



**EDAIANE JOANA LIMA BARROS**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO, ECOSISTÊMICO E  
GERONTOTECNOLÓGICO AO IDOSO ESTOMIZADO**

**Rio Grande  
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO, ECOSISTÊMICO E  
GERONTOTECNOLÓGICO AO IDOSO ESTOMIZADO**

**EDAIANE JOANA LIMA BARROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos**

**Rio Grande  
2012**

B277c Barros, Edaiane Joana Lima  
O cuidado de enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado / Edaiane Joana Lima Barros. - 2012.  
171f.: il.; 30cm.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos

1. Enfermagem geriátrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Saúde do idoso. 4. Estomia. I. Santos, Silvana Sidney Costa. II. Título.

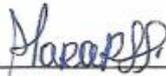
CDU: 616-083

Bibliotecária Responsável: Luciana Mota Abrão, CRB-10/2053

EDAIANE JOANA LIMA BARROS

**CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO, ECOSISTÊMICO E  
GERONTOTECNOLÓGICO AO IDOSO ESTOMIZADO**

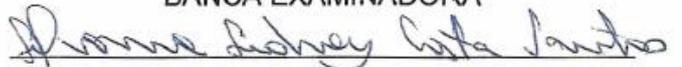
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 25 de setembro de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Prof Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

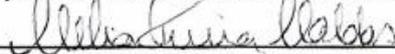
**BANCA EXAMINADORA**



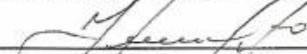
Dr.ª Silvana Sidney Costa Santos – Presidente (FURG)



Dr.ª Alacoque Erdmann Lorenzini – Membro Externo (UFSC)



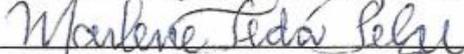
Dr.ª Célia Pereira Caldas – Membro Externo (UERJ)



Dr.ª Humberto Calloni – Membro Interno (FURG)



Dr.ª Giovana Calcagno Gomes – Membro Interno (FURG)



Dr.ª Marlene Teda Pelzer – Membro Interno (FURG)



Dr.ª Celmira Lange – Membro Externo (UFPEL)

Dedico ao DEUS eterno por fortalecer  
meu viver e me dar sabedoria nessa  
caminhada árdua e complexa de minha  
existência. **Adoro-te**, Senhor, porque  
és fiel e tuas promessas nunca se  
esgotam.

## **Agradecimentos**

**À minha amada mãe, Dona Nira Maria de Lima, que esteve ao meu lado desde sempre até esse momento de luta e conquista, por ter me ensinado o valor do estudo, do ser humano e do amor, fundamentais para que alcance meus objetivos.**

**À meu pai, Seu Edgar José Barros, que, infelizmente, não está mais aqui pertinho de mim, como antes, a ele por ter me ensinado a ser uma pessoa digna e cidadã de meus caminhos.**

**À minha família e meu esposo Nailson de Lemos Madruga por ter me acompanhado, ter me incentivado, através dos elogios ao meu esforço, apesar das minhas ausências.**

**Aos meus amigos por terem me estimulado a não fraquejar nos momentos difíceis.**

**À minha orientadora, Professora Doutora Silvana Sidney da Costa Santos, por ter acreditado em mim, me conduzindo em uma trajetória de estudo e real compreensão do Ser Humano Idoso como ele é, com suas especificidades e que merece todo respeito.**

**À minha querida amiga e membro da banca, Professora Doutora Giovana Calcagno Gomes, que me incentivou à carreira da docência/assistência, me ensinou a ser uma pessoa diferente, doou um pouquinho do seu tempo para participar de minhas conquistas, com muita alegria e simplicidade.**

**Aos demais membros da banca, Professores Doutores Alacoque Lorenzini, Marlene Teda Pelzer, Célia Caldas, Humberto Calloni, Celmira Lange que foram muito importantes para que eu pudesse construir minha tese, por meio de sugestões, incentivando-me.**

**Ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa da Universidade Federal do Rio Grande, hospital onde trabalho, por ter tornado esse desafio um sonho realizado.**

**Aos colegas do Hospital Universitário que me estimularam nos momentos difíceis, acreditando que eu poderia conseguir e trazer contribuições para o Serviço da Enfermagem.**

**Aos colegas do GEP-GERON, em especial Luciano Araldi, Josiane do Jarbas, Elisabete Zimmer, alunos da graduação FURG/RS e pós-graduação CESULBRA/SC que trouxeram momentos únicos nesta caminhada de redescoberta do conhecimento.**

**Enfim, a todos os idosos estomizados do Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, que confiaram em mim e dividiram suas histórias, me mostrando que cada um com sua particularidade tem algo a trocar, um crescimento mútuo, em que pude conhecer a interface ser idoso – possibilidades de um cuidado complexo.**

## RESUMO

BARROS, Edaiane Joana Lima. O Cuidado de Enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado. 2012. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/ RS, Brasil, 2012.

Foi objetivo geral: Propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado; os específicos: identificar as ações ecossistêmicas e as gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso ostomizado, numa abordagem complexa por meio da Classificação Internacional da Funcionalidade/Incapacidade/Saúde; conhecer as tecnologias de equipamentos e educativas construídas a partir das vivências de idosos ostomizados e por eles, como forma de autocuidado e promoção da saúde, sob o olhar da Complexidade; verificar os ambientes de cuidado dos idosos ostomizados, sob o olhar complexo. O referencial teórico baseou-se na Complexidade. Utilizou-se o estudo de caso, quando foi aplicado instrumento adaptado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, por meio da entrevista complexa, observação e gravação. Participaram da pesquisa dez idosos estomizados. Foram locais do estudo o Serviço de Estomaterapia de um Hospital Universitário da região sul do país e os domicílios, de junho a agosto de 2012. Na análise dos dados utilizou-se a orientação de Yin. Como resultados foram investigados as condições de saúde, a compreensão acerca da ostomia, as relações ambientais/tecnológicas e o ser humano idoso estomizado, cujos casos foram apresentados, considerando-se a avaliação da funcionalidade segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Junto aos casos foram propostas ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo. São apresentados três artigos científicos cujos casos, nos quais foram propostas ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas entrelaçadas com a complexidade de Edgar Morin confirmando a tese, de que os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado às necessidades corporais, emocionais, biopsicoespirituais e ambientais direcionando a ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas específicas. Procurou-se compreender as questões relacionadas à funcionalidade, necessidades e incertezas dos idosos estomizados, tendo como meta contribuir para os desafios em cuidar destes seres humanos na complexidade da vida.

**Descritores:** Idoso. Estomia. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

BARROS, Edaiane Joana Lima. The eco systemic, gerontology technological and complex Nursing care to the old Ostomy patient. 2012. 171 pages. Thesis (Nursing Doctorate) – Nursing Post graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande/RS, Brazil, 2012.

Main goal: To propose eco systemic and gerontology technological actions in the old Ostomy patient complex nursing care; specific goal: to identify the eco systemic and gerontology technological actions observing the nursing/health care to the old Ostomy patient in a complex approach of the Functionality/Incapacity/Health International Classification; to know the equipment technologies and the educational technologies built parting from the patients' experiences and by them, as a way of self-care and health promotion, under a complex look; to verify the environment where the care to the patients takes place under a complex look. The theoretic referential was based in the complexity. The study case was used when the Functionality/Incapacity/Health International Classification adapted tool was applied through a complex interview, observation and recording. Ten old Ostomy patients took part in the research. The Ostomy therapy service of a University hospital in the South of Brazil and the patients' homes were the locals where the study took place from June to August, 2012. Yin orientation was used in the data analysis. In the results, the health conditions, the comprehension about Ostomy, the environmental/technological relations and the old human being Ostomy patient whose cases were presented, were investigated considering the functionality evaluation following the Functionality/Incapacity/Health International Classification. Along with cases, eco systemic and gerontology technological actions in the complex nursing care were proposed. The study presents three scientific articles in which cases were proposed the eco systemic and gerontology technological actions together with the complexity of Edgar Morin, confirming the thesis that says the the old ostomy patients show some specificities that claim for a complex nursing care to their corporal, emotional, biopsy-spiritual and environmental needs, directing the specific eco systemic and gerontology technological actions. The study also aimed to comprehend the issues related to the old Ostomy patients' functionality, needs and doubts in order to contribute to the challenges in caring these human beings in the life complexity.

**DESCRIPTORS:** Elderly. Ostomy. Nursing Care. Nursing.

## RESUMEN

BARROS, Edaiane Joana Lima. El Cuidado de Enfermería Complejo ecosistema, ecosistémico y gerontotecnológico a los ancianos ostomizados. 2012. 171f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande / RS, Brasil, 2012.

En general, fue objetivo: proponer acciones ecosistémicas y gerontotecnológicas para la atención de enfermería compleja a los ancianos ostomizados; Los específicos: identificar las acciones ecosistémicas y las gerontotecnológicas encaminadas a una atención de enfermería / salud a los ancianos ostomizados, en un enfoque complejo a través de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad / Discapacidad / Salud; conocer las tecnologías y el equipo construido a partir de las experiencias educativas de los ancianos ostomizados y para ellos, como una forma de auto-cuidado y promoción de la salud, bajo la mirada de la Complejidad; verificar los ajustes de la atención de los ancianos ostomizados, bajo la mirada compleja. El marco teórico se basó en la Complejidad. Se utilizó el estudio de caso, cuando se utilizó una herramienta de adaptación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, a través de la entrevista compleja observación y grabación. Los participantes fueron diez ancianos ostomizados. Fueron locales de estudio el Servicio de Estomatología de un Hospital Universitario de la región sur del país y los hogares, de junio a agosto de 2012. En el análisis de datos se utilizó la guía de Yin. Como resultados se investigaron las condiciones de salud, la comprensión de ostomía, relaciones ambientales / tecnológicos y el ser humano anciano ostomizado, cuyos casos fueron presentados, teniendo en cuenta la evaluación de la funcionalidad de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Junto los casos se propusieron acciones ecosistémicas gerontotecnológicas, orientados a la atención de enfermería compleja. Son presentados tres artículos científicos, en que cuyos casos, las acciones fueron propuestas de manera ecosistémicas gerontotecnológicas, entrelazado con la complejidad de Edgar Morin que confirma la tesis de que los ancianos ostomizados presentan especificidades, que requiere cuidados de enfermería compleja frente a las necesidades corporales, emocionales y biopsicoespirituais y ambientales, direccionando a acciones gerontotecnológicas específicas. Tratamos de entender las cuestiones relacionadas con la funcionalidad, incertidumbres y necesidades de los ancianos ostomizados, teniendo como objetivo contribuir frente a los desafíos en cuidado de estos seres humanos en la complejidad de la vida.

Descriptores: Anciano. Ostomía. Cuidados de Enfermería. Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Modelo teórico da pesquisa .....	55
<b>Figura 2</b> – Método de estudo de caso .....	58
<b>Figura 3</b> – Relação entre os componentes da saúde e a CIF .....	66

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	-	Proposição/síntese de ações de cuidado complexo/ecossistêmico/gerontotecnológico .....	98
-----------------	---	--	----

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO DA TESE</b> .....	13
<b>1 ENVELHECIMENTO E ESTOMIA: UM OLHAR COMPLEXO SOBRE OS CONCEITOS</b> .....	15
<b>2 MARCO TEÓRICO COMPLEXO</b> .....	23
2.1 A ESTOMIZAÇÃO E O ENVELHECIMENTO.....	23
2.2 A COMPLEXIDADE E O IDOSO ESTOMIZADO.....	26
2.2.1 <i>A Complexidade segundo Edgar Morin</i> .....	31
2.2.2 <i>Ser humano idoso estomizado complexo</i> .....	38
2.2.3 <i>Saúde complexa do idoso estomizado</i> .....	41
2.2.4 <i>Cuidado complexo ao idoso estomizado</i> .....	46
2.3 AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLÓGICAS DIRECIONADAS AO IDOSO ESTOMIZADO COMPLEXO.....	55
2.4 MODELO TEÓRICO DA PESQUISA .....	56
<b>3 CAMINHO DA PESQUISA</b> .....	56
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	56
3.2 LOCAIS DA PESQUISA .....	59
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	59
3.4 QUESTÕES ÉTICAS .....	59
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	60
3.5.1 <i>A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como guia direcionador da entrevista complexa</i> .....	63
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	67
<b>4 A COMPLEXIDADE DOS CASOS DOS SERES HUMANOS IDOSOS ESTOMIZADOS, PROPOSTAS DE AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLÓGICAS</b> .....	69
4.1 OS CASOS .....	69
<b>5 DISCUSSÃO COMPLEXA DOS RESULTADOS</b> .....	101
5.1 ARTIGO 1 .....	102
5.2 ARTIGO 2 .....	115
5.3 ARTIGO 3 .....	128
<b>6 OS DESAFIOS CONTINUAM: CUIDAR DO SER IDOSO ESTOMIZADO SEGUNDO À COMPLEXIDADE</b> .....	145
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	148
<b>APÊNDICE A: CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA NO HU/FURG</b> .....	154
<b>APÊNDICE B: PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO</b> .....	156

<b>APENDICE C: FORMULÁRIO DA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE D:TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO A: CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>171</b>

## **APRESENTAÇÃO DA TESE**

Esta tese apresenta a seguinte estrutura: Aproximação com a temática envelhecimento e estomia; Marco Teórico Complexo; Caminho da pesquisa; A complexidade dos casos de seres humanos idosos estomizados, propostas de ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas; Discussão Complexa dos resultados; Os desafios continuam – cuidar do ser humano idoso estomizado segundo a Complexidade.

No primeiro capítulo, Aproximação com a temática envelhecimento e estomia, apresento minha caminhada assistencial e na docência que remetem ao cuidado de enfermagem, bem como alguns conceitos que relacionam envelhecimento e estomia. A partir da minha inquietação na forma como poderia desenvolver o cuidado direcionado ao idoso portador de estomia e, diante dessa complexidade, como elaborar uma estratégia de cuidado complexo a esse ser humano.

No segundo capítulo, Marco Teórico Complexo, emergem questões complexas como a importância do cuidado de Enfermagem ao ser humano idoso com estomia. Leva-se em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento/estomização e a sua necessidade de cuidado complexo, específico e multidimensional, condições pertinentes ao fazer do enfermeiro.

No terceiro capítulo, o Caminho da pesquisa, apresento o método, como ferramenta multidimensional, buscou-se conhecer o ser humano idoso portador de estomia, sob o olhar da Complexidade de Edgar Morin, a partir da utilização de elementos da CIF. Utilizou-se o estudo de caso para investigar/acompanhar esses idosos.

No quarto capítulo, A complexidade dos casos de seres humanos idosos estomizados, propostas de ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas, apresento a multidimensionalidade, em especial do idoso estomizado, em que é retratado os casos de dez idosos que variam de idade entre 60 a 90 anos, ambos os sexos (cinco mulheres e cinco homens), aposentados, os quais tem a estomia como semelhança, mas a vida com diferentes percursos. Percebe-se a perplexidade do viver idoso em sociedade em que o ser humano apresenta múltiplas fases, caminhos percorridos, trajetórias vivenciadas.

No quinto capítulo, Discussão Complexa dos Resultados, apresento três artigos científicos, o primeiro, intitulado “O Cuidado de Enfermagem Complexo ao idoso estomizado baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade/Incapacidade/Saúde”. É abordado o cuidado de Enfermagem complexo ao idoso estomizado utilizando-se de elementos da CIF em que se tenta compreender a condição humana e suas relações recursivas/dependentes no ambiente e da especificidade do ser humano que é cuidado ou cuida-se. Esse artigo foi formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

O segundo artigo, intitulado “Idoso Estomizado: tecnologias para a promoção do cuidado a partir da Complexidade”. Apresenta a relação entre tecnologias voltadas ao autocuidado do idoso estomizado e a promoção da acessibilidade sob o olhar complexo. Foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

O terceiro artigo, intitulado “Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado a partir da Complexidade”. Apresenta o ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: um olhar complexo. Foi elaborado segundo as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem.

No sexto capítulo, Os desafios continuam: cuidar do ser humano idoso estomizado segundo a Complexidade, menciono as considerações finais da pesquisa, em que é trazido o alcance dos objetivos, confirmação da tese, limitações gerais, pontos positivos, breve apresentação dos resultados e, por fim, as contribuições da pesquisa em Enfermagem/Saúde.

## 1 ENVELHECIMENTO E ESTOMIA: UM OLHAR COMPLEXO SOBRE OS CONCEITOS

A Constituição é tímida ao tocar nos direitos das pessoas idosas e, certamente, reflete a mesma timidez da sociedade brasileira em se mobilizar para defender a velhice como direito natural da pessoa humana. Quando a velhice é respeitada, a sociedade demonstra que um direito fundamental, o que prevalece sobre todos os demais, o direito à vida está sendo respeitado (GIACOMIN, 2011, p.2).

Direitos humanos, democracia e acessibilidade são indissolúveis, pois representam o respeito e a valorização da diversidade humana, como instrumento de bem-estar e de desenvolvimento inclusivo. (...). Possibilitar igualdade de oportunidades para todo cidadão é dever do estado e cada um de nós deve fazer sua parte para que isto seja cumprido e assim, possamos ter um Brasil para mais brasileiros (BRASIL, CORE, 2008, p.12).

Das vivências como enfermeira assistencial, no ambiente hospitalar, tenho a oportunidade de conviver e aprender com o ser humano-paciente, tendo em vista os múltiplos setores de atuação do cuidado. E, assim, o cuidado ao estomizado desenvolvido durante os plantões contemplava o diálogo, a realização das orientações para o autocuidado e prevenção de complicações acerca da estomia. Com isso, pude visualizar a importância de não somente cuidar do idoso estomizado, mas entender suas limitações e acreditar em suas potencialidades.

Cada dia experienciado como enfermeira assistencial tornou-se único e múltiplo por apresentar a oportunidade de integrar teoria e prática. Questiono-me continuamente o fazer do enfermeiro salientando a necessidade da ética e do conhecimento científico, bem como a valorização da fala dos seres humanos cuidados, o maior motivo do meu trabalho e interesse quanto à formação do enfermeiro.

Educar na enfermagem ultrapassa o cuidado com o ambiente e suas relações, pois envolve a conscientização para a mudança, identificação ideológica e ética dialógica. Nessa articulação, o ser humano, como ser complexo, dotado de uma rede neural evoluída, apresenta a capacidade de autoorganizar-se em seus espaços. Muitas vezes, promovendo a destruição e a reconstrução, ou seja,

mostrando-se contraditório. Cuidar abrange reconhecer o ser humano recursivo como único e capaz de autocuidar-se, o que demanda por parte do enfermeiro um olhar multidimensional frente ao desafio de reelaborar estratégias que visem a preservação da identidade e as características do idoso estomizado.

A disciplina Enfermagem, como a arte do cuidado, promove no ser humano/família a necessidade de transformar conceitos, ser autônomo e atuante no próprio cuidado. Ao ser membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/CNPq), desde a graduação, pude ter acesso aos estudos relacionados ao ser idoso, nos aspectos educacionais e de cuidado, além de articular meus conhecimentos com os demais colegas que abordam essa temática em seus trabalhos. Estar vinculada ao tema – ser humano e envelhecimento – traz a certeza de que se está buscando a devida atualização no campo do cuidado ao idoso, área que vem cada vez mais se fortalecendo e instigando novas descobertas.

Como enfermeira e estudiosa da Complexidade, a partir de Edgar Morin, pude propor, por meio de minha dissertação de mestrado, ao ser humano idoso estomizado, e em conjunto com ele, a construção de gerontotecnologia<sup>1</sup> por meio de uma cartilha educativa, que abrange não somente os cuidados com a estomia, mas os medos e superações, e com isso, servir como porta de identificação para outros estomizados, pela educação de si e do outro no Grupo de Apoio ao Estomizado e sua Família existente no HU/FURG (GAOF). Percebi uma lacuna e a partir dela surgiu um questionamento: como propor ações ecossistêmicas voltadas ao idoso estomizado considerando os diversos aspectos que o rodeiam?

Muitos aspectos referentes ao ecossistema e aos ambientes urbanos e de serviços refletem determinantes vinculados à acessibilidade ou ausência desta: serviços sociais e de saúde; economia; ambiente físico; relações pessoais/sociais; comportamento; cultura e gênero. Os idosos portadores ou não de alguma incapacidade/deficiência não formam um grupo homogêneo. Sua diversidade individual aumenta com a idade, ou seja, é necessária a compreensão quanto à

---

<sup>1</sup> Gerontotecnologia é contextualizada como o desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços com tecnologia apropriada e adaptada, para melhorar o cotidiano dos idosos, proporcionando um envelhecimento com qualidade de vida, possibilitando a realização dos objetivos de vida. Os desafios para seu desenvolvimento estão relacionados à aprendizagem do uso, mudanças de hábitos e crenças pessoais, questões financeiras, entre outros (NERI, 2005).

manutenção da independência, à prevenção da incapacidade e à reabilitação (ONU, 2008).

Com isso, a experiência com o trabalho assistencial e de pesquisa com os idosos e estomizados, permitiu-me conhecer, de forma singular, limitações, perspectivas acerca da vida e percepções acerca das questões ecossistêmicas. Diante desse desafio, tive a oportunidade de não somente contribuir com meus conhecimentos e aprender, mas realizar a interface complexa, como enfermeira e transformadora da minha prática.

Além disso, no grupo GAOF – Grupo de Atenção ao Estomizado e sua Família – Serviço de Estomaterapia, atuo desde a graduação, em atividades de educação em saúde, seja com esses seres humanos em ambulatório, quanto em meus plantões no Hospital Universitário da FURG, quando oriento e encaminho os pacientes estomizados internados ao Grupo. Essa também se constituiu como outra oportunidade de educar/cuidar do enfermeiro que busca (re) transformar e cultivar novas práticas de cuidado, em especial, com a pessoa idosa estomizada.

A sociedade está em processo de envelhecimento<sup>2</sup> e (re) descoberta de suas fragilidades na velhice<sup>3</sup>, por isso precisa compreender os significados dessa etapa e as condições para otimizar o processo de viver, em especial, dos portadores de estomia. Envelhecimento e ostomia podem apresentar-se como desafios no cuidado de enfermagem, por serem vistos pelo idoso como limitação e problema. Surge a necessidade de que os gestores e políticos voltem a sua atenção, em conjunto com a sociedade, à discussão de estratégias que visem ao cumprimento das políticas públicas de atenção ao idoso portador de estomia (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

Esse estudo se faz necessário tendo em vista o aumento de idosos no Brasil, os quais, muitas vezes, podem apresentar uma estomia decorrente de uma patologia ou acidente, necessitando submeterem-se a processos cirúrgicos, demandando políticas de saúde que abordem um cuidado específico voltado às suas necessidades e à sua acessibilidade.

---

<sup>2</sup> O envelhecimento compreende os processos de transformações universais do organismo, as mudanças evolutivas e psicossociais ao longo do ciclo vital, marcado pela longevidade e caracterizado pelas perdas e pelas experiências (NERI, 2005).

<sup>3</sup> A velhice é a última fase do processo de viver humano, sendo percebida como fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento (SIQUEIRA et al, 2002).

Como a população idosa brasileira é a que mais cresce, proporcionalmente, no país, passa-se a refletir que tais pessoas carecem de cuidados específicos e multidimensionais. O cuidado direcionado ao idoso é uma ação complexa e interdisciplinar, por isso a complexidade dos problemas de saúde dos idosos necessita ser revista (SANTOS, 2002).

A percepção de Morin acerca do processo de envelhecer é de que o ser humano, ao rejeitar a morte, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice, talvez por esta fase da vida ser a que mais se aproxima da morte e assim, torna a velhice um peso para sua vida (SANTOS, 2003).

Conforme documento elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2008), o envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades com vistas à saúde, participação e segurança das pessoas à medida que envelhecem e apresentam alguma limitação, como a estomia. Todos os fatores, individualmente e combinados uns com outros, exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada ser humano. Dentre outros, destaca-se o fator ambiental e a interface com o desafio da acessibilidade.

