resolução de problemas concretos nas atividades diárias e ainda

ações de apoio em caso de necessidades sentidas; o apoio de informação refere-se ao processo através do qual a pessoa recebe informações e conselhos, que lhes permita compreender e encarar, facilmente, a realidade nos momentos difíceis, face às alterações quotidianas que ocorreram no seu modo de vida e no meio envolvente¹².

Desse modo, o apoio social constitui-se como uma estratégia importante face ao impacto que a colostomia assume no estabelecimento das relações e convívio social do homem colostomizado¹³.

Na situação particular e específica da pessoa colostomizada, o apoio social tem sido muitas vezes objeto de análise como uma variável muito importante, tendo em conta as dificuldades com que se depara necessitando de diversas medidas de apoio.

Perante a relevância que assume o apoio social para o homem colostomizado, é importante a criação de redes sociais de apoio, que assentem num modelo de relação social recíproca de onde possam resultar efeitos positivos, construída, efetivamente, pela experiência da real relação, ancorada numa participação de cidadania e dinâmica da sociedade.

Considerando o aumento do número exponencial de colostomizados no nosso país e as repercussões psicossociais envolventes à sua condição, sentimos a necessidade de conhecer a percepção do homem colostomizado sobre o apoio social recebido, quando confrontado com mudanças causadas pela colostomia no seu novo modo de vida. Na realidade, o apoio social é indubitavelmente uma das necessidades mais sentidas pelo ser humano ao longo da vida, em especial quando se encontra na situação de doença.

Para tal, delineamos os seguintes objetivos: avaliar a percepção do homem colostomizado sobre o apoio social face à sua nova condição de viver com uma colostomia; verificar a relação entre o apoio social percebido e as variáveis sociodemográficas, a informação prestada, o apoio efetivamente recebido, e a realização do ensino no hospital.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, transversal e de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 112 homens. Os critérios de inclusão foram: i) pessoas do sexo masculino; ii) idade superior a 18 anos; iii) colostomizadas há mais de um ano; iv) que falassem português; v) soubessem ler e compreendessem as questões do formulário. Os critérios de exclusão foram: pessoas em fase terminal e/ou com alterações neurológicas impeditivas da compreensão das questões do formulário.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um formulário composto por duas partes: a primeira pretendia recolher informação sobre as variáveis sociodemográficas e a segunda incluía a escala de apoio social do *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOSS-SS), desenvolvida, originalmente, por Sherbourne e Stewart (1991). Esta escala foi validada e adaptada para português numa amostra de 2.987 doentes com doenças crônicas: hipertensão, diabetes e doença coronária¹⁴.

Este instrumento caracteriza-se por avaliar o apoio social de forma multidimensional, cuja importância atribuída reside na disponibilidade e qualidade das funções de apoio social. Os *scores* são obtidos por meio da soma de pontos atribuídos às perguntas de cada dimensão. A cada resposta foi atribuído uma pontuação que variou de 1 a 5¹⁴. Quanto maior for o *score*, maior é o nível de apoio social percebido.

Na sua forma original, este instrumento foi concebido para criar cinco dimensões de apoio social. A dimensão afetiva, que diz respeito a contar com pessoas que façam demonstrações físicas de amor e afeto (cinco questões); a interação social positiva, que diz respeito a contar com pessoas com quem possa relaxar e divertir-se (quatro questões); a dimensão emocional, que se refere à habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais como, por exemplo, situações que exijam confidencialidade e encorajamento em momento da vida (quatro questões); a informação, que se refere a contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (quatro questões); e a dimensão material, referente aos recursos práticos e ajuda material (quatro questões), totalizando dezenove itens avaliados numa escala tipo *likert* com cinco opções de resposta: 1 "Nunca"; 2 "Raramente"; 3 "Às Vezes"; 4 "Quase Sempre" e 5 "Sempre".

Como o autor da escala não define pontos de corte, recorreu-se ao método dos grupos extremos revisito¹⁵, especificamente ao método 1, que se aplica quando a distribuição da variável é aproximadamente simétrica e não tem *outliers*, sendo os *cut-off values* dados pela fórmula: valor médio \pm 0,25 x o desvio padrão.