Acessibilidade é permitir ao outro, o portador de deficiência, o direito à saúde e às tecnologias, independente da cultura, raça ou crença, em um processo complexo, uno e múltiplo. Morin (2008) revela que a diversidade é uma pluralidade de possibilidades. Igualdade não significa igualdade entre os mesmos, mas pode ser entre as pessoas, a igualdade dos direitos humanos que vale para todas as culturas, todas as línguas e raças.

Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) retrata que a acessibilidade tem como objetivo permitir um ganho de autonomia e de mobilidade a uma gama maior de pessoas, inclusive àquelas que tenham reduzido a sua mobilidade ou dificuldade em se comunicar, para que usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade.

O cuidado à pessoa portadora de deficiência, considerando o processo de reabilitação e acessibilidade, necessita ser norteado pelos princípios do SUS como: descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços. Logo, compreende desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação – públicos ou privados – e as organizações não governamentais até os Centros de Referência de maior nível de complexidade (BRASIL, 2008b).

Um dos aspectos relacionados ao cuidado, conforme o documento do Ministério da Saúde do Brasil (2008a), que permite a acessibilidade, é a concessão e treinamento de equipamentos individuais – órteses e próteses –, ajuda técnica e bolsas coletoras, bem como treinamento de recursos humanos para o cuidado.

Trata-se de uma conquista importante da pessoa portadora de deficiência, resultante das Portarias nº 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde. Inicialmente, referiu-se ao Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria n.º 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde e tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no país e garantir a atenção integral na rede de serviços do SUS (BRASIL, 2008a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como principal objetivo a reabilitação da pessoa deficiente com foco na sua capacidade funcional e no desempenho humano. Assim, contribui para a inclusão social, previne os agravos, os quais podem ser influenciados pelo ambiente econômico e social. O Decreto n.º 5.296/04, de 2/12/04, considera o ser humano estomizado um portador de deficiência física, ou seja, possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade (BRASIL, 2008a).

No documento do Ministério da Saúde do Brasil (2007), a incapacidade da pessoa portadora de deficiência caracteriza-se como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

A Portaria de atenção à saúde das pessoas estomizadas nº 400, de 16/11/09, exige estrutura especializada, com área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados. Considera a necessidade de organização das unidades de saúde que prestam serviços às pessoas estomizadas e de definir fluxos de referência e contra-referência com as unidades hospitalares. Ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação dos profissionais (BRASIL, 2009).

Vislumbrar as questões relacionadas à acessibilidade é permitir a visualização dos elementos essenciais que circundam a criação de ambientes

favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades de tais pessoas. No tocante aos ambientes favoráveis à saúde da pessoa idosa, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e a adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultem a efetiva integração e inclusão, em especial do idoso estomizado que necessitam de banheiros adaptados (BRASIL, 2008b).

Um novo olhar acerca do cuidado interdisciplinar complexo, com relação à interrelação Geriatria/Gerontologia e estomaterapia, constitui-se como elemento importante para a Enfermagem. Morin (2002a) enfoca a interdisciplinaridade dentro de um contexto polissêmico e fluído, ou seja, não há uma definição, podendo ter diferentes significados, em meio à incerteza, sendo de troca ou cooperação. É necessário levar em conta o contexto social e cultural.

Entende-se que o processo de cuidado e avaliação de pessoas idosas portadoras de estomia que recorrem aos serviços de saúde é complexo. A infraestrutura precisa ser adaptada, os trabalhadores necessitam ser capacitados, pode haver mudança no processo organizacional da unidade de serviço, pois algumas questões surgem, destacando-se dentre elas: a obrigatoriedade do acompanhante do idoso estomizado permanecer com ele (necessidade de acomodar os acompanhantes), as solicitações específicas para o almoxarifado (fraldas geriátricas, sabonetes e cremes hidratantes, bolsas de carboxicelulose e outros) e farmácia (mais medicamentos, considerando a polifarmácia pelos idosos), dentre outras necessidades.

O cuidado realizado pela equipe de enfermagem é de grande importância à recuperação da pessoa idosa estomizada, (in)dependente, pois tende a abordar as estratégias que promovem a recuperação e a reabilitação, através da responsabilidade social, auxiliando em sua inserção social, respeitando sua individualidade e dialogicidade, constituindo-se como um cuidado complexo no meio social.

Morin (2010) refere que a humanidade apesar da sua unicidade apresenta-se como um sistema uno e múltiplo, no qual comporta a ideia de inseparabilidade entre unidade e diversidade. Nessa assertiva reside as questões relacionadas à inclusão dos seres humanos por serem eles a parte e o todo de um sistema social.

O maior desafio na atenção ao idoso estomizado é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam surgir, essas pessoas venham a redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor dos idosos (BRASIL, 2006b)

O ser humano idoso estomizado necessita de reconhecimento, de ser ouvido em suas diversas situações, em momentos de alegrias ou de infortúnios. Alguns idosos podem apresentar medo e isolarem-se, principalmente, quando estão sofrendo em decorrência de uma hospitalização. As pessoas idosas merecem ser vistas por suas capacidades, respeitando sua individualidade junto à sua família e sociedade (BARROS, 2007).

O idoso portador de estomia precisa de auxílio, acolhimento e atenção para melhorar o estado de fragilidade orgânica. Os profissionais da enfermagem necessitam capacitar-se e qualificar-se, através de um programa de educação continuada planejada em conjunto com o idoso, a fim de compreender e religar o aspecto amplo do dimensionamento do cuidado terapêutico, diminuir a vulnerabilidade e facilitar a autonomia/autocuidado.

O idoso estomizado é alguém que necessita ser visto com suas especificidades e pluralidade, já que o seu processo de percepção acerca de sua autoimagem pode encontrar-se comprometido pelo envelhecimento e a estomia, pelos medos internos e incertezas (BARROS, 2007). Reconhece-se a importância de uma educação sistemática planejada pelo enfermeiro e pelo próprio idoso com vistas à mudança de situações desfavoráveis, voltada à saúde desses idosos.

Durante o cuidado realizado no hospital e de minhas participações no GEP-GERON e nas atividades de extensão/pesquisa do GAOF, surgiu a necessidade de contribuir com o cuidado do idoso estomizado cadastrado nesse Serviço de Estomaterapia. A partir das reflexões e contextualizações realizadas, apresento a questão de pesquisa, a tese e o objetivo desta pesquisa.

### ***Questão de pesquisa:***

Como propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso estomizado, numa abordagem complexa?

**Os objetivos:**

Geral - Propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado.

Específicos – Identificar as ações ecossistêmicas e as gerontotecnologias com vistas a um cuidado de Enfermagem/Saúde ao idoso estomizado, numa abordagem complexa por meio da Classificação Internacional da Funcionalidade/Incapacidade/Saúde; Conhecer as tecnologias de equipamentos e educativas construídas a partir das vivências de idosos estomizados e por eles como forma de autocuidado e promoção da saúde; verificar a relação do ser humano idoso ostomizado e seus ambientes de cuidado sob o olhar complexo.

**A Tese:**

Os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado às necessidades corporais, emocionais, biopsicoespirituais e ambientais que engloba ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas específicas.

## 2 MARCO TEÓRICO COMPLEXO

Nossa mente é governada pelos princípios da disjunção, da redução e da abstração; o que, sem dúvida permitiu, durante três séculos, imensos progressos no conhecimento científico. Contudo, essa divisão da realidade e dos problemas é mutiladora: o todo não é jamais a soma das partes; ele é alguma coisa mais, na medida em que produz qualidades que não existem nas partes separadas (MORIN, 2010, p. 193).

Para melhor compreender serão abordados nesse capítulo a Estomização e o Envelhecimento; A Complexidade e o Idoso Estomizado (Complexidade segundo Edgar Morin; Ser humano idoso estomizado complexo, Saúde complexa do idoso estomizado, Cuidado complexo ao idoso estomizado); Ações Ecosistêmicas e Gerontotecnologias direcionadas ao idoso estomizado complexo; e por fim, trago o modelo teórico da pesquisa.

### 2.1 A ESTOMIZAÇÃO E O ENVELHECIMENTO

Estoma, ostoma, estomia ou ostomia são palavras de origem grega que significam abertura ou boca, que indicam a exteriorização de uma víscera oca através do corpo. Sua denominação depende do local de onde provêm (SANTOS; CESARETTI, 2005).

Existem três tipos de ostomias: de respiração, de alimentação e de eliminação. Nesta pesquisa serão investigadas as estomias de eliminação, como as intestinais (colostomias – fezes sólidas e ileostomias – fezes líquidas) e urinária (urostomia). No entanto, há outros tipos de estomas, as de alimentação como jejunostomia e a gastrostomia. As de respiração são: traqueotomia (incisão feita na traquéia para introduzir uma cânula e é considerado um procedimento de menor complexidade e de caráter temporário); e traqueostomia (procedimento de maior complexidade, no qual é feita uma abertura cirúrgica na traquéia e criação de um ostoma, com sutura à pele, de caráter definitivo nas laringectomias totais) (SANTOS; CESARETTI, 2005).

Os estomas intestinais são feitos em alças com comprimento adequados, que facilitem sua exteriorização através da parede abdominal. Dessa maneira os segmentos mais apropriados para a confecção de um estoma intestinal são o íleo, o cólon transverso e o sigmóide. Quanto ao modo de exteriorização na parede abdominal, pode haver duas formas: *em alça* (duas bocas), há exteriorização de toda a alça e abertura apenas de sua parede anterior, ficando duas bocas unidas pela parede posterior; *terminal* (uma boca), nessa situação exterioriza-se a alça já seccionada com apenas uma boca (ROCHA, 2011).

A pessoa portadora de estomia que pode ser um idoso, e seu familiar cuidador passam a lidar diariamente com a estomia e seus acessórios. Ambos convivem com a necessidade de manipular diretamente as eliminações urinárias e intestinais. Essa convivência pode apresentar-se como desestruturante e os levar a um sentimento de diminuição da autoestima, requerendo apoio profissional para este enfrentamento (BARROS; SOUZA; GOMES, 2009).

Na presença da estomia, o idoso tende a apresentar maior grau de complicações e dificuldades no processo de adaptação, talvez porque a estomia envolva muitos significados que dizem respeito a autoimagem e ao aumento da dependência.

A pessoa idosa com estomia, permanente ou temporária, pode apresentar-se com muitas dúvidas quanto às condições de saúde e com seus medos internos que a tornam resistente às orientações. Ela acredita que, com suas fragilidades subentendidas pela idade, não é capaz de romper com este quadro de inconformidade e possibilitar uma nova forma de ser mais saudável, apesar da estomia (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

O processo de estomização para uma pessoa representa uma agressão à integridade, com severas repercussões em relação à imagem corporal e ao autoconceito. Pode ser uma situação produtora de desequilíbrios psíquicos por meio da ruptura da estrutura do eu. É necessária a adaptação a esta nova situação em busca da harmonia e da restauração das suas forças. A diminuição da autoestima faz com que alguns estomizados retraiam-se e busquem o isolamento como forma de autodefesa, provocando alterações de ordem física, psicológica, social e espiritual, além das alterações na imagem corporal dos estomizados. Essas situações implicam em cuidados específicos com a finalidade da sua reinserção social (GOMES; FARIAS; ZAPPAS, 2004).

Uma estomia pode ser um sério limitador da qualidade de vida. Os estomizados enfrentam dificuldades, tanto físicas quanto psicológicas. Há questões psicossociais envolvidas na dinâmica deles, como a perda da integridade corporal, a violação involuntária das regras de higiene e a perda da função reguladora do esfíncter anal (BECHARA et al, 2005).

O envelhecimento, como processo de vida, ocorre em nível individual e coletivo. A família é a fonte primária de suporte social, em que os cuidados oriundos de redes informais de apoio, constituídas por filhos, outros parentes e amigos, representam a mais importante fonte de atenção ao idoso. Pela efetiva participação da família garantem-se a preservação dos valores culturais e a valorização do domicílio como o principal *locus* de cuidados informais em saúde (SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007).

O idoso com estomia, frente às condições que lhe são oferecidas no cotidiano, necessita reelaborar a dieta, cuidar do estoma e, com isso, manter a autoestima e, principalmente, o autocuidado, revendo-se diante das incertezas. O enfermeiro e a equipe de enfermagem desempenham papel fundamental na orientação, na prática dos cuidados e na educação em saúde.

A estomia para o idoso é considerada uma forma de penalidade após toda uma vida, uma razão suficiente para se sentir angustiado e solitário. O idoso e a família envolvem-se por um processo de negação, revolta e sofrimento numa sequência antes não imaginada, como em uma imensidão recursiva.

Erdmann (1996) revela que a vida contém elementos que participam ou fazem o processo autoorganizador por meio de ordens e desordens, incertezas, probabilidades e certezas, interdependências por interações de relações múltiplas inesgotáveis. Para Morin et al (2006a), esse mecanismo de autodestruição é, ao mesmo tempo, a autocriação de onde emerge um novo ser, porém com a mesma identidade.

Cada ser humano idoso estomizado é único e traz consigo um histórico de experiências, valores e expectativas culturais diferentes. Morin (2002b), referindo-se à relação ser humano e tempo, afirma que o tempo muda o corpo e o espírito; a identidade do Eu, através das idades, impede a percepção das profundas descontinuidades que operam em cada um ao longo dos anos e das décadas. Com a multiplicidade sucessiva das idades, cada um, sem perceber, carrega, consigo, todas as idades.

Muitas vezes, a sociedade rejeita a ideia do envelhecer e de ficar doente, negando-se à maturidade desse processo e suas implicações, o que compõe a base para um pseudo-viver tranquilo sem o caráter do enfrentamento. Para que essa negação do envelhecer humano seja desmistificada e, com isso, a sociedade visualize o idoso estomizado como um ser capaz de aprender novas habilidades e de repassar seus conhecimentos, é necessário que o enfermeiro volte-se à prática do cuidado complexo e multifacetado.

O aumento da expectativa de vida pode ser melhor compreendida por Morin (2007), quando ressalta que as organizações estão cada vez mais complexas e mais integradas, emergentes de um fenômeno a ser compreendido, inerentes à vida que contém a própria aleatoriedade. Ressalta ainda o autor que a historicidade profunda da vida, da sociedade, do ser humano reside num vínculo indissociável entre o sistema de um lado e, de outro, a aleatoriedade.

## 2.2 A COMPLEXIDADE E O IDOSO ESTOMIZADO

A interface entre Complexidade e as questões acerca dos idosos portadores de estomia são retratadas por meio de alguns enfoques trazidos a seguir – Complexidade segundo Edgar Morin; conceitos (re)descobertos.

### 2.2.1 *A Complexidade segundo Edgar Morin*

A Complexidade tem como precursor Edgar Morin que a conceitua como uma epistemologia cujo pensamento não separa, une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Neste pensamento, são consideradas todas as influências recebidas, externas e internas, e ainda a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes (PETRAGLIA, 2001). Morin (2010), retrata que na religação dos saberes há a aspiração à totalidade, em que a consciência dos limites da mente humana são antídotos e antagônicos, é a via dialógica intrínseca ao espírito da complexidade.

O educador Edgar Morin nasceu na França, em 1921. Graduou-se em História, Geografia e Direito e a sua preferência pelas ciências humanas o fez desenvolver estudos em Sociologia, Cinema, Filosofia, Economia dentre outras. Elaborou a *Complexidade*, palavra que, em sua origem latina, significa abraçar. Suas pesquisas visam a produzir um conhecimento que não seja fragmentado, em que importa tanto o indivíduo quanto o planeta Terra como um todo, tornando-se um dos pensadores mais importantes do Século XX (GENTILE, 2006).

Morin compreende o ser humano como um ser complexo, capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, e é nessa relação de alteridade que ele encontra a auto-transcendência, superando-se, interferindo e modificando o seu meio num processo de autoecoorganização a partir da dimensão ética que reflete os valores, escolhas e percepções do mundo (PETRAGLIA, 2005).

Morin (2002a) entende que Complexidade é um desafio que reside na interação religação e incerteza. É preciso religar o que era considerado separado. Um todo possui partes que o integram, assim, é necessário aprender a fazer com que as certezas interajam com as incertezas. Essa condição solicita uma reforma do pensamento.

De acordo com Morin (2004a), a exigida reforma do pensamento vai gerar um pensamento do contexto e do complexo. Vai gerar um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. O pensamento que une substituirá a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrigirá a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas, e completará o conhecimento da integração do todo no interior das partes.

Não se pode entender a complexidade como complicação e imposição de dificuldades, imbricação de ações, interações, retroações, que fogem da possibilidade do exercício do pensar sobre as mesmas. Trata-se de algo mais profundo que emergiu várias vezes na história da filosofia. Quanto mais complexo for um sistema, maior será sua capacidade de operar com a desordem. O ser humano vem buscar o tratamento e os cuidados que requerem como insumos: pessoal, material e informações, num processo de produção caracterizado pela prestação de serviços em saúde, mas também em meio a essa demanda há a necessidade de reolhar a forma como o ser humano se percebe enquanto ser cuidado (ERDMANN, 1996).

O pensamento complexo é aquele que possibilita a compreensão das múltiplas dimensões da complexidade, uma visão de uma realidade multivariada e multidimensional de uma totalidade. No entanto, não garante a leitura fácil do real, mas é um caminho que se faz ao andar, como um desafio introjetado ao pensar à luz da teoria (MARTINAZZO; CHEROBINI, 2005).

A Complexidade é um espaço de abertura à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos, por meio de um olhar global modificado, de acordo com os conceitos introjetados e entendidos. A aproximação entre o ser humano, sociedade e meio ambiente torna-se um desafio mais compreensível, o que é uma das metas usadas pela educação em saúde para formular estratégias na busca da construção de ações mais efetivas. É uma nova forma de buscar as explicações às coisas que não conseguimos entender.

Compreende-se a Complexidade como uma maneira de entender o mundo, integrando as relações de coexistência entre os seres vivos e não vivos, conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza (PETRAGLIA, 2001). Educação que promove a emancipação, pois acredita em uma nova percepção do mundo e dos seres humanos como um todo, à luz de um questionamento de seu processo de viver.

*Complexus* é contextualizado como um tecido formado por diferentes fios que se transforma numa só coisa, que se entrelaça e forma a unidade da complexidade (MORIN, 2007). Assim, exemplificando, a humanidade é vista por meio da relação entre espécie, indivíduo e sociedade, ou seja, a sociedade é produzida pelas interações entre os indivíduos, mas a sociedade, com sua cultura e sua língua, produz o caráter humano, dessa forma, espécie, indivíduo e sociedade se entreproduzem (MORIN, 2010).

Aberto e em construção, o arcabouço teórico/método proposto por Edgar Morin se distancia de uma pragmática e expõe princípios organizadores do pensamento complexo. A forma sintética de anunciar a complexidade, tecida na obra de Morin, em que se constitui em desafios que a mente deve e pode ultrapassar, se desmembrando em um conjunto de argumentos que facilitam sua compreensão (ALMEIDA, 2004).

A Complexidade aborda sete princípios, que já venho trazendo implicitamente desde o começo do texto e são: o Sistêmico/organizacional; o Hologramático; o Retroativo; o Recursivo; a Autonomia/dependência; o Dialógico e a

Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento; que se constituem em conjunto ligado um ao outro, proporcionando uma visão integral e complexa do ser humano e do todo que o cerca.

O princípio Sistêmico ou organizacional retrata a ligação do conhecimento das partes ao conhecimento do todo. A organização do ser vivo produz qualidades desconhecidas no que se refere a seus constituintes, logo o todo é menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2004a). O observador não pode nunca conhecer o ponto exato de encontro entre o *real* e o *dever-ser*, a teoria e a prática, o positivo e o negativo, o controle de uma das coordenadas exclui o controle da outra (MORIN, 2004b).

O princípio Hologramático põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Cada célula é uma parte de um todo – o organismo global – mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente no ser humano, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2004a). Enriquece-se o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num movimento produtor de conhecimento (SANTOS, 2003).

O princípio Retroativo (auto-reguladores) é o que rompe com a determinação linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa, promovendo processos em circuitos, envolve tanto a percepção como o pensamento. Na forma negativa o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim estabilizar um sistema, por exemplo, o processo de “homeostasia” de um organismo vivo que é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações; enquanto que a positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador, por exemplo, a violência de um protagonista provoca uma reação violenta, que por sua vez, provoca uma reação mais violenta (MORIN, 2004a)

O princípio Recursivo ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e autoorganização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Os seres humanos produzem a sociedade nas interações, mas à medida que emerge, produz a humanidade desses seres, gerando-lhes a linguagem e a cultura (MORIN, 2004a).

O princípio da Autonomia/dependência (autoorganização) surge com a necessidade de retirar energia, informação e organização do ambiente, o que traduz

a autonomia a partir dessa dependência, culminando em um processo de autoecoorganização, que para os humanos desenvolvem a autonomia na dependência da cultura e a sociedade do meio geológico. Diante disso, as ideias de morte e vida são antagônicas e complementares quando o organismo mantém-se vivo a partir da morte diária e regeneração das células (MORIN, 2004a). A situação do ser humano, contradição entre a afirmação do ser humano e as limitações da espécie, da morte, da sociedade, provavelmente engendrou mitos necessários para viver (MORIN, 2004b).

O princípio Dialógico une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade, permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2004a). Para Santos (2003), objetiva a união das noções antagônicas e o que aparentemente deveria se manter separado, criando processos organizadores e complexos. Morin (2000) ressalta que sob as diferentes formas, a dialógica entre ordem, desordem e organização, por meio de inúmeras interretroações está a ação nos contextos físico, biológico e humano.

O princípio da Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma determinada cultura e época determinadas (MORIN, 2004a). É um caminho a ser feito em meio a uma religação deliberada e exigente da ciência e da consciência complexa. Convoca os seres humanos de maneira urgente ao exercício da inteligência, ou seja múltiplos encontros e diálogos em um circuito universal (MORIN, 2000). Repensar a existência cultural, o contexto humano e as fragmentações do ser em construção de seu conhecimento, é tentar multidimensionar o indimensionável, assim é o idoso estomizado com suas necessidades e possibilidades.

Visualizar o idoso estomizado de uma forma multifacetada e complexa é apreender o todo que o cerca, sendo essa a forma mais acertada de conhecimento biopsicossocial e cultural, em um modelo de saúde que traz ao centro das discussões o idoso estomizado com singularidade e incerteza, oferecendo-lhe a oportunidade de participar do autocuidado e, assim, motivando-o às ações mais efetivas em saúde. Ou seja, o conhecimento perpassa por compreender as necessidades do outro e reelaborar/tecer com ele a reforma do pensamento sobre o cuidado de si.

O cuidado de enfermagem ao idoso estomizado, como processo multifacetado, envolve fatores complexos e distintos, nos quais permeiam a sensibilidade no cuidado do outro como um ser humano dotado de emoções e limitações. Essa percepção constitui o fazer e cuidar complexo em enfermagem, por ser uma profissão essencialmente humana.

Morin (2004b) afirma que o contexto político de cada ser humano não é como o do pensamento que apaga e revoga suas hipóteses, cala seus sonhos e delírios. É o universo das rupturas e dos conflitos, das tensões entre as determinações. Não é apenas o mundo do ruído, mas do risco triplo, ou seja, material, ético e dialético<sup>4</sup>, enfim, da indeterminação ideológica.

A seguir teço considerações a partir de alguns conceitos (re) descobertos: *Ser humano idoso estomizado complexo, Saúde complexa do idoso estomizado e Cuidado de Enfermagem Complexo ao idoso estomizado.*

### 2.2.2 *Ser humano idoso estomizado complexo*

O idoso que se submete a uma cirurgia nas vias intestinais ou urinárias e torna-se estomizado, encontra-se inserido em um grupo que requer atenção e cuidados específicos. Ele passa, muitas vezes, a não se aceitar como estomizado e entende que não poderá participar ativamente das atividades sociais e, com isso, pode perceber-se inválido e dependente de outros.

Esse idoso portador de estomia é um ser humano singular, dinâmico e complexo ao olhar para si e para o mundo que o rodeia, sendo capaz de desenvolver atividades normalmente. A estomia representa um processo recursivo de sentimentos e percepções em que o ser humano idoso comporta um encadeamento de vivências, as quais permitem/não permitem a compreensão acerca do cuidado de si e do corpo envelhecido após a estomização. Ao longo da

---

<sup>4</sup> De acordo com Abbagnano (2007, p.321), a dialética deriva do diálogo, recebeu diferentes significados, com diversas inter-relações não redutíveis uns aos outros ou a um significado comum. Aborda quatro significados: 1) como método de divisão; 2) lógica do provável; 3) como lógica; e 4) como síntese dos opostos. Consiste em reconhecer nas situações que se apresenta qual dessas possibilidades é a apropriada em proceder de forma coerente. Os dois aspectos, de metodologia da totalidade e pensamento da concretude, permanecem como requisitos no sec. XX. Sob o ponto de vista estrutural não é admitido flexibilidade, circularidade e contradição; enquanto que o plano científico consiste em 'por as perspectivas em reciprocidade', na detecção dos 'círculos recursivos'.

vida pode experienciar diversas formas de entender as descobertas com relação ao corpo e as mudanças provocadas pela velhice em um circuito de aprendizagens.

Verifica-se uma situação complexa quando os seres humanos portadores de ostomias representam um segmento que pode ser classificado a partir da funcionalidade, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência no sistema excretor que produz limitações em várias esferas da vida, social e pessoal. Morin (2007) revela que o ser humano diante da vida passa por uma série de experiências em que o caos e a autoorganização entrelaçam-se. A ordem nasce da desordem. A desordem origina-se na ordem, e essas geram o irreconhecível, o imprevisível. Nenhuma síntese acabada é possível.

Da bactéria aos organismos multicelulares, dos vermes aos mamíferos, dos lêmures ao *homo sapiens*, há aumento de complexidade, e pode-se considerar que todo aumento das qualidades auto-organizadoras é um aumento da complexidade (MORIN, 2007). A humanidade evoluiu em todas as áreas, a partir de uma diversidade de conhecimentos que se articulam, e o ser humano foi adquirindo habilidades para desafiar novos processos de ensino-aprendizagem, logo formalizando novas descobertas, como autônomo e autoecoorganizador de sua prática.

Morin (2004a) afirma que a complexidade da noção do ser humano, apesar de sua fragilidade ou iminência da morte, persevera em prol dos ideais ou humanidade. Ele é transcendental, e para seu reconhecimento é exigida uma reorganização na concepção, associando noções antagônicas e formando uma noção complexa do ser humano.

Em relação ao processo de envelhecimento, Morin o correlaciona com situações de perdas, como a morte, direcionando a certo pessimismo (SANTOS, 2003). Muitas vezes, nos idosos estomizados este pessimismo se faz presente. Frente ao procedimento cirúrgico de amputação de partes do seu corpo, o idoso, já com limitações impostas pelo processo de envelhecimento, tende a apresentar sentimentos de baixa autoestima, desânimo diante da sensação de perda de parte do corpo, o que culmina em uma visão pessimista de si, sendo refletida entre os que o cercam.

Morin (2006b) reforça que viver é morrer e rejuvenescer incessantemente, vive-se da morte das células, como uma sociedade vive da morte dos seres

humanos, o que lhe permite rejuvenescer. Um processo recursivo em que se vive da morte e morre-se da vida.

O ser humano necessita de reconhecimento, de ser ouvido nas diversas situações, sejam momentos de alegrias ou de infortúnios. O idoso portador de estomia pode apresentar isolamento social e, principalmente, quando está sofrendo em decorrência das perdas, sejam as disfunções de parte de seu intestino ou aparelho urinário, seja pela morte de membros da família e/ou amigos, um processo inerente ao ser que envelhece e que necessita ser incluído de forma humana e ética.

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade precisa adaptar-se de modo a atender às necessidades de todos os membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. A inclusão social das pessoas portadoras de incapacidades/deficiências significa possibilitar-lhes uma nova forma de viver, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (BRASIL, 2008).

Santos (2005) reflete sobre o ser humano idoso como sendo dotado de complexidade, quando afirma que o cuidado direcionado a ele necessita de uma ação complexa, interdisciplinar, direcionando-se à transdisciplinaridade. Esse modo de visualizar contempla questões que recorrem à religação dos saberes, como meta a ser alcançada.

Para Morin (2004a), o ser humano é representado pelo pronome EU que realiza ações sob o domínio do pensamento, o que o torna concreto, por existir, mas se considerarmos este mesmo em um plano coletivo, ele ainda tende a fazer parte da cadeia múltipla e não ser visto como pontual. Nesse contexto, Morin discute que este EU é capaz de se auto-refletir conforme o modo de epistemologia intersubjetiva, levando em consideração um a um.

Falar da singularidade do organismo significa a referência à anatomia, fisiologia, e a estrutura molecular. Apesar de encerrar noções bastante próximas, é preciso distinguir individualidade de singularidade. Morin (2005) revela que as sociedades mais complexas comportam a própria religação, antagonismos, rivalidades, desordens; parte singular desse todo, abrange a iniciativa, a solidariedade e inteligência. Assim, os seres mais complexos, os humanos,

organizam a sua autonomia a partir da sua dependência sociocultural, a vida é a união da união e da separação, e a morte como separação irreversível entre átomo e molécula.

Refletir sobre o significado do cuidado de enfermagem ao idoso torna-se importante. A inter-relação entre a ação do cuidar, o cuidado e a gerontotecnologia, precisa ser entendida e fundamentada na percepção do ser humano que enxerga o idoso como pessoa com valores, crenças e experiências (BRUM et al, 2005).

O ser humano comporta, ao mesmo tempo, a consciência e a inconsciência da própria finitude. É um ser de esperança e de desespero (MORIN, 2002b).

Cuidar do idoso estomizado como ser complexo, com as limitações significa considerar a totalidade biopsicossocial e estimulá-lo ao autocuidado, a autodeterminação e a independência frente às escolhas que necessita realizar junto à sociedade e a família após a internação, cirurgia e alta. O ser humano idoso que porta uma estomia pode perceber uma dificuldade para o autocuidado na condição em que se encontra, visto que o ambiente que o rodeia apresenta-se estranho e distante do qual está acostumado.

A discussão fundamenta-se na reflexão de que para o ser humano idoso a estomia é considerada, muitas vezes, um empecilho no processo de envelhecimento, por medo ou desconhecimento. Cuidar do ser humano estomizado em seu ambiente demanda compreendê-lo, pois sua experiência vai se modificando ao longo do tempo. Com a tentativa de reforma do pensamento como idoso estomizado, dependendo da evolução da doença e das possibilidades de adaptação, a pessoa idosa pode desenvolver estratégias de enfrentamento, com as quais passa a entender a importância da estomia e do autocuidado nos ambientes de cuidado (domiciliar, grupal e hospitalar) de forma multidimensional.

O ambiente domiciliar, para o ser humano idoso portador de estomia, se caracteriza como um ponto de apoio por representar boa parte da própria vida, as conquistas e lembranças familiares. Quando submetido à estomização, um novo olhar é construído, novos pensamentos, medos, conflitos e ensaios de um enfrentamento, situações, em que o ambiente necessita ser reformulado e possa proporcionar-lhe sentimentos de satisfação e conforto durante o processo de adaptação à estomia.

A atenção ao idoso pode estar intimamente relacionada à presença do familiar ou alguém próximo, ou melhor, da pessoa que, no ambiente domiciliar,

realiza ou ajuda-o com a estomia, a realizar as atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação da autonomia e independência desta pessoa. Nesse ambiente, a família surge como sustentação, para a manutenção tanto física como social deste idoso (MAZZA; LEFÈVRE, 2005). A família pode procurar compreender as reações dos portadores de estomia, tais como: revolta, angústia, insegurança, entre outros, demonstrando apoiar o momento de dificuldade vivenciado (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Segundo Kim (1992), o ambiente é a parte essencial da existência humana. É definido como a entidade que existe externamente à pessoa ou à humanidade, concebida ou como um todo ou como contendo muitos elementos distintos. Todavia, os elementos do ambiente, em sua totalidade, representam um contexto dentro do qual se vive. O ambiente é considerado não somente para as situações de interação social, mas também para as situações de todos os tipos de vida humana.

O ambiente físico consiste em elementos bióticos e abióticos. O ambiente social refere-se aos seres humanos e grupos com os quais um ser humano interage e se comunica. Em contrapartida com as duas categorias de ambiente, físico e social, baseadas mais concretamente no mundo empírico e em formas concretas, há o ambiente simbólico que consiste de elementos conceituais como ideias, valores, crenças e conhecimento; e os normativos como regras, leis, expectativas e repressões; e elementos institucionais como posições na vida real, organizações, instituições, sociedade e cultura. Estes são os elementos que não têm formas físicas ou concretas e existem somente nas mentes das pessoas, ou seja, dependem do contexto pessoal e político em que cada ser humano está inserido (KIM, 1992).

Considerando o ambiente domiciliar do idoso portador de estomia, o cuidado integral e complexo pressupõe um olhar atencioso às diversas perspectivas que compõem um novo olhar acerca da estomização. A família, como é a primeira fonte prestadora de cuidados, conhece este familiar idoso, suas necessidades e é capaz de cuidá-lo de forma singular, afetiva e humanizada no ambiente domiciliar, promovendo a reestruturação deste local para recebê-lo (BARROS; SOUZA; GOMES, 2009).

Percebe-se a recursividade na relação ser humano idoso estomizado e o ambiente domiciliar. Para Morin (2006b) a ideia recursiva representa a ruptura com a linearidade causa/efeito, de produto/produtor, de estrutura/superestrutura, já que

tudo o que é produzido volta-se sobre o que se produz num ciclo, no qual ele mesmo é autoconstrutivo, autoorganizador e autoprodutor.

O ambiente grupal, representado pelos grupos de convivência, pode influenciar na forma como o idoso com estomia reformula o próprio autoconceito e processo de autocuidado. Esses grupos utilizam do compartilhamento de saberes. Essa estratégia contribui para que os iguais se compreendam, reelaborem novas maneiras de conhecer-se e conhecer o outro, facilitando o ajustamento a esse contexto desconhecido e incerto, como em uma religação subjetiva e hologramática.

Torna-se importante que a pessoa idosa estomizada participe de um trabalho de grupo de forma sistemática. Ela passa a vislumbrar um novo olhar acerca do processo saúde-doença, produzindo novas interpretações e promovendo meios de assegurar o bem-estar, por meio da identificação dos significados e/ou outras dificuldades em outros seres humanos estomizados (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

Um processo de identificação com o outro, comporta a projeção de cada ser humano no outro, destacando a intersubjetividade, como em um círculo, a partir das interações que os seres humanos produzem na sociedade. À medida que a sociedade emerge, produz a humanidade desses seres humanos, denotando a recursividade como movimento contínuo (MORIN, 2004a).

O ambiente grupal pode contribuir para minimizar a tendência do estomizado, em especial ao portador idoso, ao isolamento social, oportunizando novos conhecimentos, constituindo-se como rede de solidariedade a esses seres humanos, em um processo social e autônomo (SILVA; SHIMIZU, 2007).

A autonomia do ser humano dependente do ambiente é também dependente de sua ascendência genética e da sociedade em que se inscreve. Ele é unidual, totalmente biológico e cultural ao seu tempo, por isso a compreensão da autonomia ambiental levanta um problema de complexidade. Nesse contexto, o processo social é um círculo produtivo ininterrupto no qual, de algum modo, os produtos são necessários à produção daquilo que os produz (MORIN, 2007).

No ambiente grupal, a ênfase é dada aos portadores de estomias e aos familiares. Torna-se necessário planejar e oferecer um espaço físico propiciando programas específicos que atendam as famílias que passam por esta experiência. Esse ambiente grupal necessita ter profissionais capacitados para orientar e conversar com a família, para compartilhar as necessidades e receber apoio de

outras famílias e da equipe de saúde, respeitando cada unicidade (BARROS; SOUZA; GOMES, 2009).

O ambiente hospitalar, muitas vezes, representa, por meio da internação, um sentimento de angústia ou medo, porque para o ser humano idoso com estomia a fragilidade encontra-se na forma em como cuidar-se, principalmente, nas possíveis complicações decorrentes da estomia ou relacionadas a outro problema de saúde. Faz-se necessário que haja um olhar complexo e único acerca de como será realizado o cuidado desse idoso que procura o ambiente hospitalar ou outro, para tratamento por ser portador de estomia.

Para enfrentar o desconhecimento acerca da condição como idoso estomizado e do ambiente hospitalar que o recebe, em meio à presença de alguma complicação de saúde, é necessário que haja um cuidado integral, considerando os aspectos biológicos, psicossociais e espirituais, bem como uma rede de solidariedade por parte dos enfermeiros e dos outros profissionais que prestam o cuidado e a família.

O hospital é, para os seres humanos idosos, local estranho e ameaçador quando se submetem a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. No período de internação, muitas vezes, é necessário que permaneçam maior tempo em repouso e, em alguns casos, apresentam limitações de movimentos, levando à dependência e perda da autonomia (LEITE; GONÇALVES, 2009).

De acordo com Leite e Gonçalves (2009), no processo de cuidado a idosos, em especial os estomizados, emergem algumas dificuldades, como a adaptação dos internos ao novo ambiente, de afastamento da família e capacidade para entender as inúmeras terminologias e exigências para o qual não foi preparado. Para reconhecer o modo de ser do idoso, os profissionais da enfermagem, tendem a agir na tentativa de atender as expectativas, proporcionando-lhe atenção, carinho, espaço de escuta e colocando-se no lugar dele, ação que direciona à reforma do pensamento do modo de cuidar em Enfermagem/Saúde.

É necessário que haja a reforma do pensamento para que assim seja gerado um pensamento do contexto e do complexo. Um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. Esse une, substitui a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrige a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e

antagonistas; e completa o conhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2004a).

No cenário da Complexidade, as questões que cercam o ser humano e o processo de autoorganização frente aos desafios, são complexas. Abrange a evolução viva que não é linear, comporta ao mesmo tempo a sua parte da ordem e da desordem. A desordem apresenta-se a interface morte e regressão e nessa relação faz-se a noção hipercomplexa que se torna impossível reduzir à ordem (FORTIN, 2005). O idoso, como ser humano que abriga em si o significado de célula, organismo, espécie e sociedade quando se vê diante de uma estomia percebe-a como uma desordem, momento para reflexão e auto-organização.

### *2.2.3 Saúde complexa do idoso estomizado*

As pessoas em condições crônicas de saúde, como aquelas que portam uma estomização, necessitam de apoio que vai além das intervenções tradicionais, porque alguns destes seres humanos tem 60 anos e mais, encontram dificuldades em enfrentar algumas limitações ocasionadas pelo processo de envelhecer e também somados às demais perdas inerentes à velhice, principalmente, no que diz respeito a própria funcionalidade.

A portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), considera idoso o brasileiro com 60 anos e mais de idade (BRASIL, 2006a). A assistência de saúde pública para o cidadão brasileiro é uma garantia constitucional. O Decreto n.º 1.948 de 3 de julho de 1996 que regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu art. 9º, garante ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento elaborado em 2002, em Viena, preconizou mudanças das atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores no século XXI. Assim, os serviços de saúde necessitariam incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos disponíveis

que permitissem atender as necessidades especiais da população idosa (OMS, 2003).

No Brasil, o Estatuto do Idoso, em 2003, constitui um processo de construção de políticas públicas voltadas à pessoa idosa (BRASIL, MS, 2010). O Conselho Nacional do Idoso foi criado pela Política Nacional do Idoso em 1994, mas somente foi constituído em 2002, seguindo-se pelo Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, ou seja, 15 anos após a Constituição (GIACOMIN, 2011). No entanto, mostram-se progressos na área do envelhecimento.

O processo de envelhecimento é multifatorial, ou seja, compreende diferentes olhares como os implícitos ao próprio ser humano envelhecido e suas características, além da concepção elaborada pela sociedade. Depende da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular que resulta em sua aceleração ou desaceleração, diminuição da capacidade funcional e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático e mudanças do estilo de vida (CALDAS; PESTANA, 2009).

Funcionalidade no envelhecimento é vista como a capacidade do ser humano para adaptar-se aos problemas que podem surgir e ligados às dimensões física, mental, social ou outras. Este conceito envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do ambiente e à participação social, constituindo-se como fato crítico de avaliação à saúde e ao bem-estar dos idosos (LEBRÃO, 2003).

É necessário propiciar ao idoso, em especial o estomizado, novas formas de adaptação; mostrar-lhe sua importância dele como cidadão e que ele pode ser ativo e detentor de uma grande experiência de vida e que após a cirurgia não acaba, apenas recomeça uma nova, com outros desafios.

A saúde é vivida a partir da necessidade de reconhecimento dos potenciais que colaboram para a aproximação entre os seres humanos, as relações experienciadas numa harmonia de ordem e desordem que privilegia os vínculos ou envolvimento para a construção do viver melhor, do sobreviver, do ser; mesmo que em condições de maior vulnerabilidade. Esses potenciais contam com a aproximação de relações solidárias como possibilidade do *vir a ser* mais ético, mais humano, mais acolhedor, mais sintonizado com a vida nos múltiplos modos de ser e viver (ERDMANN; KOERICH; NITSCHKE, 2009).

A não-aceitação, por parte do idoso estomizado, da nova condição pode levar à negação dos problemas e a rejeição do tratamento. Muitas vezes, pelo constrangimento imposto pela situação vivenciada, ou possíveis complicações, resultando em um agravo que poderá se tornar irreversível. Cabe aos profissionais da saúde, em especial ao enfermeiro, esforçarem-se para que essas pessoas tenham a devida adesão ao tratamento e que essa visão distorcida seja transformada.

A presença da estomia na velhice requer que o idoso realize diversas lutas, o corpo que adocece ou projetos que poderão necessitar de reformulações, de maneira gradual, causar o adiamento dos planos para a própria vida ou até a ruptura com o ambiente o qual está inserido, através das mudanças percebidas no corpo. O uso da bolsa provoca uma ressignificação da relação do ser humano idoso com o corpo, exigindo um novo tipo de cuidado bem como adequação às novas sensações proporcionadas pela mesma (MARTINS; ALMEIDA; MODENA, 2011).

A reabilitação, frente a esta situação, se daria quando o idoso estomizado perceber que não está sozinho, podendo aceitar/não aceitar sua condição. Fortin (2005) revela que na ótica da Complexidade, uma organização viva, como o ser humano. Comporta-se em constante processo de ordem e desordem, em que reprime a desordem, reprimindo a doença; e a tolera mediante a proliferação das células que podem se tornar mortais; integra-a a partir da regeneração e revitalização.

Para melhor compreender o idoso estomizado é necessário desenvolver habilidades que estimulem as mudanças de atitudes e a reinserção no meio familiar e social, ou seja, que o enfermeiro, como agente de transformação, junto ao familiar, mostre-se disposto a fortalecer a rede social do idoso por meio da educação em saúde.

Morin (1999) afirma que o conhecimento deve mobilizar uma cultura diversificada e a atitude geral do espírito humano para propor e resolver problemas e situar toda a informação no contexto. É oportuno enfatizar a necessidade do olhar singular, humanizado frente aos desafios imputados pela presença de uma nova situação – a estomia, por meio do ensino do autocuidado, do olhar singular, não biologicista por parte dos profissionais de saúde, e da compreensão da família acerca das limitações do idoso estomizado, que se depara com uma nova expressão de seu corpo. Torna-se necessário o direcionamento de um cuidado de enfermagem

complexo a este ser humano, envolvendo-o, assim como sua família e comunidade, isto é, o ambiente que o cerca.

O idoso estomizado apresenta uma saúde complexa, tendo em vista algumas limitações surgidas. Possibilitar educação em saúde, fomentar a reflexão individual e compreender a situação, além do olhar sobre o próprio processo de envelhecer torna-se uma proposta de oportunidade para o enfrentamento, com maior facilidade, às imposições da sociedade e as negações internas, como uma forma de resolutividade.

A saúde é complexa, envolvendo múltiplas dimensões, múltiplos olhares, múltiplos fazeres e saberes. Esta análise exige pensar de forma integral, uma qualidade do que é complexo, ou seja, tecido junto. Direciona para a atuação interdisciplinar, para novos caminhos e novas possibilidades de ação em uma prática profissional reflexiva, ética e humanizada (ERDMANN; KOERICH; NITSCHKE, 2009).

#### *2.2.4 Cuidado complexo ao idoso estomizado*

É relevante a preocupação com o declínio fisiológico e outros que os seres humanos tendem a apresentar no processo de envelhecimento. As queixas subjetivas que referem a respeito de si com relação ao meio social são reais e necessitam ser acolhidas dentro da compreensão dos profissionais da saúde e enfermeiros, envolvidos na prática do cuidar, com vistas a um acompanhamento contínuo e mais adequado às necessidades identificadas.

Baggio, Erdmann e Dal Sasso (2010) descrevem que o cuidado complexo em enfermagem/saúde e ações práticas podem ser facilitadas, todavia não poderá ser substituída a relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos. A capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressa na relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres, visando, assim, atender as necessidades de cuidados de saúde do ser humano.

Tendo em vista o processo de adaptação que o organismo do idoso sofre frente às mudanças decorrentes do envelhecimento e da estomização, torna-se

necessário re-direcionar as estratégias de cuidado de enfermagem, pois o idoso passa por alterações importantes referentes à representação do seu corpo já envelhecido e, agora, modificado.

Muitas vezes, o idoso estomizado apresenta dificuldades no manuseio dos equipamentos de cuidado com o estoma, seja por *déficit* motor, receio ou por compreender a estomização como uma etapa complicada e/ou complexa na vida. Em decorrência da condição de estomizado, de ser que envelhece, necessita de um familiar ou cuidador para auxiliá-lo no cuidado e/ou na manutenção da autonomia.

Silva e Shimizu (2006, p. 487) descrevem a realidade vivenciada pelo estomizado e suas limitações:

a estomia e o equipamento coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas estomizadas, mudança essa que requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A pessoa passa a ter de cuidar diariamente da estomia e dos acessórios. É, também, o momento que a pessoa passa a tomar consciência das limitações causadas pela estomia em suas atividades da vida diária.

A reabilitação do estomizado visa a restituir-lhe as atividades de convívio social diante do impacto da aquisição do estoma. Este momento se caracteriza por uma primeira etapa, na qual transcorre a aceitação do estoma pelo idoso e, com isso, ele necessita entender que o estoma surgiu com o intuito de preservar sua vida (BECHARA et al, 2005), sem o estoma outra opção poderia ser a morte.

Compreender as limitações do idoso que apresenta uma estomia é possibilitar reintegração social, permitindo-lhe reolhar a si como ser humano em construção, com vistas à possibilidade de aceitação da nova imagem corporal e entendimento da nova situação. Esse é o desafio enfrentado pelo enfermeiro que propõe um cuidado baseado nas especificidades apresentadas por esse ser humano idoso.

O profissional necessita estabelecer estratégias do cuidado de enfermagem, como o grupo de apoio, que serve como interface para a percepção deste idoso aos aspectos positivos do tratamento e da importância do enfrentamento para o autocuidado. Esta relação transcende ao profissional que o cuida, pois intervém no cuidar - no agir humano, como proposta de mudança que relaciona as partes ao todo e o todo às partes.

Morin (2010) convida ao desafio da complexidade quando traz uma ressignificação acerca do todo e das partes associadas ao sistema humano de forma complementar e antagônica. O cuidado humano comporta um processo sistêmico, constitui-se pelos componentes: ordem, desordem, organização e interações em meio à inseparabilidade e à recursividade, bem como, contém a noção de ser humano reservada no núcleo da individualidade biológica.