A categorização foi feita em três classes, sendo a primeira designada de apoio social insuficiente, que integra os valores do intervalo médio -0,25 x desvio padrão, a segunda, designada de apoio social neutro, com os valores da pontuação da escala entre estes dois pontos de corte e, a terceira, designada apoio social suficiente, que inclui os valores do intervalo médio + 0,25 x o desvio padrão.

A coleta dos dados decorreu de novembro de 2010 até maio de 2012 num Centro Hospitalar e Unidades de Atenção Básica da região Norte de Portugal. A pesquisa foi aprovada e autorizada pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte sob o protocolo nº 34/2010, de 16 de julho.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os princípios da declaração de Helsínquia de 1975, revista em 2004 e a participação dos utentes foi inteiramente voluntária, tendo-se obtido o Consentimento Livre e Esclarecido dos inquiridos, após explicação dos objetivos e contexto do estudo.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao *software* informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Recorreu-se à estatística descritiva (frequências relativas, mínimo e máximo) e inferencial, utilizando-se os testes paramétricos *t Student* e ANOVA, para comparação de médias entre grupos independentes, e o coeficiente de correlação de Pearson para as correlações entre as variáveis.

No entanto, quando as variáveis em causa não obedeciam aos pressupostos necessários para a utilização da estatística

paramétrica (distribuição normal e homogeneidade de variâncias) e os grupos apresentavam menos que 30 elementos, recorreu-se aos testes não paramétricos Kruskal Wallis e Mann-Whitney.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes do estudo foi feita em relação ao grupo etário, escolaridade, estado civil, residência e condição perante o trabalho, profissão atual ou anterior e nível socioeconómico (Tabela 1).

No que se refere ao grupo etário, de acordo com a bibliografia consultada, verificamos que muitos investigadores consideram a divisão do ciclo de vida em: vida adulta, dos 20-40 anos, meia-idade, dos 40-64 anos e, idoso, a partir dos 65 anos. No nosso estudo, por existirem poucos participantes adultos (entre os 20 e 40 anos), optamos por agregar a classe dos adultos com a classe meia-idade, resultando apenas duas classes, adulto 32-64 e idosos \geq 65 anos.

A amostra envolveu 112 homens colostomizados há mais de um ano, dos quais 69,9% pertenciam ao Centro Hospitalar e 33,0% e às unidades de Atenção Básica da região Norte de Portugal.

Dos homens colostomizados que participaram no estudo, a maioria pertencia ao grupo etário dos adultos 32-64 anos (87,5%), o maior grupo possuía o 1º ciclo (43,7%), predominantemente, eram casados (83,9%), residiam na cidade (42%), encontravam-se na condição de não ativos perante o trabalho (67,9%), os que trabalhavam exerciam essencialmente a profissão de motorista (35,7%), e enquadravam-se no nível socioeconómico da classe III (58,0%), correspondendo à classe média, segundo a escala de Graffar (Tabela 1).

Relativamente à distribuição dos homens colostomizados pelas classes de apoio social, observa-se na Tabela 2 que o maior grupo de homens colostomizados encontrava-se posicionado na classe de "Apoio social suficiente" (49,5%), mas com um percentual ainda bastante elevado (36,2%) seguiu-se o grupo de homens que se enquadrava na classe de "Apoio social insuficiente", com opinião contrária aos primeiros, o que consideramos um percentual relevante.

Na Tabela 3, podemos observar o resultado dos testes que nos permitiram verificar a relação entre a pontuação da escala de apoio social e variáveis com as quais pudessem existir relações de dependência, como: grupo etário, estado civil, escolaridade, nível socioeconómico, a explicação sobre a colostomia prévia à cirurgia, a realização do ensino pela equipe de enfermagem, de quem recebeu apoio para cuidar da colostomia e ainda a situação no emprego (ativo e não ativo), bem como os resultados relacionados com as classes do apoio social.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social e as variáveis do grupo etário ($p = 0,987$), a escolaridade ($p = 0,949$), o nível socioeconómico ($p = 0,268$), a explicação prévia se ia ficar com colostomia ($p = 0,897$), realização do ensino pela equipe de enfermagem ($p = 0,261$), de quem recebeu apoio para cuidar da colostomia ($p = 0,540$) e, por fim, em relação à situação no emprego ($p = 0,166$).