A reforma do pensamento dá-se quando o enfermeiro e os outros profissionais de enfermagem, ao prestar os cuidados, ou ao estabelecer um diálogo com o idoso portador de estomia, percebem que ele sente medo de perder a autonomia e independência. Isso ao deparar-se com a saída involuntária de material orgânico para o meio externo, podendo gerar uma sensação de impotência, tristeza e depressão.

Um importante elemento a ser incluído no cuidado ao idoso estomizado é o familiar ou outra pessoa que acompanha e compartilha toda a evolução, conflitos e angústias pertinentes do idoso portador de estomia. Nesse momento o apoio da família/amigos se faz de suma importância frente ao processo de adaptação ao estoma e à nova vida, com uma concepção renovada de si e dos que o rodeiam, auxiliando o caminhar da equipe de enfermagem no cuidado específico a este idoso.

A família é uma unidade de cuidado, cuja capacidade para cuidar dos integrantes pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar. A presença desta família/amigos no cuidado compreende as ações, interações e interpretações por meio das quais demonstra solidariedade (GOMES; FARIAS; ZAPPAS, 2004). Também para a equipe de enfermagem o cuidado apresenta-se específico.

Emergem questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com estomia, levando em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento e a necessidade do cuidado multidimensional. Relacionar as ações educativas de enfermagem com o idoso estomizado e a família/sociedade torna-se significativo, ao considerarmos as influências dos valores negativos ou positivos que são atribuídos ao grupo idoso.

Brum et al (2005, p. 1020), ressaltam que o cuidar do idoso envolve um agir, quando afirmam que:

a atitude do enfermeiro é integrada por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar - no agir humano. Assim o enfermeiro age como um instrumento de ação no cuidar do idoso, estabelecendo uma relação social e como tal, assumindo seu compromisso ético e profissional.

O propósito da ação do cuidar de um idoso estomizado necessita estar desvinculado da idade e da expectativa de recuperação desta pessoa, devendo atender às necessidades físicas e não-físicas e englobando ambiente-idoso-família-profissional, influenciado por seus valores, crenças e experiências vividas na trajetória de vida. É preciso um conjunto de trabalhadores para atender às necessidades de uma pessoa idosa, pois um profissional, oriundo de uma única disciplina, não dará conta desse atendimento, que deve ser integral e complexo, fundamentado na percepção do ser humano, o idoso, com valores, crenças e experiências.

Um pensamento que liga e enfrenta a incerteza, que une, substitui a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrige a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas; e completa o conhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2004a).

Frente à ideia do cuidar/cuidado hologramático<sup>5</sup>, a sensibilidade aliada à competência científica tende a proporcionar ao idoso estomizado uma recuperação mais rápida e menos traumática, pois apoiá-lo é um ato importante, já que o cuidar vai além do recuperar a saúde, transcende a sensibilidade, elemento vital na formação de todos os profissionais de enfermagem.

Na prática cuidativa tendo como base a Complexidade,

(...) espera-se que o profissional não atue de modo unidirecional, mas como uma proposta compartilhada entre quem está prestando assistência, paciente e família, para juntos construírem programas de intervenção que promovam a saúde e bem-estar de todos; para que a pessoa (...) tenha o apoio necessário de forma que se sinta incluída na comunidade a que pertence (RIBAS; TERRA; ERDMANN, 2005, p.141).

---

<sup>5</sup> Compreende-se que o ato de cuidar e o ato do cuidado são parte e todo de um processo complexo que integra o olhar acerca do idoso estomizado, suas necessidades e especificidades.

Resgatar a necessidade do autocuidado do idoso estomizado torna-se fundamental para que o cuidado tenha a sua participação e mobilização diária, no controle e no poder decisório dos procedimentos. O enfermeiro, como agente promotor da atenção em saúde, pode desencadear o processo de empoderamento desse ser humano para o autocuidado.

O idoso que porta uma estomia tende a recusar sua condição de saúde e doença e muitas vezes de rejeitar o tratamento, o que pode resultar no agravamento da deficiência. O enfermeiro necessita estar preparado para reconhecer estas dificuldades e elaborar um cuidado voltado às necessidades manifestadas pelo idoso, bem como as limitações inerentes à idade, estimulando continuamente ao autocuidado, entendendo a importância de que há outro idoso estomizado vivenciando as mesmas situações.

Erdmann (1996) ressalta que a ideia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado como conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida. Neste sistema de cuidado, a noção de autocuidado é reforçada pela necessidade do outro.

O ser humano idoso com estomia necessita de um cuidado sustentável que promova um olhar completo das limitações, bem como da família que convive com as transformações impostas por essa nova condição do idoso. Santos (2002) complementa que cuidar é um ato de sustentabilidade de vida para o ser humano e seus descendentes. Neste enfoque, como profissionais da saúde e enfermeiro necessitamos direcionar nossas práticas à manutenção da qualidade de vida e a garantia por período prolongado, estimulando o que é saudável e educando para um viver sustentável.

O cuidar envolve um agir, uma atitude dos profissionais de enfermagem inter-relacionada por duas formações: pessoal e profissional, quando esse trabalhador entende os valores inerentes à prática do cuidado ao ser humano idoso estomizado. Esses valores remetem à compreensão do processo singular desta etapa da vida marcada por transformações que afetam não somente a ele como a família, delineando características próprias no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem. Assim, essa relação tende a uma situação complexa.

Os enfermeiros necessitam estar preparados para se adequar aos novos desafios da profissão, ou seja, buscar a instrumentalização para o cuidado da pessoa idosa estomizada e de sua família. Contemplar a multidimensionalidade e capacidade de autocuidar-se, preservando a autonomia da pessoa idosa e consolidando um fazer de enfermagem ético. Contribuir para que o idoso estomizado, como ser complexo, pelas suas experiências, se autoorganize emocional e fisicamente. Morin (2007) insere o conceito de autoorganização, como uma aptidão morfogenética, ou seja, capacidade de criar formas e estruturas novas, aumentando a complexidade e constituindo o desenvolvimento de si.

A Enfermagem, profissão parte do grande sistema social, em sua abrangência, reforma o pensamento, quando considera o idoso como um ser singular, avaliando as particularidades com relação à visão global de um cuidado sistematizado. Morin (2004a) destaca a necessidade de um pensamento único que substitua a causalidade linear e unidirecional, por uma causalidade em círculo e multirreferencial, dialógico, que seja ao mesmo tempo complementar e antagônico, pelo conhecimento da integração do todo no interior de suas partes.

### 2.3 AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLÓGICAS DIRECIONADAS AO IDOSO ESTOMIZADO COMPLEXO

Emergem questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com estomia, levando-se em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento e a necessidade do cuidado multidimensional direcionado ao ser humano idoso estomizado. As gerontotecnologias educativas como a cartilha, os folders, a consulta de enfermagem e a articulação no grupo, podem servir como estratégias para facilitar a acessibilidade do idoso aos serviços de saúde, desvelando uma resposta aos desafios relacionados à velhice e à estomia de forma ética, solidária e complexa em seu ambiente ecossistêmico.

Ao resgatar o conceito de ecossistema como determinante do processo gerontotecnológico do cuidado, Frontier (2001) coloca o ecossistema como um sistema de interações entre as populações de diferentes espécies que vivem num mesmo sítio e entre elas populações e meio físico; ainda que estruturados no

espaço e no tempo. Os ecossistemas são difíceis de ser delimitados, portanto, apresentam-se como um conjunto de interações que se realizam numa determinada área.

A noção de ambiente é igualmente hierárquica. O ambiente de um determinado sistema é o conjunto dos sistemas que lhe são exteriores, com os quais ele interage, seja familiar, profissional, econômico e social. Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade em geral, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis entre os seres humanos. Consideram-se, os possíveis distanciamentos aos diferentes sentidos e expressões produzidas por esses seres humanos. É a espacialização da autoorganização, um conteúdo que se expressa de inúmeras formas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade (CEZAR-VAZ et al, 2007).

Há evidências da incessante busca por um ambiente saudável, impulsionada pelas insatisfações com as condições de vida oferecidas pelo processo civilizatório, e que motivam o ser humano a estabelecer vínculos e desenvolver conceitos - arraigados em valores individuais, culturais e históricos - estabelecendo íntima relação entre o ser e o ambiente e os processos tecnológicos. Sendo este ser complexo, dotado de múltiplas peculiaridades e necessidades, dentre elas, a necessidade de ser cuidado (LESSMANN et al, 2006).

O cuidado pode ser tudo que se agrega sob a forma de ações, que colaboram para gerar, organizar ou (re) estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida para o ser humano (MARTINES; MACHADO, 2010).

A relação do ser humano com o ambiente não pode ser concebida de forma reducionista, nem de forma disjuntiva. Ele emerge e distingue-se pela cultura, pensamento e consciência, o que pode interferir na concepção de tecnologia do cuidado. É necessário um resgate acerca do ser humano em cuja condição permeia características biológicas e ao mesmo tempo culturais, como nascimento ou morte, comer, beber, entre outros que estão estritamente ligadas a normas, proibições, valores, mitos e ritos, portanto ligado ao cérebro, como em um holograma (MORIN, 2004a). Constitui-se de forma hologramática, esse reolhar complexo e multidimensional que afeta o ambiente do idoso após a estomia.

A pessoa com deficiência deve receber atenção igual a qualquer cidadão, além de ter direito aos diagnósticos específicos, aos serviços de reabilitação, a aquisição gratuita de órteses e próteses, como uma tecnologia do cuidado, por intermédio das unidades de saúde credenciadas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008b). Para que o autocuidado do ser humano idoso estomizado seja efetivo, é necessário que haja garantia sociopolítica do recebimento de materiais que ele necessitará, a acessibilidade para que a atenção integral seja cumprida. Recursivamente o enfermeiro caracterize-se como o agente promotor e educador, enfim, multifacetado.

O portador de uma necessidade especial, como é o caso do estomizado, em especial o idoso, pode se ver limitado no exercício da sua autonomia frente à vida cotidiana pela pouca oferta dos dispositivos de estomias pelo sistema de saúde, o que o leva a pressionar constantemente o serviço e os enfermeiros envolvidos no seu cuidado para resolver suas necessidades e tornar acessível as tecnologias que auxiliam no cuidado (BELLATO; PEREIRA; MARUYAMA et al, 2006).

A concepção de tecnologia inclui os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Elas podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes e conhecimentos, sistematizados e com controle de cada passo do processo (KOERICH et al, 2006).

A tecnologia, como um foco de investigação filosófica, descreve o fenômeno do cuidado em saúde e melhora a compreensão do modo como são manifestadas as ideias, valores, política, história, meio ambiente, ações e culturas. O avanço da filosofia da tecnologia e de enfermagem trará uma contribuição para a investigação na experiência da tecnologia, as necessidades da humanidade e do desenvolvimento dos cuidados de saúde adequados (BARNARD, 2002).

Os enfermeiros vêm trabalhando de forma criativa frente às diversas carências que encontram no exercício do seu trabalho cotidiano interagindo diretamente com as pessoas portadores de estomias, inclusive na confecção de dispositivos que são onerosos e nem sempre disponíveis na quantidade necessária aos mesmos (BELLATO; PEREIRA; MARUYAMA et al, 2006).

Produzir gerontotecnologias que deem conta do cuidado ao idoso estomizado perpassa por um olhar recursivo e circular. De acordo com Erdmann, Koerich e Nitschke (2009), envolver-se em saúde é ocupar os espaços da saúde

privada e pública, incluídas no Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como os domicílios e as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) que abrigam idosos, em especial os que são portadores de estomia.

O Serviço de Estomaterapia do HU/FURG além da distribuição dos materiais que os estomizados utilizam no cuidado da estomia, há as consultas de enfermagem que se constituem na avaliação do ser humano estomizado e suas especificidades. Considera-se a admissão, cadastramento e realização dos cuidados, perpassando pela inserção do estomizado junto ao Serviço e socialização com vistas à identificação e aceitação/adaptação ao estoma.

Esse serviço proporciona ainda reuniões mensais caracterizadas por meio do grupo, no qual trocam experiências, aperfeiçoam a maneira como é cuidada a estomia e elaboram estratégias significativas para o enfrentamento, bem como percepções acerca de si e do outro, como forma de identificação e de não estarem só. Munari et al (2008) referem que o grupo é um espaço aberto para o debate, reside no apoio mútuo e compartilhamento de experiências entre pessoas que vivem situações semelhantes, é suporte que visa melhorar a autoestima e a autoconfiança, constitui-se em estratégia apropriada para os enfermeiros porque favorece a manifestação de sentimentos, a compreensão e a aceitação da doença.

É possível alicerçar um cuidado por meio da gerontotecnologia constituído pela integralidade/complementaridade das ações; compreensão de um viver saudável característico/possível de cada comunidade e de cada individualidade e humanização dos serviços. É também acolher e interrelacionar-se; atentar para a pessoa como ser humano do cuidado; com isso, permitir/promover a regeneração das subjetividades que permeiam o vazio deixado pela descrença/desesperança, após a estomia e o processo de envelhecimento (ERDMANN; KOERICH; NITSCHKE, 2009).

Após a inserção do ser humano idoso estomizado em um grupo de ajuda mútua, torna-se parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão (BRASIL, 2008b).

O ser humano dispõe de meios técnicos, materiais e político-culturais para realizar a utopia: construir um mundo sem conflitos e desigualdades. Logo, é necessário um despertar para uma consciência ética e política que desvele um sentido de unidade humana. Viver melhor requer que o desenvolvimento não seja

finalidade-término, mas finalidade-meio, que a democracia alimente a diversidade dos interesses dos grupos sociais assim como das ideias (MARTINAZZO, 2004).

Há a necessidade de tornar mais acessível aos estomizados, em especial, aos idosos, gerontotecnologias que visam o cuidado da estomia e a possibilidade da autonomia, como alguns equipamentos entre eles, bolsa coletora, líquidos limpadores, carvão ativado e outros que fazem parte dos materiais distribuídos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Órteses e próteses, como gerontotecnologias do cuidado, ajudam o idoso estomizado a evitar as complicações relacionadas à estomização e promovem qualidade de vida, que se inserem como função do enfermeiro.

Os enfermeiros são agentes importantes frente aos papéis e responsabilidades relacionadas com a aplicação e interpretação da tecnologia de saúde, bem como no constante diálogo e propostas humanizadas e éticas que visem a aplicabilidade da tecnologia do cuidado. A tecnologia constitui-se de conhecimentos e habilidades associadas com o uso e aplicação dos recursos e objetos que os enfermeiros usam para avaliar e realizar o cuidado. A tecnologia contemporânea se manifesta cada vez mais dentro de um sistema tecnológico/técnica em que a política, as organizações e os seres humanos se reúnem com o objetivo principal de maximizar as relações de autoorganização (BARNARD, 2002).

Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é fundamental que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais, com banheiro adequado à pessoa com deficiência, ostomia, (BRASIL, 2007). Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou gerontotecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida.

As gerontotecnologias que envolvem equipamentos ou instrumentais são importantes para que o ser humano idoso estomizado possa manter a autonomia, ser construtor da prática e compreender que o autocuidado é a forma de traduzir a capacidade de vivenciar novos desafios a partir da reelaboração de si. Logo, é a inter-relação entre a ação do cuidar, o cuidado e a gerontotecnologia, direcionando a um diálogo complexo.

A palavra gerontotecnologia surgiu da junção de gerontologia<sup>6</sup> + tecnologia. A gerontotecnologia objetiva o estudo da tecnologia e do envelhecimento como forma de melhorar as atividades do dia a dia das pessoas idosas, promovendo saúde, participação social e uma vida autônoma até idades avançadas.

A Tecnologia inclui vários ramos científicos, nomeadamente: física, química, mecânica, eletrônica, engenharia e informação e comunicação, entre outros. Para que sejam efetivamente úteis e acessíveis, é necessária a integração das potencialidades tecnológicas, com as especificidades ditadas pela Gerontologia, Geriatria e Ciências Sociais, em geral. A gerontotecnologia surge da interface multidisciplinar e interdisciplinar de vários ramos da ciência, dirigida a um único público alvo: os idosos. Pode contribuir para um envelhecimento bem sucedido, porque, bem utilizada pode, conforme Harrington e Harrington (2000):

- ✓ Contribuir para a prevenção de doenças diretamente ligadas ao envelhecimento, nomeadamente na perda de força, resistência e outras capacidades físicas e mentais.
- ✓ Ajudar os idosos na procura e concretização de novos papéis sociais e realizações pessoais, ao nível do emprego, lazer e dia a dia.
- ✓ Compensar o declínio das capacidades que se vão perdendo com a idade.
- ✓ Ser uma importante ajuda, no apoio técnico para os cuidadores das pessoas mais idosas.
- ✓ Contribuir para a pesquisa na área do envelhecimento.

Em muitos estudos, o ambiente tecnológico e as opções tecnológicas dos idosos, ainda não são consideradas como fatores relevantes. O processo de produção e de consumo das tecnologias é um processo social. Está condicionado pela estrutura social envolvente.

Quase sempre, este processo é condicionado por necessidades económicas, culturais, sociais e políticas. A tecnologia avança com ritmos variados, segundo o tempo e o local onde é praticada. Apesar de, em termos políticos, seja proclamada a universalidade no acesso e utilização das tecnologias, na prática a

---

<sup>6</sup> A gerontologia é o estudo científico do processo de envelhecimento e dos problemas especiais relacionados ao envelhecimento. Aborda todos os aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos da velhice. Não é a idade cronológica que tem importância, mas a idade em que certas mudanças começam a aparecer, o processo que ocasionou essas mudanças teve início anteriormente (HARRINGTON; HARRINGTON, 2000).

sua utilização está condicionada, por fatores econômicos, educação e idade do ser humano (HARRIGTON; HARRIGTON, 2000).

Quanto à questão da gerontotecnologia associada à dimensão humana do cuidado, as discussões levaram a algumas divergências, quais sejam: enquanto para alguns pode ultrapassar a dimensão humana, para outros, há uma interligação com a evolução humana. A característica da gerontotecnologia em enfermagem é peculiar, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao ser humano (KOERICH et al, 2006), além de facilitar-lhe a acessibilidade ao cuidado integral.

Um diálogo complexo com o ser humano idoso estomizado baseia-se na compreensão das necessidades, experiências e desafios deste frente a essa nova etapa de vida que é ver-se envelhecido e portador de deficiência. Não basta educá-lo para cuidar da estomia, reinseri-lo na sociedade após a estomização, considerando suas possibilidades de contribuir a partir de seus relatos e de sua condição humana.

O processo de aprendizagem ou desmistificação dos saberes segue duas vias: uma interna, que passa pelo exame de si, a autoanálise e autocrítica perpassando toda uma trajetória já introjetada, dependendo menos das informações do que da forma em que está estruturado o modo de pensar; outra, externa, baseada na introdução ao conhecimento de acordo com a cultura em que o ser humano está inserido (MORIN, 2004a).

No contexto do cuidado em que é implicado educar o ser humano para emancipar-se, deixa este de ser tutelado pelo profissional, pois desenvolveu sua autoestima e autonomia de modo a exercer o controle de sua própria vida. O autocuidado, ainda que com as limitações impostas pela doença, possibilita ao ser humano a esperança de romper com a dependência e vivenciar novos desafios (BELLATO et al, 2006).

Morin (2007b) enfatiza que o ser humano para manter a autonomia, como uma organização, necessita estar aberto ao ecossistema do qual se nutre e implica em processos de transformação. Não há possibilidade de autonomia sem dependência, advinda da informação cultural, vivências e da educação ao longo da vida, as quais permitem a construção de uma organização viva autônoma.

Há a necessidade de perceber a educação para a saúde, como gerontotecnologia direcionada a autonomia dos idosos estomizados, com vistas ao autocuidado, melhorando a autoestima, promovendo acessibilidade e os reinserindo socialmente. É importante vislumbrar as múltiplas dimensões que evidenciam a efetivação e ampliação dos direitos a saúde dos seres humanos idosos estomizados, na perspectiva de que cuidar em saúde e em enfermagem também é um ato sóciopolítico. Eles podem ser protagonistas no processo de construção da sua cidadania.

Morin (2008) afirma que o conhecimento objetivo necessita do ser humano, da interação subjetiva e também de projeções das estruturas mentais dele. É tradução e reconstrução do mundo exterior e permite um ponto de vista crítico sobre o próprio conhecimento, em um processo recursivo e dialógico. Sem a integração, é mutilado, pois há a necessidade de um reolhar de si mesmo, o autoexame e a possibilidade de fazer sua autocrítica.

O enfermeiro necessita reconhecer o impacto da presença da estomia na pessoa idosa, e oferecer-lhe algumas gerontotecnologias educativas de cuidados como: realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa coletora, por meio de cartilhas ou manuais; cuidado com a estomia e com a alimentação adequada, além de encaminhamento e estímulo para a participação de um grupo de apoio, que possa ajudar os estomizados a conviverem com esta nova situação, que passa a integrar o todo que compõe o processo de viver da pessoa idosa (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

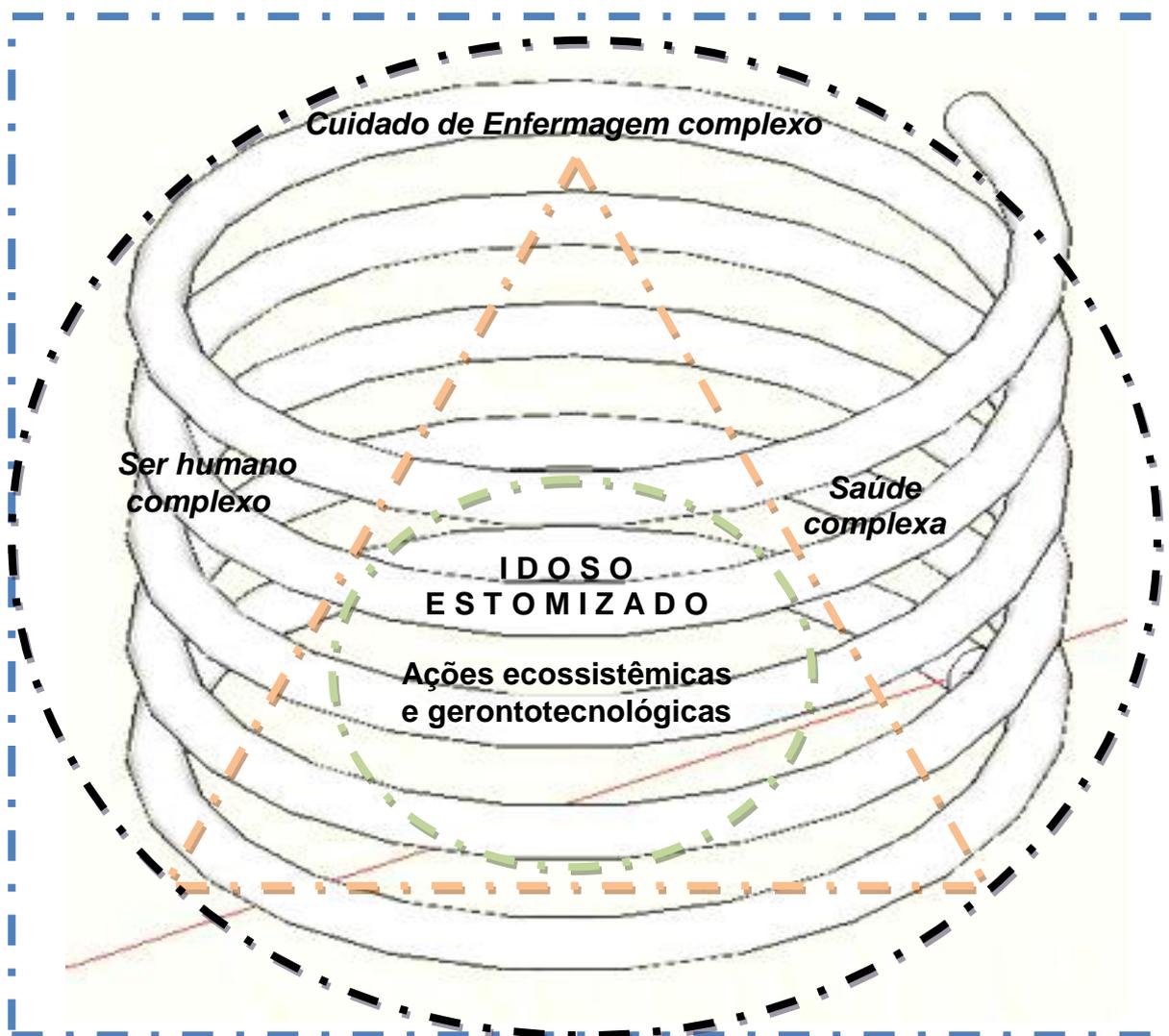
A educação deve contribuir para a autoformação da pessoa, ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver, e ensinar como se tornar um cidadão. Um cidadão é definido, em uma democracia, por sua solidariedade e responsabilidade em relação à sua sociedade. O que supõe o enraizamento da própria identidade por meio de processos culturais e tecnológicos (MORIN, 2004a).

As gerontotecnologias educativas implicam num empreendimento alicerçado sobre a necessidade, vista como um problema a ser resolvido; sobre o conhecimento, por meio de cartilhas, mídias e outros. Um saber que orienta uma nova alternativa para resolver esse problema e, ainda, sobre a criatividade, que é a capacidade de encontrar alternativas para cuidar e educar o ser humano para o enfrentamento das incertezas, conforme Koerich et al (2006), frente ao desafio da estomia na velhice.

É possível ter como contribuição social um novo olhar acerca do redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso estomizado, a partir das gerontotecnologias. As políticas sociais precisam favorecer as discussões acerca da acessibilidade, as quais abrigam um olhar complexo, uma diversidade de experiências e vincula múltiplos conceitos e significados da relação entre as tecnologias e o autocuidado.

Na ciência em construção – Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/cuidado podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso estomizado e as tecnologias de cuidado no contexto da acessibilidade sob o olhar complexo. Assim, poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza acerca da condição humana.

## 2.4 MODELO TEÓRICO DA PESQUISA



**Figura 1-** Modelo Teórico da Pesquisa

Este modelo teórico demonstra o cuidado complexo voltado ao idoso estomizado, no qual é representado o caminho que foi percorrido durante esta pesquisa. Traz primeiramente as reflexões temáticas ligadas ao ser humano complexo, saúde complexa e, por fim, culmina em um cuidado de enfermagem complexo, pautado no idoso estomizado e ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas, como centro do circuito recursivo. Essa relação demonstra a interatividade e a complexidade desse ser humano, necessitando um olhar ampliado e ações que direcionem para não fragmentação, ordem/desordem deste sistema multidimensional – o idoso portador de estomia.

### 3 CAMINHO DA PESQUISA

A finalidade do método, na complexidade, é ajudar o pesquisador a pensar por si mesmo para responder ao desafio da complexidade do problema (SANTOS 2006, p.230).

O método é obra de um ser inteligente que ensaia estratégias para responder às incertezas. (...). Não parte de crenças seguras de si mesmas, aprendidas e encarnadas, como demônios que se alimentam de nossa sede de certezas e da ambição de conhecimentos absolutos. (...). É uma viagem que não se inicia com um método; inicia-se com a busca do método (MORIN, 2007b, p. 29).

#### 3.1 TIPO DA PESQUISA

Estudo de caso, embasando-se na Complexidade de Edgar Morin como forma de aplicar/compreender alguns elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF), que atenderam as necessidades do idoso estomizado.

Foi utilizado o estudo de caso múltiplo. Torna-se necessário que o estudo de caso múltiplo obedeça a uma lógica de replicação, que exige o cômputo operacional do universo ou do grupo inteiro de respondentes em potencial e a seleção do subconjunto específico de respondentes que vão participar do levantamento, considerando seu contexto (MARTINS, 2008; YIN, 2010).

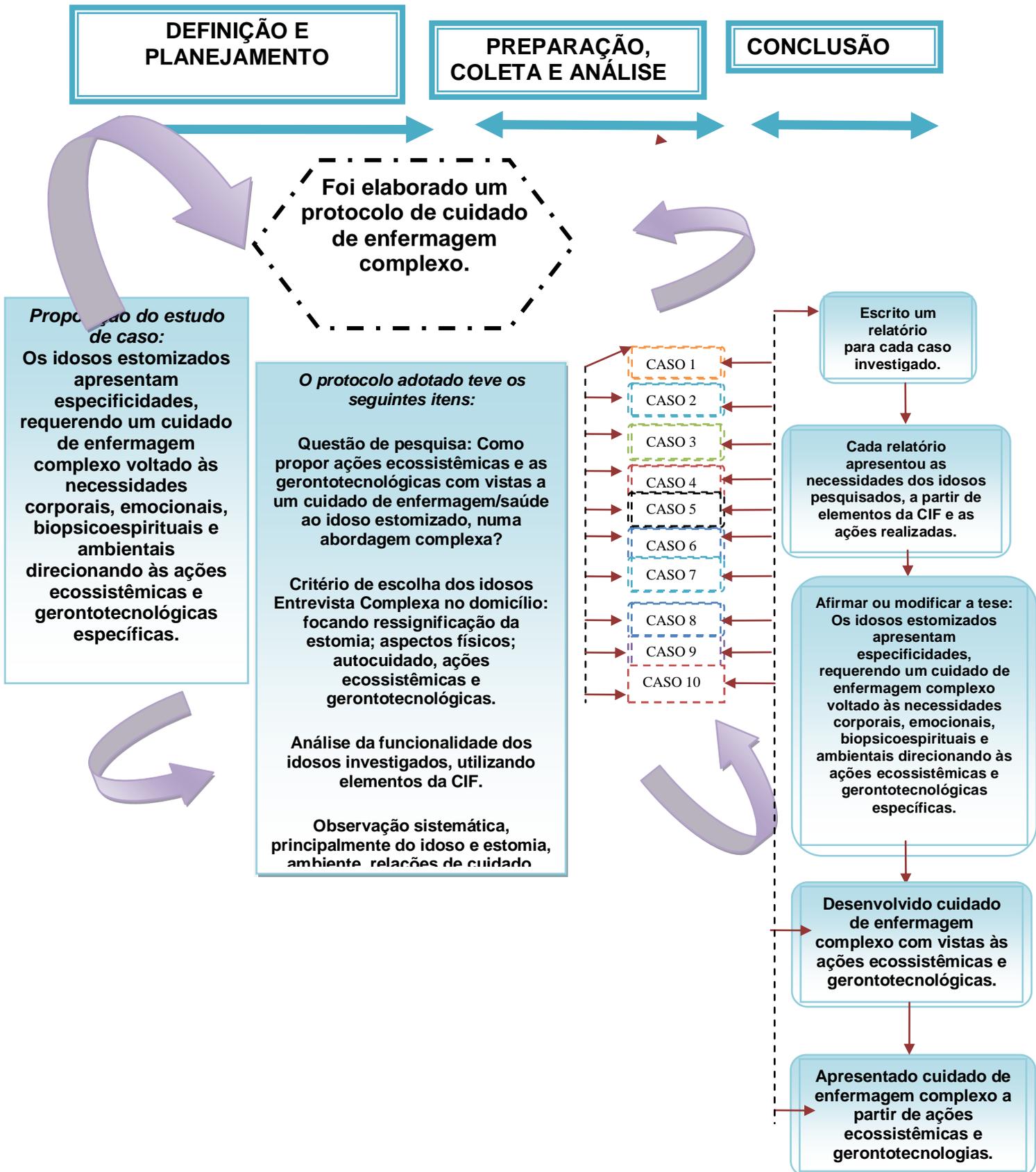
O estudo de caso consiste em um método usado para contribuir com relação ao conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Permite que o investigador retenha características significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, e é comum nas diversas áreas, entre elas a enfermagem. O estudo é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites não são claramente evidentes (YIN, 2010).

O estudo de caso é próprio para a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, com pouco controle do

pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno. Sustentada por uma plataforma teórica, reúne o maior número possível de informações, em função das questões e proposições orientadoras do estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências (MARTINS, 2008). A investigação no estudo de caso, conforme Yin (2010), enfrenta a situação diferenciada em que existirão mais variáveis de interesse do que pontos de dados e como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, o que nesse sentido é complexo.

O estudo de caso é formado por cinco componentes fundamentais: questão de estudo; a(s) proposição(ões), se houver(em); unidade(s) de análise(s); a lógica que une os dados às proposições; os critérios de interpretação das constatações (YIN, 2010).

A seguir, tem-se a representação esquemática e explicação do método deste estudo de caso múltiplo.



**FIGURA 2** – Método de estudo de caso (YIN, 2010 p.181), adaptação a partir do modelo realizado pela Enfermeira Janaina Amorim em sua dissertação- “A funcionalidade de idosos institucionalizados com riscos de quedas: proposta de Cuidado de Enfermagem”, 2012.

### 3.2 LOCAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois locais:

- ✓ Primeiro no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Júnior da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, localizado na cidade de Rio Grande/RS. Esse serviço é constituído por uma enfermeira e um assistente social. Apresenta em torno de cem (100) participantes cadastrados entre crianças e idosos, mulheres e homens com idades que variam de um mês a noventa anos; com funcionamento há dezenove anos, promovendo a integração entre ensino, pesquisa e extensão.
- ✓ Segundo local foi o domicílio do idoso estomizado, a fim de conhecer o processo de autocuidado e as relações ambientais (ecossistêmicas), considerando os aspectos enfocados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Conforme Yin (2010), o estudo de caso necessita ocorrer no ambiente natural do participante, a fim de criar oportunidades para as observações diretas dos comportamentos relevantes ou condições ambientais.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram dez idosos estomizados, cadastrados e ativos no Serviço de Estomaterapia do HU-FURG, que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos; estomização permanente (maioria) ou temporária; que tiveram como origem um acidente ou patologia; apresentaram-se orientados e em condições de interagir com a pesquisadora.

### 3.4 QUESTÕES ÉTICAS

Primeiro o projeto de pesquisa foi apresentado ao Conselho da Escola de Enfermagem em reunião ordinária, quando gerou-se uma ata. Por meio do número dessa ata, se realizou cadastro da pesquisa no site da Pró-Reitoria de Pesquisa e

Graduação da FURG. Depois, foi solicitado o consentimento da Instituição para realização da pesquisa (ANEXO A). Após a qualificação, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da FURG obtendo aprovação sob nº 99/2011, cujo processo nº 23116.006817/2011-51. Foram seguidas às determinações da Resolução 196/96, Brasil (1996), que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido do pesquisado. Orientou-se aos participantes da pesquisa sua condição de investigados, o papel desenvolvido como investigador e os objetivos do trabalho a serem propostos. O respeito à individualidade e a privacidade dos participantes foi assegurada, assim como o anonimato e o sigilo dos nomes e dados que possam revelar a identidade dos participantes.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta os dados seguiu as etapas: 1) verificação, através de documentos, das fichas cadastrais dos idosos estomizados do serviço de estomaterapia, quanto aos dados de identificação, telefone e endereço residencial. A pesquisadora conhece a maior parte dos estomizados por participar, agora esporadicamente, do grupo; 2) Estabelecimento, por contato telefônico, de diálogo breve informando-os da pesquisa e convidando-os para participação, marcado o dia e a hora conveniente de entrevista, considerando a rotina do idoso. 3) Ida ao domicílio do idoso estomizado, com a finalidade de aplicar o protocolo de pesquisa que se constituiu de perguntas baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade adaptada às necessidades do idoso estomizado. Foi realizada, também, mais de uma entrevista que comportou o exame físico, gravação, observação sistemática das relações ambientais no domicílio/comunidade e pessoais/familiares.

Para Yin (2010), há necessidade da aplicação de múltiplas técnicas de coleta de dados, para direcionar os resultados à triangulação dos dados, como processo de complementaridade e maior segurança quanto aos resultados. Seguiu os princípios relacionados ao método de estudo de caso, no qual é destacado os procedimentos de campo que envolvem as necessidades do plano de coleta de

dados, não há controle ambiental, tendo como natureza o uso da entrevista complexa.

A coleta de dados seguiu um protocolo formal. Quanto às questões de estudo de caso, o núcleo do protocolo é um conjunto de questões substantivas que refletem a verdadeira linha de investigação, podendo ser considerado o instrumento do estudo de caso (YIN, 2010).

As questões do protocolo são lembretes relacionados com a informação que necessita ser coletada e a finalidade. A principal intenção das questões de protocolo é manter o pesquisador no rumo, à medida que ocorre a coleta de dados. É mais do que um instrumento, pois contém também os procedimentos e regras gerais que deveriam ser seguidas ao utilizar o instrumento (YIN, 2010).

O protocolo se constituiu em um conjunto de códigos, menções e procedimentos suficientes para se replicar o estudo, ou aplicá-lo em outro caso que mantém características semelhantes ao estudo de caso original. O protocolo ofereceu condição prática para se testar a confiabilidade do estudo (MARTINS, 2008).

Na realização dessa pesquisa com os idosos estomizados estabeleceu-se o seguinte protocolo de cuidado de Enfermagem complexo, seguindo as etapas propostas por Yin: 1) Definição/Planejamento – inicia-se com a questão de pesquisa e a proposição do estudo de caso que é a tese; 2) Preparação/Coleta e Análise de dados - abordou os critérios de escolha dos idosos e a abordagem metodológica; 3) Conclusão - a descrição dos casos investigados, a possibilidade de afirmação ou modificação da tese, o desenvolvimento das ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas, e a apresentação dessas ações comprovando a tese.

Ao refletir acerca do conceito de entrevista, é importante resgatar que não se trata de um diálogo simples, mas uma discussão orientada com um objetivo definido (ROSA; ARNOLDI, 2008). Na entrevista a essência caracterizará a complexidade e o enfermeiro pesquisador, com sua habilidade de dialogar com as contradições que permeiam a fala do entrevistado usa também como estratégia a construção de sentidos (POPE; MAYS, 2009).

Ao propor um entendimento acerca da entrevista complexa, como técnica pautada pelos princípios complexos é necessário deflagrar um misto de conhecimento que convirja à autonomia do ser humano e autocrítica por meio da emersão do pensamento complexo do ser humano entrevistado. Essa técnica serve

como ferramenta para a desmistificação de novos saberes e permite ao enfermeiro pesquisador reler recursivamente a realidade do ser pesquisado.

A entrevista complexa, como técnica de coleta de dados, pode contribuir no estabelecimento da confiabilidade entre o entrevistado e o pesquisador. Além disso, pode tornar-se uma ferramenta direcionada à investigação e/ou ação, legitimando e tornando científicos os resultados finais dos discursos, com vistas, a produção de conhecimento complexo na Enfermagem e que atenda suas necessidades mais específicas, pois tenta aliar as propriedades do exame físico às relações ambientais e pessoais como em um processo recursivo.

Mediante o protocolo de coletas de dados e utilizando-se da gravação, empregou-se a entrevista complexa com vistas a captar o entendimento do idoso estomizado, considerando-se a sua percepção acerca do sistema de cuidado, e, assim, retirar subsídios para a construção do cuidado de enfermagem complexo, a partir da utilização de elementos da CIF. As entrevistas ocorreram no domicílio individualmente, a fim de permitir que os dados refletissem a verdadeira condição humana, como uma unidade una e múltipla em suas interações.

A entrevista complexa tende a reunir informações a respeito do que se trata a pesquisa e explicar como o conhecimento referente àquele tópico está construído. Trouxe questões provenientes de elementos CIF.

A entrevista, para Pope e Mays (2009), é uma técnica que orienta um diálogo com um determinado propósito, que se caracteriza como promotora da abertura e aprofundamento em uma comunicação, além disso, traz perguntas abertas (possibilidade do entrevistado expor suas opiniões sem uma determinada condição pré-estabelecida), podendo abranger mais de um aspecto.

As entrevistas, de um modo geral, constituem uma porta de acesso às realidades sociais, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras. Por outro lado, essas realidades sociais não são facilmente apreendidas, sendo transmitidas por meio do jogo e questões de interações que a relação da entrevista implica, como em um jogo complexo das múltiplas interpretações produzidas pelos discursos (POUPART et al, 2008). O ser humano que emite as possíveis respostas em uma entrevista complexa é um ser biológico, ao mesmo tempo cultural, metabiológico e que vive em um universo de linguagem de ideias e de consciência de si e do outro que o rodeia, ou seja, é importante reconhecê-lo no discurso, por ser ele incerto e dotado de contradições (MORIN, 2006b).

Os argumentos que pautam uma entrevista abordam geralmente vieses epistemológicos e ético-políticos, usados para justificar esse recurso como uma pesquisa qualitativa, para além das questões de método. O emprego dessa ferramenta acarreta diversas concepções da ciência e da pesquisa, pois abordam algumas dimensões como a determinação e a produção do contexto, o papel da subjetividade do pesquisador no processo de pesquisa e a influência dos processos de produção dos relatos (POUPART et al, 2008).

Para compreender de forma não-fragmentada a técnica da entrevista complexa, há necessidade de realizar-se duas considerações: primeira, os efeitos cada vez complicados da compartimentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los, uns aos outros; segundo, ponderar que a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade essencial da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada (MORIN, 2004a). O pensamento que constitui a entrevista complexa é espiral (PETRAGLIA, 2001), vai e vem, não-linear e completa-se naturalmente pela autonomia do ser humano que é o todo e as partes da temática abordada.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando o caráter típico de cada fala, excluindo-se os vícios de linguagem. A gravação foi utilizada durante a técnica da entrevista, por meio do MP3, de acordo com a autorização dos pesquisados. Depois de transcrito o depoimento, foi dada a oportunidade de científicarem ou não suas impressões, para serem analisadas.

Utilizou-se da observação sistemática, que segundo Poupart et al (2008), constitui-se em uma prática política, social e científica, anotações para descrever e compreender uma determinada situação e os comportamentos de forma aleatória. Assim, é uma forma de produzir em profundidade a realidade, um saber sobre a subjetividade e a relação sujeito-objeto, por meio de explicação lógica com caráter verdadeiro, acessibilidade e profundidade.

A observação apresenta limites e possibilidades, em que serve como complementaridade à entrevista. Servem ainda como outra fonte de evidência no estudo de caso (YIN, 2010). Nesse estudo pretendeu-se observar o ambiente do idoso e utilizou-se como questões originárias de elementos da CIF, que atenderam as possíveis necessidades do idoso estomizado.

*3.5.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): uso de alguns elementos como direcionadores da entrevista complexa*

A CIF foi inserida nessa tese por ser uma classificação que vem sendo utilizada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON) desde março de 2011 quando se elaborou a proposta para o edital universal 2011 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Em maio de 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS). A CIF apresenta uma abordagem sobre as mudanças em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos. Essa concepção leva em conta a capacidade de pessoas com deficiência e não a incapacidade ou a questão da doença ou a situação que causou a seqüela, mas outros fatores, como a capacidade do ser humano em se relacionar com o seu ambiente de vida (BRASIL, MS, 2008b; KOSTANJSEK, 2011).

A ferramenta CIF analisa a saúde dos seres humanos, a partir de cinco categorias: *funcionalidade* que é a interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais; *estrutura morfológica*, partes anatômicas do corpo, participação na sociedade, envolvimento de um indivíduo em uma situação da vida real, atividades da vida diária, execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; e o *ambiente físico, social e atitudinal* em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas, pertinentes a cada ser humano. Essa percepção sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições em um determinado contexto ambiental.

A CIF é fundamentada no princípio da universalidade. A funcionalidade e a incapacidade são aplicáveis a todas as pessoas, independentemente da condição de saúde, e na incapacidade que ao diminuir em funcionamento em um ou mais níveis não é a marca de uma determinada classe minoritária de pessoas, mas uma característica da condição do ser humano, que é relacionada ao tempo de vida como um fenômeno universal, ou seja, ao envelhecimento (KOSTANJSEK, 2011).

A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o ser humano deva ser considerado doente. A Classificação Internacional faz referência à participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental (BRASIL, MS, 2008b).

A CIF possibilita uma significativa mudança, que altera profundamente o perfil do tratamento dado pelos governos de todo o mundo às questões que envolvem as pessoas com deficiência. Constitui-se em um guia de orientação que organiza as informações sobre a funcionalidade das pessoas com deficiência, segundo uma nova abordagem, a da sua capacidade efetiva, bem como revela um olhar mais específico acerca do ser humano, em especial o idoso portador de uma deficiência – a estomia.

A CIF contribui com o aperfeiçoamento da avaliação de potenciais, inserindo dados no contexto da gestão da saúde pública e em associação com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Considera as condições de saúde relacionadas às doenças, aos transtornos ou às lesões, fornecendo um modelo baseado na etiologia, na anatomia e nas causas externas das lesões. Constitui-se em um instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em seres humanos e populações, tornando-se uma ferramenta gerencial capaz de aproximar a realidade das informações dos gestores governamentais.

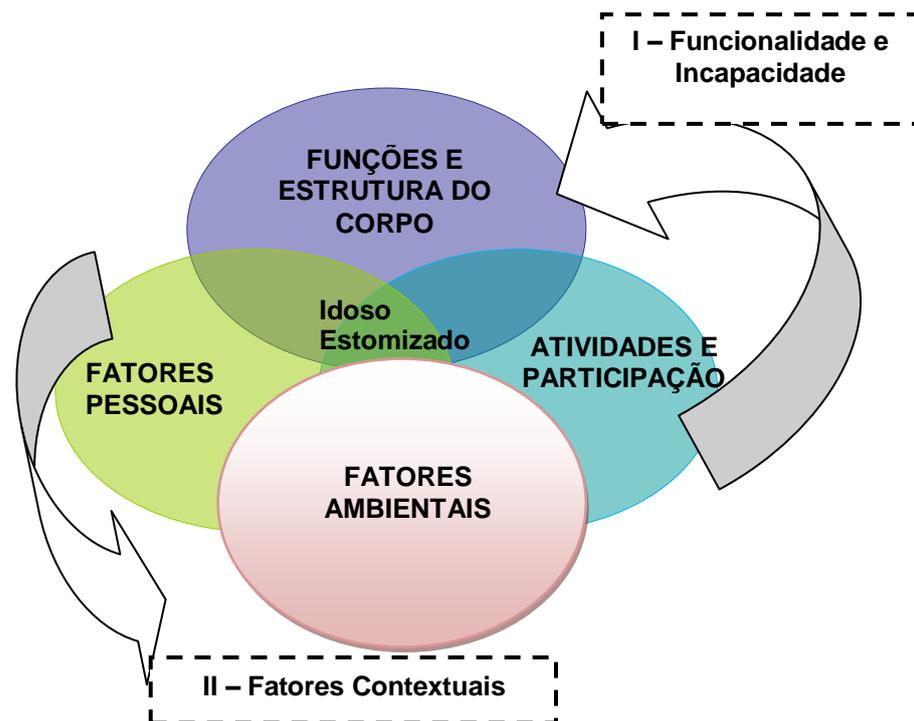
Torna-se necessário conhecer as relações entre estomia e envelhecimento, por apresentar uma lacuna importante que precisa ser desmistificada a fim de que haja acessibilidade do idoso com deficiência aos serviços e aos instrumentos/educação em saúde – tecnologias – que permitem o autocuidado. Ou seja, uma interface entre os fatores contextuais (ambiente/pessoais) e funcionalidade, aspectos abordados pela CIF.

A definição da condição de uma pessoa com deficiência está ligada a um processo histórico. É um conceito em evolução resultado da interação entre pessoas e barreiras devidas às atitudes e ambientes que impeçam a participação plena e efetiva destas na sociedade com oportunidades iguais. A deficiência é reconhecida como um fenômeno situado no biológico, interface, psíquica, social e política do ser

humano. No modelo bio-psicossocial da CIF, a deficiência é definida como mais abrangente do que comprometimento, sendo um termo genérico que inclui deficiências, limitação de atividades e restrição de participação. O termo indica deficiência, principalmente, os aspectos negativos da interação entre um ser humano, com uma condição de saúde e os fatores contextuais, fatores ambientais e pessoais (DI NUBILA et al, 2011).