Tabela 1. Caracterização da amostra em estudo na região Norte de Portugal 2010-2012. n = 112

Variáveis	Itens	Nº	%
Grupo etário	Adulto 32-64	98	87,5
	Idosos ≥ 65 anos	14	12,5
Estado civil	Solteiro	2	1,8
	Casado/União de fato	94	83,9
	Viúvo	12	10,7
Escolaridade	Divorciado	4	3,6
	1º Ciclo	49	43,7
	2º Ciclo	33	29,5
	3º Ciclo	17	15,2
	Ensino secundário	9	8,0
Residência	Ensino superior	4	3,6
	Aldeia	44	39,3
	Vila	21	18,7
Condição perante o trabalho	Cidade	47	42,0
	Ativo	36	32,1
	Não ativo	73	67,9
Profissão atual ou anterior	Diretores de bancos	3	2,7
	Técnicos	4	3,6
	Pessoal Administrativo	15	13,4
	Pessoal vendedor de serviços	37	33,0
	Motoristas	40	35,7
	Agricultores e trabalhadores	13	11,6
Nível Socioeconômico	Classe I Alta	4	3,6
	Classe II Média Alta	27	24,1
	Classe III Média	65	58,0
	Classe IV Média Baixa	16	14,3
	Classe V Baixa	0	0,00

Tabela 2. Distribuição dos inquiridos pelas classes do apoio social na região Norte de Portugal, 2010-2012. n = 112

Classes do apoio social	N	%
Insuficiente	38	36,2
Neutro	15	14,3
Suficiente	52	49,5

Apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil, sendo os casados/união de fato ($p = 0,000$), os participantes que apresentaram uma percepção de maior apoio social em relação aos homens viúvos e divorciados, apresentando uma média de pontuação mais elevada (74,18).

Para se verificar se existia associação entre a idade, avaliada como uma variável contínua, e o apoio social, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Constatou-se que existia uma

correlação negativa e fraca, embora estatisticamente significativa entre a idade e o apoio social ($r = -0,166$; $p = 0,018$). Ou seja, à medida que aumenta a idade, diminui a pontuação da escala, o que significa que a percepção social do apoio é menor nos sujeitos mais velhos.

DISCUSSÃO

Da participação dos homens colostomizados no estudo, salienta-se a proporção do grupo etário \geq a 65 anos (12,5%), a sua baixa escolaridade, já que 74,3% tinha entre o 1º e o 2º ciclos, 67,9% encontrava-se na situação perante o trabalho não ativo e 14,3% pertencia à classe IV média baixa, com a média de idades de $59,90 \pm 5,071$ anos.

Estes resultados são semelhantes aos de um estudo realizado em Portugal, com uma amostra de 100 sujeitos colostomizados,

Tabela 3. Resultados dos testes estatísticos relacionados com a percepção do apoio social na região Norte de Portugal, 2010-2012. n = 112

Variáveis	N	Média	Desvio padrão	Teste	Valor teste (F)	Graus de liberdade (df)	p
Apoio social x Grupo etário							
Adultos 32-64 anos	91	72,37	11,705	<i>t Student</i>	-0,016	103	0,987
Idosos ≥ 65 anos	14	72,43	11,413				
Apoio social x Estado civil							
Casado/União de facto	90	74,18	11,060	KW	16,283	2	0,000
Viúvo	11	60,64	9,922				
Divorciado	4	64,25	5,188				
Apoio social x Escolaridade							
1º ciclo	45	72,82	11,947	KW	0,357	3	0,949
2º e 3º ciclos	48	74,33	12,423				
Ensino secundário	9	71,56	11,642				
Ensino universitário	3	74,33	12,423				
Apoio social x Nível socioeconómico							
Classe I Alta	3	74,33	12,423	KW	3,938	3	0,268
Classe II Média Alta	25	75,40	11,383				
Classe III Média	62	74,00	10,928				
Classe IV Média Baixa	15	71,47	14,628				
Classe V Baixa	0	0,00	0,00				
Apoio social x Explicação prévia à possibilidade de realização de ostomia							
Sim	83	72,51	11,123	MW	855,500		0,897
Não	21	70,81	12,875				
Apoio social x Foi realizado ensino?							
Sim	94	71,94	11,524	<i>t Student</i>	-1,131	101	0,261
Não	9	76,56	13,584				
Apoio social x De quem recebeu apoio?							
Enfermeiros	44	71,34	12,361	ANOVA	0,620	2	0,540
Médicos	3	64,67	15,044				
Família e amigos	48	72,35	11,203				
Apoio social x situação no emprego							
Ativo	36	74,44	7,861	MW	969,00		0,166
Não ativo	76	71,48	12,864				

N: Número de casos; MW: Maney Witeny; TS: *t student*; df: Graus de liberdade; p: Probabilidade.

em que 68,0% era do sexo masculino, 54,0% possuía o 1º ciclo, 78,0% encontrava-se não ativo face ao trabalho, e 83,0% enquadrava-se no nível socioeconómico de classe III média, segundo a escala de Graffar⁹.

Num outro estudo norte-americano, em que participaram 140 colostomizados, as características da amostra são muito semelhantes às da amostra do nosso estudo, uma vez que a

maioria tinha idade superior a 50 anos (73%), possuía o 1º ciclo (48,4%) e encontrava-se numa situação perante o trabalho reformado (80,9%)¹⁶.

Ainda outro estudo realizado no Brasil, com uma amostra de 20 ostomizados, sobre a participação do enfermeiro no processo de reabilitação da pessoa com estoma, apresentou resultados similares, 50% dos participantes apresentavam o

1º ciclo, exercendo uma profissão no setor dos serviços com poucas qualificações⁸.

Relativamente ao apoio social percebido pelos participantes no nosso estudo, verifica-se que a média da escala do apoio social apresentou uma pontuação mínima de 43 pontos e máxima de 95 pontos, com uma média da pontuação total da escala de $72,38 \pm 11,613$ pontos, ou seja, com assimetria à direita. Assim, o apoio social percebido pelos homens colostomizados, desta amostra, foi considerado suficiente pelo maior grupo de participantes (49,5%), embora exista um percentual importante de mais de um terço de participantes que se mostra insatisfeito com o apoio social que recebe.

Estes resultados apresentam diferenças marcantes em relação aos do estudo norte-americano, já referido, que contou com a participação de 140 doentes colostomizados, em que 95,7% dos participantes referiram ter recebido apoio social quando necessitavam percentual muito mais elevado do que o obtido no presente estudo. Este elevado percentual é explicado pelo autor¹⁷, pelo fato de 78,6% pertencer a um grupo de apoio e associações e 77,9% dos participantes terem estabelecido contatos com outras pessoas.

Deste modo, este estudo vem corroborar os resultados de outro estudo de abordagem qualitativa, acerca da importância das redes sociais de apoio ao colostomizado, ao referir que as categorias mais emergentes sobre a percepção do apoio social, foram o apoio recebido por parte da família e da associação de pessoas colostomizadas, facilitando melhor aceitação e adaptação à sua nova condição de vida¹⁸.

Apesar da importância que o nosso estudo apresenta, não podemos deixar de reconhecer algumas das suas limitações, nomeadamente, por se tratar de um estudo transversal e da amostra ser intencional, não aleatória.

CONCLUSÃO

A sociedade atual assiste a um aumento significativo de pessoas que vivem com uma colostomia, e se veem confrontadas com limitações e desafios decorrentes da situação com que têm de viver para o resto da sua vida.

O apoio social é um processo que envolve a relação com outras pessoas, o que facilita a moderação e o equilíbrio em situações de stresse, reações de ansiedade e outros estímulos adversos.

Deste modo, as relações sociais exercem um papel relevante na vida do homem colostomizado, no cumprimento importante das suas funções na dimensão social, psicológica e comportamental.