O cuidado a partir da CIF envolve a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional frente à necessidade de cuidado das pessoas em reabilitação. As ações de reabilitação necessitam ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade.

Na figura a seguir são estabelecidas as relações entre os componentes da saúde e as partes que contextualizam a CIF, conforme a OMS (2004), trazendo um olhar específico ao ser humano idoso portador de deficiência:



**FIGURA 3:** Relação entre os componentes da saúde e a CIF

A CIF retrata, de forma recursiva, o cuidado, aborda hologramaticamente o todo e as partes, o que traduz as necessidades e as possibilidades. Conforme Lima et al (2010), há uma abordagem biopsicossocial e espiritual, na qual busca-se uma

integração das várias dimensões da saúde – biológica, individual, social e espiritual. A CIF classifica os componentes de saúde, organizando-os em duas partes: a Funcionalidade/Incapacidade, com os componentes - Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação; os Fatores Contextuais cujos componentes são: Fatores Pessoais (internos ao ser humano) e Ambientais, ou fatores externos, que podem atuar como facilitadores ou barreiras.

A CIF abre novas possibilidades de análise do processo de funcionalidade humana, concebe o corpo humano como uma entidade física que delimita e define, em parte, os limites e as capacidades da ação humana. Remete a uma política de incapacidade de caráter universal salientando, talvez, a equidade na distribuição de recursos e oportunidades. Surge a possibilidade complexa de desfocar as necessidades especiais e promover um repensar sobre o entendimento de que todas as pessoas têm limitações que variam ao longo da vida (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Visualiza-se dialogicamente a estomia como uma possibilidade de transformação externa e interna que compõe esse ser humano em um determinado período da vida. A partir de um olhar recursivo, Sampaio e Luz (2009) relatam que para um cuidado planejado é preciso considerar o entendimento da funcionalidade humana e seus determinantes, o ser humano, como essência do autocuidado, o contexto social em que ele vive e o sistema de saúde concebido pela sociedade para dar conta dos efeitos contraditórios entre incapacidade/funcionalidade.

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados levou em consideração três estratégias; a primeira, estratégia geral, focou-se nas proposições teóricas e nos objetivos pesquisados, quando se procurou desenvolver uma estrutura teórica a partir dos casos estudados. A segunda, estratégia teórica, quando os dados foram comparados e contrastados com o que foi predito no protocolo de estudo de caso, foram realizadas suposições sobre o alcance da proposição inicial em que poderia ser sustentada ou rejeitada. A terceira, a estratégia descritiva, centra-se no alcance do objetivo geral (GRAY, 2012), quando foi respondido o objetivo geral e apresentadas as ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas.

Os planos do estudo de caso podem mudar em consequência da coleta inicial de dados, sendo importante considerar a flexibilidade e a ausência de parcialidade como uma vantagem do estudo de caso (YIN, 2010).

## 4 A COMPLEXIDADE DOS CASOS DOS SERES HUMANOS IDOSOS ESTOMIZADOS, PROPOSTAS DE AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLÓGICAS

O tempo é vida a fluir como as águas de um rio, que transforma suas margens e estas a transformam. Segue trajetórias, cria outras, é tragado pelos caminhos que o constituem. Às vezes sereno, às vezes, intempestuoso, prossegue, encontrando e contornando obstáculos, perseguindo seu rumo. Embora inconstante, tem identidade. Nasce, desenvolve-se e desemboca em algum lugar do mar. Mas qual a idade de um rio? Que histórias tem a contar? O que fez ele ser o que é? (MENDES, 2012)

Quando a memória amadurece e se extravasa lúcida, é através de um corpo alquebrado: dedos trêmulos, espinha torta, coração acelerado, dentes falhos, urina solta, a cegueira, a ânsia, a surdez, as cicatrizes, a íris apagada, as lágrimas incoercíveis (BOSI, 1994, p. 39).

### 4.1 OS CASOS

#### CASO 1

EBS, 75 anos; branca; católica; do Rio Grande/RS; parou de estudar no antigo curso primário (hoje ensino fundamental); casada há 50 anos e com dois filhos; do lar/aposentada; Altura = 1.64cm; peso= 35 Kg, com tumor de reto e segmento do colon culminando em cirurgia de colostomia à esquerda permanente, há aproximadamente um mês. Refere perda de peso significativa no período de descoberta do tumor (janeiro de 2012) e hospitalização, bem como anemia devido à perda de sangue nas fezes e constipação. Utiliza medicamentos por conta própria sem prescrição, indicados em internações anteriores e experiências de vizinhos e familiares. Desidratada e emagrecida, pele íntegra, manchas senis e pouco turgor. Pressão Arterial= 190x110mmHg, desconhece ser hipertensa, pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e à ausculta pulmonar sem sons adventícios, à avaliação respiratória eupnéica; mucosas coradas; com padrão alimentar regular (3x/dia).

Realiza as atividades de vida diária (AVDs), com necessidade de auxílio, devido a presença de dores localizadas na coluna e fragilidade óssea pelo emagrecimento. Sem comorbidades por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). Não realiza exame ginecológico há bastante tempo, com história de histerectomia. Com acuidade visual diminuída em ambos os olhos, utiliza óculos. Usa prótese dentária superior. Ingestão hídrica com média quantidade ao dia (não soube mensurar). Boa dicção. Vida sexual inativa. Mobilidade e articulação com limitação ao subir escadas. Usa bolsa de carboxicelulose peça única. Apresenta-se lúcida, orientada em tempo e espaço, sem alterações de sono/repouso, melancólica em virtude: da perda do filho com histórico de alcoolismo e internações psiquiátricas, do envelhecimento como um todo, do surgimento do tumor e da estomização, conforme na fala a seguir:

*Eu já fiz tudo o que tinha para fazer, já formei um filho, já cuidei de outro filho mesmo que não tenha conseguido salvar ele (...) olha, acho que eu já fiz bastante (...) então, para que estar sofrendo? (silêncio).*

Não realiza os cuidados com a estomia, por preferir que o esposo os realize, apesar de afirmar o aceite sobre sua condição, conforme relato:

*Aceito a estomia, porque a doença é normal, todo mundo fica doente, e eu vejo que não é só para mim, então o que eu vou fazer eu tenho que aceitar e me acalmar e relaxar não é? Para poder melhorar. Não achei tão difícil, mas não tenho a coragem de colocar a mão.*

O esposo utiliza soro fisiológico para limpar o estomia, permanecendo a bolsa por oito dias em média para cada troca. Utiliza atendimento do posto de saúde e do hospital para trocar a bolsa de colostomia e outras necessidades de saúde. Cadastrada no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de um mês, no qual recebe os produtos para o cuidado da estomia, comparece mensalmente junto com o esposo e percebe a importância do serviço para o processo de adaptação/aceitação:

*Eu não gosto disso aqui [a estomia], suporto, porque tem que ser, rapaz com 25 anos tem isso aqui, gente moça, então eu me conformo e até bebezinho, que pecado. (...). A recém que eu estou tomando conhecimento, mas eu gostei e representa uma grande ajuda.*

A moradia é própria, de alvenaria, piso escorregadio, iluminação adequada e saneamento básico. Participa de atividades religiosas sempre que possível. O lazer não tem sido valorizado após a perda do filho. Desconhece seus direitos como idosa e portadora de uma estomia (deficiência física). Considera sua saúde e a família como o mais importante frente suas experiências e necessidades.

### ***Ações Ecosystemáticas Aplicadas***

- Orientação quanto à necessidade de adaptação ambiental (domicílio) às necessidades da idosa com relação à estomia e as alterações posturais/dores musculares pela idade (risco de queda), como a atenção ao piso, banheiro e outros cômodos da casa;
- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização dessa idosa a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Realização dos cuidados com estomia como a colocação da bolsa de carboxicelulose, limpeza do estoma e pele periestomal mediante o incentivo de tomada de decisão para o enfrentamento para desempenhar o cuidado independente;
- Orientação direcionada à autonomia e independência da idosa a fim de que realize os cuidados com a estomia de forma correta (uso de água e sabão neutro na limpeza, corte da bolsa ideal conforme tamanho do estoma e aplicação sobre a pele), considerando suas AVDs e rotinas do dia a dia, medos/conflitos e processo de enfrentamento;
- Esclarecimento quanto à importância do esposo no envolvimento com os cuidados da estomia e esclarecimentos quanto às possibilidades desse novo processo para que haja a adaptação/aceitação.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral. Realizar troca da escova dentária de três em três meses, preferencialmente.

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).

## CASO 2

G.R; 65 anos; branco; espírita; Arroio Grande/RS; estudou até o ensino médio incompleto e não quis completar os estudos por preferir trabalhar (guarda escolar e brigada militar), casado há 47 anos e tem uma filha adotiva; aposentado; Altura = 1.76 cm; peso = 85Kg, diagnosticado com tumor de reto em 1997, submetendo-se a sessões de quimio e radioterapia, posteriormente com lesões no abdome. Ex-tabagista, com história de sangramento, secreção purulenta e fétida pelo ânus, fez cirurgia em 2007, colostomia à esquerda permanente. Refere palpitação à noite, desânimo pela manhã e episódios de pressão otálgica; com antecedentes familiares de câncer (mãe); com histórico de cirurgia prévia de colecistectomia; padrão respiratório e ausculta cardíaca sem particularidades; sem histórico de DCNT ou outra comorbidade; PA = 150X90mmHg; pele flácida e com manchas senis; usuário de óculos – acuidade visual diminuída em ambos os olhos E e D; padrão alimentar 4x/dia e com horários definidos. Ingestão hídrica em grande quantidade ao dia. Prótese dentária superior e inferior com alteração mastigatória e sensação gustativa preservada, sensação olfativa e tátil sem particularidades. Eliminações intestinais sem alteração e urinárias com desconforto à micção (poliúria sem ardência). Boa dicção. Vida sexual inativa; com perda da agilidade motora embora demonstre AVDs preservadas; perda de memória; apresentou complicações pós-operatória como hérnia periestomal e deiscência de sutura que durou dois meses para recuperação (curativos domiciliares) sem sinais flogísticos. Demonstra isolamento social ao referir que prefere ficar em casa e evita viagens e/ou festas após a estomização, somente sai para participar de trabalhos voluntários esporádicos e de atividades religiosas; mostra-se esperançoso quanto à possibilidade de reversão da cirurgia; relatou sobre a tentativa de formar uma associação que focasse os direitos dos portadores de estomias, desconhecendo a estomia como uma deficiência física. Usa bolsa de carboxicelulose peça única, carvão ativado, segundo ele, com pouca eficiência, absorvente e película protetora. Refere utilizar um espelho para auxiliar na

colocação da bolsa, ao deitar na cama para manter a pele distendida. Apresenta dificuldade no esvaziamento da bolsa de carboxicelulose, necessitando de banheiro adaptado. O domicílio é de alvenaria, em boas condições para moradia. Apresenta dificuldades para sair, porque os banheiros não estão adaptados de acordo com suas necessidades, como na fala a seguir:

*ai eu dou um jeito na estrada, agora, se eu chegar num lugar público para esvaziar minha bolsa, não, é que lugar público é meio complicado também, banheiro sujo, não, mas eu olho para o chão assim, como é que eu vou me ajoelhar ali naquela coisa, as pessoas urinam no chão, na tampa do vaso (...)*

Tem plano de saúde, somente recorrendo ao posto de saúde para aplicação de vacina. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de cinco anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da estomia, frequenta periodicamente e percebe a importância do serviço para seu processo de autocuidado, embora prefira que sua esposa realize a troca da bolsa, como refere:

*quem faz a troca de bolsa tudo é a minha esposa, agora eu faço a lavagem, tiro a bolsa, tudo tudo é eu que lavo, todo banho tudo direitinho (...) mas a limpeza todinha quem faz é eu, depois ai ela vai com aquela espuma [líquido limpador] que eles dão lá e tudo direitinho, faz aquela limpeza e tudo, não tem problema.*

Realiza algumas adaptações para facilitar as trocas da bolsa e os cuidados com a estomia de forma adequada, considerando a possibilidade de sair, deixando organizada a maneira como vai fazer os cuidados:

*quando a gente sai leva uma bolsa que eu tenho, prontinha para aquilo ali tudo [cuidado com o estoma], um absorvente com tudo, então não tenho problema nenhum e mesmo que fosse eu a fazer, em qualquer lugar eu troco a bolsa desde que tenha um espelho, uma cama, um espelho que eu possa botar em cima da barriga, meu Deus do céu (...)*

A aceitação da estomia foi facilitada, também com a ajuda da religião e de suas experiências, as quais têm lhe 'ensinado' a entender sua condição como ser humano e promovido o altruísmo com relação ao seu processo de viver/morte e a estomia, como na transcrição abaixo:

*disso ai eu aceito tudo que vem para mim, então não tem problema nenhum, colostomia não, poderia ser algo pior. [religião] Uma facilidade de vida que vou te dizer uma coisa, não tem nada que me atrapalhe, se tornou muito mais fácil viver (...).*

*a minha vida melhorou, depois que eu comecei a pensar nos outros, tem outras pessoas que têm uma vida pior que a da gente, não tem o porque a gente se queixar, porque... em principio tem que botar na cabeça que não é eterno, a gente tem um período para estar aqui, esse período não é muito grande em relação ao que a gente tem que esperar...tem pessoas em piores situações e, muitas vezes, dando risada, tiram felicidade daquilo ali (...)*

*agora depois, também, quando for a minha hora pode me levar [morte], antigamente tinha um certo receio e tudo mais, mas agora não (...)*

Com relação ao descarte da bolsa de carboxicelulose refere que é um material que pode ter um 'destino' adequado, compreendendo as relações com o ambiente (ecossistema), apesar de desconhecer acerca do descarte, da maneira que o município o realiza, bem como da contaminação no material:

*eu enrolo ela [bolsa de karaya] em saco plástico e boto no lixo ao natural (...). Eu achava que deveria botar no lixo, que eles chamam de lixo limpo, porque aquilo ali é um plástico e outra coisa, a minha bolsa ela é lavadinha, ela não vai com (fezes) e aquilo ali é um plástico, tem que ter uma maneira de termina com aquilo. Não é um lixo limpo, é um lixo, é um lixo diferenciado onde eles dão fim a parte plástica que a gente bota fora, mas não sei se é bem assim.*

Considera a família como a dimensão mais importante frente às suas experiências e necessidades.

### **Ações Ecológicas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Orientação quanto à procura dos serviços de limpeza pública para buscar esclarecimentos quanto ao processo de separação do lixo, em especial, as bolsas de carboxicelulose (resíduo hospitalar).

- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Orientação quanto à ida a um psicólogo para descortinar as questões da aceitação real da ostomia e o isolamento social proveniente do medo de possíveis problemas com a bolsa de karaya.
- Informação quanto à importância do repouso para evitar prolapso da hérnia em casos de esforços.
- Orientações quanto a realizar caminhadas e alongamentos leves e passeios ao ar livre como forma de minimizar o isolamento social, promover a integração social e facilitar o retorno venoso e evitar o sedentarismo.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

### **CASO 3**

N.F.C; 61 anos; branca; casada; de Santa Vitória do Palmar/RS; sem religião definida; teve uma filha; tem ensino primário incompleto; profissão do lar; Altura = 1.50 cm; Peso = 60Kg; ex-tabagista; com tumor de bexiga, após recorrentes episódios de sangramentos ao urinar, culminando em uma urostomia permanente à direita (agosto de 2010), com a retirada da bexiga. Realiza as revisões pós-cirurgia de quatro em quatro meses. Utiliza medicamentos com prescrição médica. Histórico familiar de câncer (irmão); portadora de problemas cardíacos (fez cateterismo em 1999) e circulatórios; hipertensa; triglicérides aumentado; alteração de tamanho do rim em função de uma nefrite. Com tremores musculares; com alteração na marcha, devido alteração anatômica de MMII (Síndrome de Charcot) e câimbras; PA= 140x80mmHg; à ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório

eupnêico, batimento cardíaco rítmico; pulso cheio; pele íntegra, manchas senis, presença de vitiligo e desidratada; boa cicatrização da sutura pós-ostomização; mucosas coradas; com padrão alimentar regular (4x/dia); ingestão hídrica irregular (somente ingere líquidos quando está em casa). As limitações físicas encontram-se no uso do vestuário, exigindo vestes largas; bem como restrição de determinadas AVDs, como colocar roupa no varal, carregar as compras pesadas, por medo de descolar a bolsa e também ocasionar hérnias paraostomal e/ou evisceração da ostomia. Refere ter colelitíase biliar após constatação por ecografia, mas prefere não retirar os cálculos. Eliminações intestinais com presença de constipação, sem dor e/ou sangramento nas fezes; sem distensão abdominal; eliminações urinárias com urina límpida. Com acuidade visual diminuída (miopia) em ambos os olhos, usa óculos, acuidade auditiva preservada; sensação olfativa e tátil sem particularidades. Prótese dentária superior, com dificuldade para a mastigação, paladar melhorado após abandono do tabaco. Vida sexual ativa. Apresenta-se lúcida no tempo e espaço; sem alterações de sono/repouso; memória sem particularidades; autoestima preservada com relação à sua condição como urostomizada, referindo que para seu esposo e demais membros da família não houve mudanças significativas, apesar de sentir vergonha do esposo pela transformação de seu corpo:

*para mim (...) que eu não gosto que ele [esposo] veja eu no banho, no banheiro, até de vez em quando ele entra, ele age normal, como se eu tivesse fazendo xixi normal, para mim correu tudo dentro do normal, ninguém ficou curioso para ver como é que era, também nunca me neguei de mostrar, encarei isso!*

Revela suas experiências como urostomizada, a fim de demonstrar a aceitação desse novo processo de vida, bem como considerar o ser humano, não somente como um aparelho biológico, mas dotado de sentimentos e vivências. Conta que a aceitação não foi fácil, mas foi facilitada pelo entendimento de que a ostomia é uma possibilidade de vida, pois o diagnóstico de câncer foi um momento difícil resultando, inicialmente, em isolamento social, medo e angústia com a notícia:

*porque não é fácil, parece que o mundo desabou, parece que o mundo desaba na cabeça da gente (...) durante o dia chega uma pessoa e tu conversa, chega outra e tu conversa, faz uma coisa, faz outra, mas quando chega à noite que todo mundo dorme, ai é enlouquecedor, tu vai para o computador e tu consegue te expressar ali, fica andando (...) é uma coisa que assim, hoje para mim é normal (...) se tu chegar*

*assim e dizer, ah eu estou com câncer, ah eu vou dizer, sinto muito, mas é coisa da vida!*

Com a aceitação, refere que tem atividades de lazer e sai de casa. Quanto aos cuidados com a ostomia, refere que não consegue colocar a bolsa de karaya sozinha sem o auxílio de um espelho, senão recebe ajuda do esposo para a troca da bolsa. Realiza a troca a cada oito dias, após o banho, preferencialmente pela manhã. Tem plano de saúde, recorre ao posto de saúde em caso de vacinação. Cadastrada no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de dois anos, no qual recebe os produtos [tecnologia de órteses e próteses] e as informações [tecnologia educativa] para o cuidado da ostomia, buscando mensalmente, bem como revela a importância do grupo no sentido de repensar alguns conceitos e ajudar/ser ajudada:

*eu vou pegar minhas bolsinhas, todo mês eu vou pegar, converso um pouco. Me sinto muito bem.*

*faz bem para os outros, então as vezes eu vou mais por causa dos outros, porque eu vejo assim que tem gente que chega tão deprimida (...) mulheres mais novas, que os maridos deixaram (...) essa mesmo que eu falo assim, que andava com uma calça de abrigo e aquela bolsa pendurada, que é isso guria?! eu digo, dobra essa bolsa, bota dentro da calcinha, vais andar com esse treco pendurado, está certo que tem que usar, mas não precisa andar balançando (...) então eu acho que de uma certa maneira a gente ajuda, dá opinião de uma coisa e recebe opiniões.*

A moradia é própria e de alvenaria, boa, no entanto necessita de algumas adaptações, como colocação de barras nas paredes do banheiro para tornar mais seguro o uso desse cômodo e evitar quedas; o descarte do lixo produzido após a limpeza da ostomia é feita no lixo comum. Considera a vida financeira boa, dando conta de suas necessidades. Revela que não sentiu necessidade de procurar uma religião, mas acredita em Deus. O lazer é valorizado por meio de passeios e idas a determinados eventos, sem esquecer de levar seu *kit* com os produtos que utiliza no cuidado da ostomia. Considera sua saúde e sua autonomia preservadas apesar de algumas limitações, como mais marcante em sua vida.