A avaliação da percepção do apoio social dos sujeitos, desta amostra, permite-nos concluir que o maior grupo tem uma percepção de apoio social suficiente, embora haja um grupo de homens que discorda desta opinião e que sentem falta de um apoio social mais efetivo na adaptação a esta nova condição de vida.

Ainda em resposta aos objetivos propostos, verificamos que os homens colostomizados casados/união de fato apresentavam uma percepção de maior apoio social, o que reforça a ideia de

que, para a maioria dos participantes, é muito importante a relação afetiva do cônjuge nos momentos de dificuldade durante e após a fase crítica da doença.

Na análise que efetuamos as outras variáveis de atributo não se mostraram discriminativas em relação ao apoio social.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, devem ser realizados futuros estudos em amostras mais alargadas, sobre a importância que o papel do cônjuge e do restante da família assume na percepção e reconhecimento do apoio social por parte do homem colostomizado, quando se vê confrontado com as mudanças que ocorreram no seu novo modo de vida.

Tendo em conta os resultados obtidos, pensamos que o cônjuge ocupa um importante espaço na vida do homem colostomizado nos momentos de dificuldades inerentes à doença, constituindo a sua principal rede de apoio.

Consideramos também que a promoção/facilitação do apoio social deve continuar a fazer parte do planeamento das intervenções de enfermagem direcionadas para diversas áreas de apoio, para, assim, o homem colostomizado conseguir ultrapassar, de forma eficaz, as dificuldades inerentes à sua situação.

Nesta perspectiva, consideramos importante o papel que o apoio social assume na vida do colostomizado, pois a presença de uma colostomia interfere profundamente nos seus hábitos de vida social, sendo fundamental a criação de uma rede social de apoio emocional, afetivo, informativo e instrumental, capaz de satisfazer as necessidades sociais específicas do homem que vive com uma colostomia.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo SCS. Conhecimentos dos utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Douro II - Douro Sul sobre os fatores de risco do cancro colorretal [tese]. Vila Real (POR): Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 2013.
2. Novais E, Conceição AP, Domingos J, Duque V. O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. Rev HCPA. 2009; 29(1): 34-6.
3. Alto Comissariado da Saúde (Portugal). Plano Nacional e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007-2010. Lisboa (POR): Coordenação Nacional para as doenças Oncológicas; 2007.
4. Cascais AFMV, Martin JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto & contexto enferm. 2007 jan/março; 16(1): 163-7.
5. Vieira M. Ser enfermeiro da compaixão à proficiência. 2ª ed. Lisboa (POR): Universidade Católica Portuguesa; 2008.
6. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia uma difícil adaptação. Revista SBPH Rio de Janeiro. 2008;11(2):27-39.
7. Alves RIMB. Prática educativa na ostomia de eliminação intestinal: contributo para a gestão dos cuidados de saúde [tese]. Vila Real (POR): Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 2010.
8. Maurício VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro e a sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. Esc Anna Nery. 2013 jul/set;17(3):416-22.
9. Miranda LSG. A importância da consulta de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade [tese]. Vila Real (POR): Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 2013.
10. Correia MCGS. O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro [tese]. Algarve (POR): Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve; 2009.

11. Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronários. Paideia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educação. 2008;18(40):279-88.
12. Monteiro APTVA. Percepção do apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. Revista Referência. 2009; 10: 35-46. (II Série)
13. Reinaldo MAS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. Esc Anna Nery. 2012 jul/set;16(3):536-43.
14. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saude Publica. 2005;21(3):703-14.
15. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5ª ed. rev. aum. Lisboa (POR): Edições Sílabo; 2008.
16. Gomboski G. Adaptação cultural e validação do City of Hope-Quality of Life-Ostomy Questionnaire para a língua portuguesa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01082011-074203/
17. Youngberg D. Individuals with permanente ostomy. Quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse six peristomal complications and out-of pocket financial costs for ostomy manangement [tese]. Colombia: Teacher College, University Colombia; 2010. Disponível em: <http://gradwork.umi.com/3425014.pgf>
18. Carvalho ORM. Rede social de apoio no cuidado às pessoas com estomia: implicações para a enfermagem [dissertação]. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2012. Disponível em coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Sandra%20Carvalho.pdf