### **Ações Ecológicas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Orientação sobre o uso de barras em outros cômodos, não somente no banheiro, a fim de evitar possíveis quedas.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro, para promover o cuidado da estomia.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Orientação quanto à adaptação do cinto para suporte em conjunto com a bolsa, para facilitar as atividades como hidroginástica e, assim, promover hábitos saudáveis, circulação e o autoimagem/autoestima.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

### **CASO 4**

L.S.R; 80 anos; branca, viúva, católica, do Rio Grande/RS; teve seis filhos; oito netos; com ensino primário incompleto; aposentada, não-fumante/etilista; Altura= 1.58m, Peso= 60Kg; com diagnóstico de adenocarcinoma de reto culminando em uma cirurgia de colostomia permanente à esquerda, após episódios de eliminações intestinais irregulares com fezes secas e sanguinolentas. Submeteu-se a sessões de radio e quimioterapia. Realizou quatro cirurgias de estomização: 2002 - 1ª intervenção = colostomia à direita, com rejeição da bolsa de carboxicelulose, fezes diarreicas, desidratação; reto preservado (retirou tumor, mas permaneceu funcionando); 2003 - 2ª intervenção= fechamento da colostomia, incontinência fecal; 2004- 3ª intervenção = colostomia à esquerda, episódios de saída das fezes pelo reto e pelo ostoma, com saída de fezes não-sólidas, presença de hérnia paraostomal, [coincidiu com a internação em uma ILPI]; 2007 – 4ª intervenção =

fechamento do reto, correção da hérnia com tela, continuidade da colostomia à esquerda; fezes sólidas, aparecimento de fístula vesico-vaginal. Após sua estadia em uma ILPI, percebeu durante o banho o aparecimento de um nódulo entre a perna e a nádega, sendo retirado mediante cirurgia, mas permanecendo um pertuito que é feito curativo 2x/dia, com saída de secreção purulenta em grande quantidade. Pele da região genital com assaduras, mãos com manchas senis e pouco turgor. PA= 190X110mmHg; diabetes melito II, hipertensão, pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar com sons adventícios, tosse seca. Com tremores de MMSS, dores musculares acentuadas após queda, teve uma fissura do fêmur (2011), com dificuldades na caminhada (uso de bengalas). Realiza as AVDs com dificuldade, senti cansaço, desânimo. Fez uso de vitaminas. Acuidade visual recuperada após cirurgia de retirada da catarata – usa lentes; acuidade auditiva alterada; sensação gustativa preservada, sensação olfativa e tátil sem particularidades. Prótese dentária superior e inferior. Faz uso de fraldas geriátricas. Padrão alimentar regular 6x/dia, com uso de frutas e iogurte durante o dia/noite. Abdome sem presença de distensão, às vezes com episódio de má digestão. Com pouca ingestão hídrica. Eliminações intestinais sem alteração; eliminações urinárias com recorrentes infecções, ardência, incontinência, urina fétida e poliúria. Faz papanicolau de rotina, mas foi descartado por inatividade sexual. Mamografia não faz há algum tempo. Refere outras cirurgias, como a retirada de litíase vesical constatado por uretrocistografia. Utiliza medicações com prescrição. Lúcida e orientada, com momentos de confusão mental, sono/repouso alterado (utiliza tranquilizantes) e com lapsos de memória. Refere dificuldades para compreender sua situação, como o medo, os mitos e a insegurança com relação à alteração corporal, lembrando que no início foi complicada a aceitação e o *déficit* da quantidade de bolsas distribuídas no Serviço de Estomaterapia:

*Ah! eu me senti assim para baixo, muito aborrecida, eu senti assim que todo mundo tinha pena de mim que todo mundo sentia o fedor em mim, que eu estava largando mal cheiro na bolsa, porque a bolsa não parava, pois ela caia. Naquela época, o grupo tinha diminuído a quantidade de bolsa, foi ate uma comissão de senhoras no promotor e lá diziam que se viesse alguém que lá só tinha meia dúzia de bolsas, que tinha que comprar. Era R\$18,00 reais a bolsa, eu me sentia muito mal com aquilo.*

*eu aceitei, bem até era uma coisa que eu tinha que aceitar, só naquela época que a bolsa descolava, eu não saía, tinha vezes que eu sentia cheiro, eu saía pouco, mas quando tinha que sair eu ia bem forrada, quando vinha [fezes diarrêicas], vinha mesmo, não adiantava.*

Quanto aos cuidados com a estomia, lava com água do chuveiro por meio de tecnologias adaptadas (dispositivos em forma de 'bico' que conduz a água até a bolsa). No entanto, a bolsa é trocada pelo filho, devido a localização (abaixo do seio) que impossibilita sua autonomia na troca, usa detersivo. Refere que não houve mudança na relação aos familiares, apesar de sua insegurança quanto sua condição. Enfatiza que sua relação com a nora foi muito forte, pois foi ela que a cuidou durante as cirurgias. Avalia sua saúde como ruim em virtude das limitações impostas pela idade e pelas recorrentes patologias e co-morbidades crônicas, não saindo da ILPI, somente em situações muito importantes:

*Nunca percebi que alguém me recusasse por causa da ostomia, nunca notei.*

*Eu só não tenho a mesma vida de sair, me privo de muita coisa. Não lavo mais a casa (quarto da ILPI onde mora), porque não posso me abaixar, sinto desânimo, dor na coluna, eu até varro, mas lavar não, só tirar o pó, para lavar a louça, lavo os pratos, quando chega nas panelas falta força.*

Mora em uma ILPI, com quarto próprio e banheiro individual, no qual foram realizadas adaptações de acordo com suas necessidades, colocada uma barra para se apoiar ao se sentar, e sua decisão de ir para a ILPI deu-se a partir de problemas familiares. O descarte da bolsa é em lixo normal, dentro da fralda. Considera sua vida financeira boa, mantendo atividades diárias como costuras simples para a família, porque tem dores na coluna e dificuldades para levantar quando passa muito tempo sentada. Tem plano de saúde, não utilizando nenhum serviço do SUS. Cadastrada no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG há 10 anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, porém devido suas restrições na caminhada, a retirada dos produtos é feita pelo filho/neta, não frequentando o grupo, impossibilitando o contato com outros estomizados. Destaca que o acontecimento mais importante de sua vida deu-se com a perda de duas filhas, a mãe e marido, momentos que lhe marcaram. Além disso, frisa que cuidou de sua mãe até a morte e que nunca pensou em colocar sua mãe em uma ILPI. Católica, frequenta a missa quando pode. Refere conhecer seus direitos como idosa estomizada.

### **Ações Ecológicas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Acompanhamento da consulta no médico e orientações quanto à realização adequada do HGT- horários e ingestão hídrica adequada.
- Esclarecimento quanto à promoção da saúde considerando a melhora das assaduras quanto à higiene íntima a cada vez que urinar e secar bem a região; se possível expor a área com assadura ao sol, o que facilita a cicatrização da pele.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

### **CASO 5**

D.F, 76 anos, branco, casado, testemunha de Jeová, do Rio Grande/RS, com ensino primário incompleto, Altura= 1.76m, Peso= 67Kg, teve dois filhos, aposentado, ex-tabagista, diagnosticado com tumor de reto (abril de 2005), culminando em cirurgia de colostomia à direita permanente. Em janeiro de 2012, realizou cirurgia para correção de prolapso na estomia e da hérnia inguinal. Submeteu-se a sessões de radio e quimioterapia (2004). Pele com manchas senis, presença de fístula na região anal com episódios de sangramento (deu-se após as sessões de radioterapia). Usou hemodiluição ao invés da transfusão sanguínea. PA=160x100mmHg; pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório eupnéico. Sem histórico de DCNT. Dores articulares em MMSS. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos; acuidade auditiva preservada; com prótese dentária superior e inferior, com dificuldade para

mastigação, sensação gustativa preservada, sensação olfativa e tátil sem particularidades. Não teve quedas após a estomização. Padrão alimentar regular 3x/dia, alérgico a lactose, com ingestão de alimentos à base de soja e frutas (banana quando está com diarreia); abdome sem presença de distensão. Com boa ingesta hídrica. Eliminações intestinais e urinárias sem particularidades. Inativo sexualmente. Refere outras cirurgias, como a ressecção de próstata em 2005 e correção de prolapso da estomia. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs sem ajuda, porém com restrições quanto a esforços. Lucido e orientado, mas com lapsos de memória momentâneos. Sono/repouso com presença de roncos. Refere que não teve dificuldades de frequentar ambientes sociais, sempre com o apoio dos familiares. Considera-se alegre e bem com sua saúde mental e emocional:

*Não mudou nada. Sempre fui alegre assim*

Refere que faz a limpeza da estomia com água do chuveiro, mas a troca é feita pela esposa, preferencialmente antes da refeição, geralmente a cada sete dias. Usa benjoim para facilitar a aderência à pele. Nesse processo, reformulou novas tecnologias do cuidado ao adaptar o 'chuveirinho' no momento da limpeza e a elaboração de um cinto específico para dar segurança da bolsa junto à pele. A moradia é própria, espaçosa e de alvenaria. O banheiro não contém riscos para queda devido a presença de tapetes de borracha. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Tem plano de saúde. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG há sete anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado por ele e/ou esposa, como a bolsa de karaya, filtro de carvão ativado, rolon película semipermeável e líquido limpador, bem como revela que o grupo lhe trouxe segurança e o ajudou a aceitar sua condição, por meio dos processos de identificação:

*Quando fui receber as bolsas, conversando com uma senhora e ela disse que fazia 40 anos que ela usava a bolsa. Então, aquilo me deu um estímulo e tanto porque pensava que era uns 10 anos, quando muito, e deu para mim. Já estaria até morto, com 10 anos. Ela disse que desde a idade de 9 anos ela usava a bolsa.*

*Aprendemos muitas coisas nas reuniões. Aprendi que a banana combate a diarreia. Aprendemos que precisamos uns dos outros. Ninguém sabe o dia de amanhã. Não*

*tenho o direito de chegar e dizer: 'ah, tenho nojo disso'. Não tenho. Não sei o que vou passar amanhã.*

Acredita que sua condição financeira é boa, mediante diversas situações vivenciadas pelo ser humano portador de estomias:

*quando não tem a bolsa e a pessoa não tem condições de comprar, eu perguntei lá no grupo (...) Agora não sei, mas custava R\$ 16,50 cada bolsa. Disseram: olha, tem pessoa que vem aqui com um saquinho de leite colado com um esparadrapo. É, somos felizes e não sabíamos. Porque, bem ou mal, temos dinheiro para comprar.*

Destaca como mais importante na sua vida a esposa, com a qual está casado há 46 anos, por ser ela a pessoa que está ao seu lado vivenciando o processo da estomia, as mudanças e lhe apoiando frente ao envelhecer como estomizado. Destaca sobre a importância de Deus para o enfrentamento e a relação consigo e os demais. Conhece seus direitos como idoso, embora ressalte que a sociedade ainda não reconhece o papel do idoso e seus direitos, desconhecia sobre a estomia como deficiência física.

#### **Ações Ecosystemáticas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

#### **Ações Gerontotecnológicas Aplicadas**

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Esclarecimento sobre as possibilidades tecnológicas, como o uso do consil que é um dispositivo de oclusão momentânea do estoma e oportuniza a ida a lugares antes não imaginados, como piscina ou praia, considerando a limpeza intestinal de forma adequada.

-Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

## CASO 6

J.A.B.L., 72 anos, casado, branco, católico, aposentado, de Canguçu/RS; com ensino primário incompleto, Altura= 1.68m, Peso= 71 Kg, ex-tabagista, teve três filhos e três netos. Diagnosticado com tumor de reto (janeiro de 2009), culminando em cirurgia de colostomia à esquerda permanente, após episódios de eliminações intestinais irregulares com fezes secas, sanguinolentas e a presença de um nódulo endurecido na região da nádega. Submeteu-se a sessões de radio e quimioterapia (2009/2012). Sem histórico de DCNT; pele com manchas senis, pouco turgor e desidratação, boa cicatrização da sutura pós-ostomização; PA= 140x80mmHg, pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório eupnéico. Apresenta tremores de MMSS e alteração na marcha com dores em virtude da Doença de Parkinson há 12 anos, cansaço e fraqueza muscular e sinais de emagrecimento. Realizando quimioterapia devido ressurgimento do tumor, com metástase óssea. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos; acuidade auditiva diminuída; com prótese dentária superior e inferior, sensação gustativa preservada, sensação olfativa e tátil sem particularidades. Voz/fala sem alteração. Padrão alimentar regular 5x/dia, abdome sem presença de distensão. Com boa ingestão hídrica. Eliminações intestinais mantidas e urinárias em gotejamento. Refere presença de hiperplasia de próstata. Inativo sexualmente. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs sem ajuda, dividindo as atividades domésticas com sua esposa, não necessitando de auxílio. Lúcido e orientado, memória e sono/repouso sem alteração. Refere que as vezes tem dificuldades de frequentar os ambientes sociais, pois os banheiros não estão adaptados à sua condição. Conta sempre com o apoio de familiares, o que facilitou o processo de aceitação. Considera-se com boa saúde mental e emocional, não ocorrendo mudanças significativas em seu modo de vida, mantendo suas rotinas. Acredita que sua condição financeira é boa. Com relação ao cuidado da ostomia, consegue realizar a limpeza, usa água e sabão, mas a colocação da bolsa é feita

pela esposa, a troca pode durar até 15 dias. Refere que fez algumas adaptações para facilitar a limpeza da bolsa, por meio de uma mangueira acoplada no vaso sanitário. Usa benjoim para facilitar a aderência da bolsa à pele. Tem plano de saúde, procura o posto de saúde para vacinação e hospital SUS para a cirurgia. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG há sete anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado por ele e/ou esposa, ressaltando a importância do grupo e das relações com outros estomizados:

*eu vou nas reuniões, é muito bom, pois conheço outras pessoas na minha situação, com histórias diferentes, só não vou quando eles não telefonam avisando. É muito bom, pois sempre se aprende coisas novas, sempre tem alguém com uma ideia nova e boa para ajudar no cuidado e no tratamento.*

*Lá no grupo eu via muitos lavando [a bolsa] com uma garrafa plástica e vi que não ia dar certo, então criei esta adaptação [mangueira ligada ao vaso sanitário].*

A moradia é adequada, espaçosa e de alvenaria, com esgoto. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Destaca que a religião o ajuda a compreender a importância de Deus e a relação com bem estar após a estomia:

*ela [religião] é muito importante em minha vida, pois isto não nos faz pensar no mal, para nós e para as outras pessoas, sim, é muito importante pois nos ajuda a curar não digo que possa curar tudo mais com ajuda da ciência ela nos ajuda muito. A fé é muito importante sei que Deus não pode me dar o dinheiro para comprar uma casa, mais ele pode me dar o serviço para eu trabalhar e comprar, ajuda bastante.*

Desconhece os direitos dos idosos e sobre a estomia como deficiência física. Considera como mais importante na sua vida a saúde e as experiências adquiridas.

### **Ações Ecológicas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### **Ações Gerontotecnológicas Aplicadas**

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Orientação acerca das possibilidades tecnológicas para o cuidado da colostomia.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

## CASO 7

E.F., 82 anos, casado há 57 anos, branco, espírita, natural de Rio Grande/RS, Profissão = aposentado, ex-tabagista, com ensino médio completo, teve três filhos e tem dois netos, Altura= 1.75m, Peso= 80Kg; diagnosticado com diverticulite e tumor de reto (novembro de 2009), culminando em cirurgia de colostomia permanente à esquerda, após episódios de fezes diarreicas com sangue vivo. Submeteu-se a sessões de radio e quimioterapia, sem presença de metástases. Pele com manchas senis e pouco turgor. PA= 130X90mmHg; pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório eupnêico; diabetes melito II. Com histórico de câncer na família (pai e irmão mais velho). Fraqueza muscular no MIE. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos, devido ao glaucoma; acuidade auditiva diminuída à direita, sensação gustativa preservada, sensação olfativa e tátil sem particularidades; usa prótese auditiva há sete anos, com prótese dentária superior e inferior, sem dificuldade para mastigação. Voz/fala sem alteração. Apresenta bom humor com relação ao envelhecimento e o uso das próteses:

*Quando começa a desmontar o vovô, tira aqui, tira óculos, tira os dentes, tira o ouvido, a bolsinha (...). [Risos].*

Não teve quedas após a estomização. Padrão alimentar regular 5x/dia, abdome sem presença de distensão. Com boa ingesta hídrica. Eliminações intestinais com constantes flatulências e urinárias sem particularidades. Inativo sexualmente. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs com algumas limitações, devido o processo fisiológico do envelhecimento, e cuida sua esposa dependente. Lucido e

orientado, com lapsos de memória. Sono/repouso sem alteração. Refere que não teve dificuldades de frequentar ambientes sociais, sempre com o apoio dos familiares. Considera-se alegre e bem com sua saúde mental e emocional, ressaltando a família como mais importante em sua vida:

*Família é tudo. Família é tudo para nós. Fico cuidando, fazendo para um, fazendo para outro. Fiz a casa para um, vou lá acertar a do outro. Sou pau para toda obra... Agora estou dando um chega para lá porque não tenho mais condições de fazer (...). A idade, como com 82 anos?! Não vou andar subindo em um telhado.*

Conta sempre com o apoio de familiares, o que facilitou o processo de aceitação/autonomia no cuidado e relações sociais, mesmo com o envelhecimento, apesar da notícia do tumor e da resignificação acerca de si e de sua condição, evidenciado na fala abaixo:

*O médico chegou e disse: o negócio é assim, tens um câncer no reto. Agora, tens uma coisa muito boa e outra ruim. Uma coisa muito boa é que esse tumor está a dois centímetros do outro, não tem como tirar ele. Vamos ter que amputar, tirar o reto fora. Tirando o reto fora ficas livre de qualquer coisa, e o ruim é que vais ter que botar a bolsa da ostomia para o resto da vida. Disse: Ainda bem que nasci para rodar bolsinha. (risos).*

*É. Desde a primeira [troca de bolsa]... Saí do hospital, a primeira foi eu que botei.*

*Não. Não tenho problema disso [estomia], não tenho. Como se diz: não chega a ser problema para mim. É desgastante [lidas da casa]. Não é problema porque gosto de fazer, gosto de trabalhar. Se fosse problema já teria uma empregada. Não quero, deixa. Acho melhor assim. Não tenho isso aí [problemas com a estomia]. (...). Não dá mais agora. A idade pesa para tudo... Não dá mais certo, para ir fica incomodando os outros.*

Considera-se com boa saúde mental e emocional, não ocorrendo mudanças significativas em seu modo de vida, mantendo suas rotinas. Acredita que sua condição financeira é boa. Demonstra forte apego à esposa, apesar dela ser dependente e viver com dificuldades com a doença, evidenciado abaixo:

*Hoje não sou eu, não somos dois, somos um só. A dor que ela sente, eu sinto e que eu sinto, ela sente. Não vou comer isso aqui, sem dar a metade para ela (...). Agora somos um só... Ah! gasto tanto de remédio. Graças a Deus que posso gastar tanto de remédio. Porque tem uma vantagem de gastar em remédio... Vou na farmácia e compro medicamento dela..., compro o meu da pressão do olho...*

Com relação ao cuidado da ostomia, consegue realizar a limpeza e a troca da bolsa que pode durar até 6 dias, usa água e sabão, o rolon película semipermeável e o líquido limpador. Refere que fez algumas adaptações por meio de uma mangueira acoplada no 'chuveirinho', o que facilita a limpeza dentro da bolsa. Tem plano de saúde, mas recorre a hospital SUS para a cirurgia e atendimento ambulatorial. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG há sete anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado por ele e/ou filho, ressaltando a importância do grupo e das relações com outros estomizados, como na fala abaixo:

*Acho muito bom. Porque conversamos... É uma coisa assim, por exemplo, tens uma doença e não sabes o que é. Depois que tens aquela doença é que vais ver quantos na tua volta tem... fulano, beltrano, ciclano... teve um infarto e fulano também teve... Acho que conversando vamos nos tranquilizando mais.*

Quanto à espiritualidade, considera que há uma relação importante entre Deus e sua condição como estomizado, descortinando o processo de experienciar a vida, demonstrado na fala abaixo:

*Porque acho que as coisas são como são, não como nós queremos. Tudo que Deus me dá é bom. Nunca tem que achar nada ruim. Às vezes, o que pensas que é ruim é bom, e o que pensas que é bom é ruim... Às vezes, assim, ah, tenho um bom dinheiro... Tem que dar um anel de brilhante para a esposa e ela acha que é pouco... Se não tenho nada, dou uma lata de talco, um perfume e ela acha muito bom... Acho que as coisas são, não como queremos...*

*Acho a vida assim, tudo que vem é porque tem que vir. Tenho bastante fé. Cada um é cada um. Frequento sessão porque gosto...*

A moradia é adequada, espaçosa e de alvenaria, com fossa. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Desconhece sobre os direitos dos idosos e como portador de deficiência física (ostomia).

### **Ações Ecológicas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Orientação quanto à importância da consulta com o geriatra, a fim de evitar a polifarmácia.
- Esclarecimento sobre ingestão de mais líquidos, uma alimentação saudável, exercícios leves que possam auxiliar na eliminação dos gases. Assim, o intestino funciona melhor quando a pessoa, também, mantém horários para se alimentar.
- Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

### **CASO 8**

T.A.B, 79 anos, branca, viúva, católica, natural do Rio Grande/RS, profissão= pensionista, com ensino primário incompleto, teve uma filha e um neto, Altura= 1.65m, Peso= 99Kg, diagnosticada com tumor de bexiga, culminando em uma urostomia permanente à direita (outubro de 2007), após episódios de hemorragia vaginal e urina com sangue. Não se submeteu às sessões de quimio e radioterapia, sem metástases. PA= 110X70 mmHg; com histórico de hipertensão e osteoporose. Pele com manchas senis e pouco hidratada, com deiscência de sutura após a cirurgia; pulso cheio, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório eupnéico. Dor em MIE, usa bengala para auxiliar na caminhada devido o sobrepeso. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos; acuidade auditiva diminuída, sensação gustativa preservada; sensação olfativa e tátil sem particularidades; com prótese dentária superior e inferior, sem dificuldade para mastigação. Voz/fala sem alteração. Há algum tempo não faz exame de Papanicolau e mamografia. Saúde física e emocional boa com relação ao envelhecimento e a estomia. Refere que apesar dessas experiências, não ocorreu mudanças significativas em seu modo de vida, mantendo suas rotinas, como na fala abaixo:

*eu faço palavras cruzadas que eu gosto, adoro ir no bingo, assim eu me distraio e vejo outras pessoas, no bingo muitas pessoas que eu conheço sabem que eu uso bolsa.*

*continuo ativa ainda mais rueira que antes fiz até um cruzeiro fiquei 9 dias num navio maravilhoso já fui para muitos lugares depois de ostomizada.*

Adaptou-se à sua nova condição, apesar de perceber a ostomia e as tecnologias de cuidado como algo complicado, sendo necessária a intervenção do enfermeiro do Serviço de Estomaterapia para apropriar essas tecnologias e promover o processo de enfrentamento, como no depoimento a seguir:

*sim, depois que eu comecei a ir nas reuniões, eu aceitei, antes eu achava que era o fim do mundo usar a bolsinha, eu achava que era tipo aquela que se usa por fora com uma sonda, pois antes de usar eu já estava apavorada, eu via outras pessoas com aquilo e me sentia assustada com uma mangueira e uma bolsa com o xixi aparecendo, aquilo é nojento (...).*

*Eu já me acostumei, já fazem 5 anos. Me dei muito bem com ela [bolsa] as outras não deu certo, quando eu saia e já ia chegando na esquina foi que eu vi que estava toda molhada, Meu Deus ! Descolou (...), então eu peguei todas as bolsas que eu tinha e levei para enf e disse que eu não tinha me adaptado, porque ela não colava eu acho que era por eu ter barriga grande então eu peguei esta e graças a Deus deu certo me adaptei muito bem e nunca mais aconteceu de novo eu só uso esta, mas eu sei que esta não é para isto [usa bolsa de colostomia].*

Não teve quedas após a estomização. Padrão alimentar regular 3x/dia, abdome sem presença de distensão. Com boa ingesta hídrica. Eliminações intestinais com constipação, necessitando de laxantes e urinárias sem particularidades. Inativa sexualmente. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs com algumas limitações. Lúcida e orientada, sem perda de memória. Sono/repouso sem alteração. Refere que não teve dificuldades de frequentar ambientes sociais, sempre com o apoio dos familiares. Considera a família como mais importante em sua vida:

*a minha família é muito importante, e continua sendo, tenho uma filha boa a família em primeiro lugar e o marido que Deus levou tenho uma filha nota 10, um genro nota 10 e um neto nota 1000, não posso me queixar da vida, se meu marido estivesse vivo seria outra coisa, porque eu vivia com ele, mas Deus levou. Minha filha é minha família*

Com relação ao cuidado da ostomia, consegue realizar a limpeza e a troca da bolsa que pode durar até 6 dias, usa água e sabão. Tem plano de saúde, mas recorre a

hospital SUS para a cirurgia e atendimento ambulatorial. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de cinco anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado por ela e/ou filha, ressaltando a importância do grupo e das relações com outros estomizados, apesar do medo e receio inicial, como no depoimento abaixo:

*Eu achava um horror, pois eu nunca tive contato com alguém que tivesse usado ou que tivesse passado por isto, foi só com o médico que ele me explicou, mas eu ainda não estava convencida de que ia dar certo. Eu achava que eu ia ficar fedendo a xixi o tempo todo. Ele [médico] ainda disse: quem foi que lhe disse que ia ficar fedendo a xixi? Tem muitas pessoas que usam e não tem cheiro nenhum, e na primeira vez ele mandou eu conhecer o grupo de ostomizados, mais eu não quis, eu pensava que eles só falariam em doenças e quando eu fui na minha primeira reunião eu voltei com outro pensamento, eu vi pessoa de todo o tipo jovens, casados, moças tão bonitas e com tanta vida pela frente. Eu só não gostava de uma coisa: eu vi muitas pessoas chorarem, será que é por causa da bolsa?*

*A enfermeira ia lá [Serviço] e tentava acalmar as pessoas e dizia que vai passar mais eu até que aceitei bem eu escutava o pessoal falar que isto incomodava e que dói mais. A minha [ostomia] nunca doeu eu acho que tem muita gente que se assou mais eu nunca me assei, porque eu cuido muito para que isto não aconteça. Eu gostei muito das reuniões, eu aprendi muito.*

Acredita que sua condição financeira é boa. A moradia é adequada, espaçosa e de alvenaria. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Desconhece sobre os direitos dos idosos e como portador de deficiência física (estomia). Quanto à espiritualidade, refere que é e foi fundamental no processo de aceitação, adaptação e continuidade de sua rotina, expressado na fala abaixo:

*Eu adoro, acredito muito em Deus, Deus é tudo. É tudo, é muito poderoso e sem a ajuda dele a gente não é nada se não tem fé e não pede ajuda a ele, ele que sabe todas as coisas porque antes de eu me operar eu estava apavorada, antes de me operar eu subi lá na capelinha e acendi uma velinha, rezei muito e pedi muito para que ele me iluminasse e abrisse o caminho, sabe que quando desci de lá, eu com uma fé, e disse para minha filha: eu vou me operar amanhã vou no médico e falar para ele marcar então eu acho que Deus é tudo.*

#### **Ações Ecosystemáticas Aplicadas**

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.

- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

-Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral.

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).

- Orientação quanto aos horários para se alimentar, o que promove o funcionamento adequado do intestino.

- Esclarecimento sobre ingestão de mais líquidos, uma alimentação saudável, exercícios leves que podem auxiliar o intestino a manter suas funções.

### **CASO 9**

D.S., 74 anos, casado, pardo, católico, natural de Pedro Osório/RS, profissão= aposentado, com ensino primário incompleto, teve quatro filhos, sete netos e dois bisnetos, ex-tabagista, Altura= 1.76 m, Peso= 110Kg, diagnosticado com tumor de reto, culminando em uma cirurgia de colostomia temporária à esquerda, após episódios de fezes com sangue vivo. Submeteu-se a sessões de radio e quimioterapia, com presença de metástases ósseas. Pele desidratada e com marcas de punções (hematomas) devido as sessões de quimioterapia, manchas escuras e descamadas em MMII. PA= 140x90 mmHg; pulso cheio, batimento cardíaco levemente alterado e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório eupnêico; diabete melito II, portador de gota, gastrite e hérnia de disco na coluna. Com histórico de câncer na família (mãe). Fraqueza muscular nos MMII e dor nas articulações. Refere outras cirurgias como colocação de duas pontes de safena e ressecção de próstata. Palpitação após caminhadas e esforços. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos; acuidade auditiva diminuída à esquerda, sensação gustativa alterada; sensação olfativa alterada e tátil com presença de formigamentos; com prótese dentária superior e inferior, com dificuldade para

mastigação, devido a dor e ao não encaixe correto da prótese. Voz/fala sem alteração. Paladar com alteração. Teve queda após a estomização, com lesão de MMII. Padrão alimentar regular 4x/dia, abdome sem presença de distensão. Com boa ingesta hídrica. Eliminações intestinais com constantes flatulências e urinárias com presença de ardência. Ativo sexualmente. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs com algumas limitações, mas auxilia no serviço doméstico. Lucido e orientado, mas com lapsos de memória. Sono/repouso com episódios de insônia. Refere que teve dificuldades de frequentar ambientes sociais, por medo de romper a bolsa de carboxicelulose, sempre com o apoio dos familiares, não deixando de sair de casa para continuar sua rotina de moto, embora com limitações, evidenciado abaixo:

*agora eu fico com medo, por causa que as vezes eu vou para a igreja, chego lá na igreja e aquilo começa a senti aquele cheiro, mas agora com essa [químio] (...)*

*normal (...) só me alterou o trabalho, serviço..., daqui a pouco eu me levanto, eu saio agarrando isso aqui [bolsa coletora], vou no banheiro, chego lá despejo lá, lavo, faço tudo, e me deito de novo. Às vezes fico com vontade de querer sair, mas não estou bom da barriga... porque isso aqui para encher é rapidinho, em casa já aconteceu de eu despejar, três quatro vezes no dia, de enche e sai...então a pessoa sai com uma coisa assim (...).*

*eu tenho medo, porque as vezes vou sair num lugar que aconteça alguma coisa...como, nos fomos lá, lá perto de morro redondo, chegamos lá, quando nós vimos...eu acho que eu fico sentado no banco assim, e aquilo foi crescendo e eu não me dei por conta, ai estouro por baixo, ai não deu outra...sorte que tinha levado água, roupa, ai troquei tudo na beira da estrada (...).*

Considera-se alegre e bem com sua saúde mental e emocional, ressaltando a família como mais importante em sua vida, bem como se percebe jovem apesar do envelhecimento, evidenciado na fala abaixo:

*(...) tu sabe o idoso hoje, talvez até está diferente, pelo estudo (...) mas naquele tempo que os idosos sabiam com sacrifício, sabia dar um outro jeito na vida (...). Eu não assumi que eu sou velho, (...) porque eu não sou [risos], eu acho que eu ainda sou muito novo, eu tenho muita esperança, que eu estou muito novo (...).*

Com relação ao cuidado da ostomia, consegue realizar a limpeza, porém a troca da bolsa também pode ser realizada pela esposa, que pode durar de dois a três dias, usa água e sabão, e esparadrapo para aderir a bolsa ao abdome. Desconhece

outras tecnologias de cuidado. Tem plano de saúde, mas recorre a hospital SUS para a cirurgia e atendimento ambulatorial. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de um ano, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado por ele e/ou filha, ressaltando a importância do grupo e das experiências vivenciadas por outros estomizados. Quanto à espiritualidade, considera que há uma relação importante entre Deus e sua condição como estomizado, bem como percebe que a aceitação perpassa pelo equilíbrio familiar, evidenciado na fala abaixo:

*Mais paz, mais tranquilidade. Eu sinto firmeza nas coisas, eu sinto sempre...e isso que os filho gostam de mim muito por causa dessa minha firmeza, porque eu não emborracho não fico ... porque o que os filhos acham, os filhos querem que o pai esteja sempre ativo, numa boa...*

A moradia é adequada, espaçosa e de alvenaria, porém necessita de adaptações conforme suas necessidades, como na fala a seguir:

*Eu tenho quem me cuidar, eu me cuido muito disso ai. (...). Eu vou colocar umas barras.*

Refere que fez algumas adaptações por meio de uma extensão na mangueira do 'chuveirinho', bem como construiu um banheiro somente para as eliminações da bolsa. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Desconhece sobre os direitos dos idosos e como portador de deficiência física (ostomia).

### ***Ações Ecosystemáticas Aplicadas***

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Orientação quanto à importância da consulta com o geriatra, a fim de evitar a polifarmácia.
- Esclarecimento sobre as tecnologias ofertadas no Serviço de Estomaterapia, a possibilidade do uso do consil.
- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).

## CASO 10

N.L, 93 anos, branca, viúva, católica, natural de Caçapava do Sul/RS, profissão= aposentada, com ensino primário incompleto, teve sete filhos, ex-tabagista, Altura= 1.50m, Peso= 65 Kg, diagnosticada com adenocarcinoma de reto, culminando em uma colostomia permanente (novembro de 1993), a pós episódios de fezes com sangue. Com histórico de câncer na família (irmãos e pai). PA= 140x80 mmHg; ansiedade e depressão, hérnia paraostomal, sem DCNT. Refere ter feito cirurgia oftalmológica. Pele com manchas senis e pouco turgor; pulso fino, batimento cardíaco rítmico e ausculta pulmonar sem sons adventícios, padrão respiratório bradipnêico. Teve três episódios de parada cardíaca durante a cirurgia de colostomia. Dores/tremores musculares e cansaço após esforços. Acuidade visual diminuída necessitando de óculos; acuidade auditiva diminuída, sensação gustativa preservada; sensação olfativa e tátil sem particularidades; com prótese dentária superior, sem dificuldade para mastigação. Voz/fala sem alteração. Há algum tempo não faz exame de Papanicolau e mamografia. Revela saúde física e emocional boa com relação ao envelhecimento e a estomia, ao referir que apesar da aceitação permanece mais em casa devido as limitações da idade e a dificuldade para caminhadas. Apresentou quedas (fratura de braço e fêmur) necessita de andador e barras nas paredes da casa (adaptação ambiental). Padrão alimentar regular 4x/dia, abdome sem presença de distensão. Com boa ingestão hídrica. Eliminações intestinais sem particularidades e urinárias com incontinência, usa fralda pela noite. Inativa sexualmente. Há algum tempo não faz exame de Papanicolau/ mamografia, em uso de hormônio feminino. Utiliza medicações com prescrição. Realiza as AVDs com algumas limitações, somente tarefas leves, como bordar. Lucida e orientada,

mas com episódios de tonturas. Sono/repouso sem alteração. Refere que não teve dificuldades de frequentar ambientes sociais, sempre com o apoio dos familiares, ficando restrita devido às quedas. Considera a família como mais importante em sua vida, no entanto, percebe a morte como um elemento próximo quando se está em uma situação de cirurgia, em especial a relacionada com a presença do câncer, como na fala abaixo:

*Medo de morrer, não (...), porque sei que tem que morrer um dia. Só peço a Deus que não sofra muito. Quando Deus me dar a hora de levar, que leve em seguida, não faça sofrer. Já estou sofrendo desse jeito. Que me leve em seguida. De morrer não tenho medo (...). Tenho medo de sofrer (...).*

Com relação ao cuidado da ostomia, não consegue realizar a limpeza e a troca da bolsa que pode durar até 4 dias, sendo realizado pelas filhas, inclusive o banho, por medo de quedas. Utiliza lenços umedecidos para limpar e retira a bolsa no banho, usa água e sabão. Tem plano de saúde, mas recorre aos postos de saúde somente para vacinação e hospital SUS para a cirurgia/ atendimento ambulatorial. Cadastrado no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG, há cerca de dezenove anos, no qual recebe os produtos para o cuidado da ostomia, retirado pela filha, ressaltando a importância do grupo e das relações com outros estomizados (inicialmente retirava no Serviço, após as quedas, a ida ao serviço é feita pela filha), evidenciado no depoimento:

*Cuidava, cuidava. Agora que não cuido porque se me abaixar, qualquer coisa assim, caiu ... Então, me sento lá em um banco, perto do vaso, e ela lava a minha bolsinha ou então muda. Se precisar mudar, ela muda. Ela que vai buscar, quase sempre é ela. Ela também vai buscar... a bolsinha para mim*

Quanto à espiritualidade, acredita que sua fé lhe ajuda a compreender sua condição e contribui no processo de aceitação, como na fala a seguir:

*Vou vivendo... não peço para morrer. O senhor é que sabe o que vai fazer de mim. Senhor, não me deixa morrer. Me cuida. Faz com que eu aguente viver. Então, vou indo..*

*Não, não tenho dor. Só tem uma coisa, de noite vou arrumar a minha cama... Toda hora estou urinando, o Dr. disse que é da velhice. Então, de dia controlo... vou lá urino. De noite, durmo e urino na cama, então na cama ela [filha] me bota fralda. No outro dia, quando ela tira a fralda, levanto e quando vou arrumar a minha cama fico*

*cansada. De estender a cama até arrumar as coisas... quando coloco a minha roupa e vou me deitar estou [som de ofegante] com aquela coisa. Começo: Deus me ajuda. Tira isso (...). E ele tira... Tenho muita fé em Deus...*

Acredita que sua condição financeira é boa. A moradia não é considerada adequada, pequena e de madeira, com barreiras arquitetônicas (escadas e elevações no piso), necessitando de adaptações. Realiza o descarte dos restos dos produtos usados no cuidado no lixo comum. Desconhece sobre os direitos dos idosos e como portador de deficiência física (estomia).

### ***Ações Ecológicas Aplicadas***

- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização desse idoso a fim de que se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.
- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.

### ***Ações Gerontotecnológicas Aplicadas***

- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
- Orientação quanto à importância da consulta com o geriatra.
- Esclarecimento sobre as tecnologias ofertadas no Serviço de Estomaterapia, a possibilidade do uso do consil.

É apresentado abaixo um quadro voltado à comparação entre aos idosos investigados, desenvolvidos por: identificação dos idosos ostomizados e proposta de ações ecológicas e gerontotecnológicas.

Quadro 1. Proposição/síntese de ações de cuidado complexo/ecossistêmico/gerontotecnológico<sup>7</sup>. Rio Grande/RS, ano 2012.

Idosos ostomizados	Proposta de ações Ecosistêmicas	Proposta de ações Gerontotecnológicas
1	<p>- Orientação quanto à necessidade de adaptação ambiental (domicílio) às necessidades da idosa com relação à estomia e as alterações posturais/dores musculares pela idade (risco de queda), como a atenção ao piso, banheiro e outros cômodos da casa;</p>	<p>- Realização dos cuidados com estomia como a colocação da bolsa de carboxicelulose, limpeza do estoma e pele periestomal mediante o incentivo de tomada de decisão para o enfrentamento para desempenhar o cuidado independente;</p> <p>- Orientação direcionada à autonomia e independência da(o) idosa(o) a fim de que realize os cuidados com a estomia de forma correta (uso de água e sabão neutro na limpeza, corte da bolsa ideal conforme tamanho do estoma e aplicação sobre a pele), considerando suas AVDs e rotinas do dia a dia, medos/conflitos e processo de enfrentamento;</p> <p>- Esclarecimento quanto à importância do familiar no envolvimento com os cuidados da estomia e esclarecimentos quanto às possibilidades desse novo processo para que haja a adaptação/aceitação.</p>
1,2,3,4,5,6,7 e 8		<p>-Orientação quanto à limpeza das gengivas, bochechas e língua utilizando escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água, pelo uso das próteses dentárias, evitando infecções na cavidade oral. Realizar troca da escova dentária de três em três meses, preferencialmente.</p>

<sup>7</sup> Ações ecosistêmicas e gerontotecnológicas aplicadas considerando a especificidade e unicidade relacionada a cada idoso ostomizado da pesquisa, o que explica a não ocorrência concomitante, no entanto, ressalta o antagonismo, a dialogicidade e a recursividade proveniente do cuidado de Enfermagem complexo.

1,2, 3,4,5,6,7, 8,9 e 10	- Esclarecimento sobre o descarte dos produtos que foram usados, após a limpeza do estoma, como forma de sensibilização dessa idosa a fim de se dê os processos hologramáticos/recursivos/dialógicos com o ambiente.	- Distribuídas duas cartilhas: o Estatuto do Idoso (lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a lei do portador de deficiência física e acessibilidade (Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004).
2,	-Orientação quanto à procura dos serviços de limpeza pública para buscar esclarecimentos quanto ao processo de separação do lixo, em especial, as bolsas de carboxicelulose (resíduo hospitalar).	
1, 2, 3,4,5,6, 7,8,9 e 10	- Trocas/aprendizagens sobre as possíveis adaptações ambientais, em especial o banheiro.	
2,		<p>- Orientação quanto à ida a um psicólogo para descortinar as questões da aceitação real da ostomia e o isolamento social proveniente do medo de possíveis problemas com a bolsa de karaya.</p> <p>- Informação quanto à importância do repouso para evitar prolapso da hérnia em casos de esforços.</p> <p>- Orientações quanto a realizar caminhadas e alongamentos leves e passeios ao ar livre como forma de minimizar o isolamento social, promover a integração social e facilitar o retorno venoso e evitar o sedentarismo.</p>
3,	- Orientação sobre o uso de barras em outros cômodos, não somente no banheiro, a fim de evitar possíveis quedas.	
3,		- Orientação quanto à adaptação do cinto para suporte em conjunto com a bolsa,

		para facilitar as atividades como hidroginástica e, assim, promover hábitos saudáveis, circulação e o autoimagem/autoestima.
4		-Acompanhamento da consulta no médico e orientações quanto à realização adequada do HGT- horários e ingestão hídrica adequada. - Esclarecimento quanto à promoção da saúde considerando a melhora das assaduras quanto à higiene íntima a cada vez que urinar e secar bem a região; se possível expor a área com assadura ao sol, o que facilita a cicatrização da pele.
5,9 e 10		-Esclarecimento sobre as possibilidades tecnológicas, como o uso do consil que é um dispositivo de oclusão momentânea do estoma e oportuniza a ida a lugares antes não planejados, como piscina ou praia, considerando a limpeza intestinal de forma adequada.
6		- Orientação acerca das possibilidades tecnológicas para o cuidado da colostomia.
7, 9 e 10		- Orientação quanto à importância da consulta com o geriatra, a fim de evitar a polifarmácia.
7 e 8		- Esclarecimento sobre ingestão de mais líquidos, uma alimentação saudável, exercícios leves que possam auxiliar na eliminação dos gases. Assim, o intestino funciona melhor quando a pessoa, também, mantém horários para se alimentar.

## 5 DISCUSSÃO COMPLEXA DOS RESULTADOS

(...) Ao se (des)folhar o tempo, os caminhos fazem as escolhas ... Ou se fica a reprisar os dias (com)sentidos e sonhados, ou se busca inspirar para o instigante desafio de conjugar o agora, conciliado consigo mesmo (MENDES, 1988)

Neste capítulo apresento três artigos científicos, no primeiro, “Cuidado de Enfermagem ao Idoso Estomizado baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade/Incapacidade/Saúde”, descrevo a interface entre saúde complexa, ser humano complexo e os fatores que ligam saúde/incapacidade/funcionalidade, mediados pelos componentes da CIF (funções/estruturas do corpo; atividades/participação; ambiental/pessoal), permitem a reforma do pensamento, ou melhor, a reforma do cuidado ao idoso portador de uma deficiência – a estomia na velhice. Assim, é possível perceber os aspectos físicos e biopsicossociais comuns entre os idosos, que tornam o cuidado de Enfermagem complexo e multidimensional. Foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

No segundo artigo, “Idoso Estomizado: tecnologias para promoção do cuidado a partir da Complexidade” são discutidos dois tipos de tecnologias que contextualizam o processo de autocuidado do ser humano idoso estomizado: tecnologia de equipamentos e tecnologia educativa. É trazido como contribuição social o uso das tecnologias pelos idosos estomizados, como forma de redimensionamento do cuidado, a partir de suas próprias construções e percepções após a estomia. Foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

No terceiro artigo, “Ser Humano Idoso Ostomizado e ambientes de cuidado a partir da Complexidade”, são abordados três tipos de ambientes que circundam o contexto de estomização do ser humano idoso: domiciliar, grupal e hospitalar. Vincula múltiplos significados da relação do ambiente e o processo de cuidado de Enfermagem complexo. Foi elaborado segundo as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem.

## 5.1 ARTIGO 1

**CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO AO IDOSO OSTOMIZADO  
BASEADO NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE/  
INCAPACIDADE/ SAÚDE<sup>8</sup>**

**COMPLEX NURSING CARE TO THE OLD OSTOMY PATIENT BASED ON THE  
FUNCTIONALITY/INCAPACITY/HEALTH INTERNATIONAL CLASSIFICATION**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL COMPLEJO MAYOR OSTOMÍA BASADO EN  
LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO /  
DISCAPACIDAD / SALUD**

**Edaiane Joana Lima Barros<sup>9</sup>, Silvana Sidney Costa Santos<sup>10</sup>**

**RESUMO:** Estudo de caso pautado no referencial teórico metodológico da Complexidade de Edgar Morin que entrelaça conceitos, sem um ponto final. Objetivou-se identificar ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso ostomizado, numa abordagem complexa por meio da Classificação Internacional da Funcionalidade/Incapacidade/Saúde. Desenvolveu-se entrevista com 10 idosos ostomizados cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região Sul do país, no período de junho a agosto de 2012. Foram respeitados os princípios éticos. Das falas foram apreendidas as experiências e agrupadas em duas categorias: Ações ecossistêmicas e Ações gerontotecnológicas. O apoio da família/profissionais de Enfermagem é fundamental para o enfrentamento das limitações, no sentido de desmistificar a deficiência/incapacidade/saúde desses seres humanos idosos, promovendo o autocuidado e a autonomia a partir de experiências e ações planejadas considerando as questões ecossistêmicas e gerontotecnológicas.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Ostomia; Idoso; Classificação Internacional de Funcionalidade/ Incapacidade/ Saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT:** It is a study case lined in the Edgar Morin's complex methodological-theoretic referential that puts concepts together without a closure. The study aimed to identify the eco systemic and gerontology technological actions, observing a nursing/health care to the old Ostomy patient in the Functionality/Incapacity/Health International Classification complex approach. Ten old Ostomy patients registered in the Ostomy therapy service of a University Hospital were interviewed between June and August of 2012. Ethical principles were respected. In the interviews, the experiences were

---

<sup>8</sup>Artigo a ser encaminhado à **Revista Brasileira de Enfermagem** - REBEN, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: O Cuidado de Enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado; apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf/FURG, no ano de 2012. As normas podem ser observadas em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-7167&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-7167&lng=pt&nrm=iso)

<sup>9</sup> Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr/FURG. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação - GEP-GERON/CNPq e do Grupo de Estudos da Complexidade – GEC/CNPq. Rua Santa Catarina, 536 Apto 1, Municipal. Rio Grande/RS. CEP: 96211600. E-mail: [edaiane\\_barros@yahoo.com.br](mailto:edaiane_barros@yahoo.com.br)

<sup>10</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEP-GERON. Pesquisadora do CNPq. Rio Grande/RS/Brasil.

divided into two categories: Eco systemic Actions and gerontology Technological Actions. The family and the Nursing professionals support is fundamental to face the boundaries, in the sense of demystify the deficiency/incapacity/health of these old human beings, promoting the self-care and the autonomy out of the experiences and actions planned considering the eco systemic and gerontology technological issues.

**Key Words:** Nursing Care; Ostomy; Old people; Funcionalidad/Incapacidad/Health International Classification. Nursing.

**RESUMEN:** Estudio de caso de Yin, basado en el marco teórico de la complejidad de Edgar Morin entrelazar conceptos sin fin. Este estudio tuvo como objetivo identificar las acciones y los ecosistemas gerontotecnológicas encaminadas a una atención de enfermería / salud ostomizado las personas mayores, a través de un enfoque complejo CIF. Desarrollado entrevista con 10 ancianos ostomizados registrados estomaterapia servicio en un hospital del sur de Brasil, de junio a agosto de 2012. Eran los principios éticos. A partir de los discursos fueron incautados experiencias y se agrupan en dos categorías: las poblaciones de los ecosistemas y gerontotecnológicas Acciones. Llegamos a la conclusión de que el apoyo de los profesionales de la familia / de enfermería es esencial para hacer frente a las limitaciones con el fin de desmitificar la discapacidad / incapacidad / salud de estas personas mayores, promoviendo el autocuidado y la independencia de las experiencias y acciones previstos teniendo en cuenta la gerontotecnológicas y las cuestiones ambientales.

**Palavras chave:** Cuidados de Enfermería; Ostomía; Ancianos; Clasificación Internacional del Funcionamiento/ de la Discapacidad/ de la Salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O cuidado de Enfermagem complexo direcionado ao idoso ostomizado constitui-se por um fazer hologramático, recursivo e dialógico em que o enfermeiro considera alguns aspectos como a saúde, a funcionalidade e a incapacidade do ser humano que é cuidado. Faz-se necessário conhecer as relações humanas/rede de apoio, as percepções e as especificidades da pessoa idosa ostomizada, considerando o contexto ambiental e pessoal, o enfrentamento positivo/negativo e as limitações após a ostomia.

A Complexidade é um referencial pautado em conceitos que estão constantemente em processo de construção, sem um ponto final, que tende a buscar a religação de saberes, união e disjunção<sup>(1)</sup> na tentativa de compreender a multidimensionalidade que envolve a acessibilidade e as tecnologias do cuidado.

O uso de elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pode ser uma possibilidade de vislumbrar a pessoa idosa ostomizada em sua integralidade. É possível estabelecer um olhar sobre o todo e as partes, à medida que permite a investigação clínica, pedagógica e politico-social. É importante a articulação de novas propostas teóricas com os princípios essenciais da profissão, que vise à compreensão das possíveis aplicações/implicações de elementos da CIF no diagnóstico, avaliação e proposição de novas práticas de enfermagem<sup>(2)</sup>.

Nesse sentido, a estratégia é aberta, evolutiva, enfrenta o imprevisto, o novo, se desdobra em situações aleatórias, utiliza o risco, o obstáculo, a diversidade, com o objetivo de desmistificar as incertezas<sup>(1)</sup>. Para realizar um cuidado de Enfermagem complexo é necessário compreender a condição humana e suas relações, as quais, recursivamente, dependem do ambiente e da especificidade do ser humano que é cuidado ou cuida-se. Educar, cuidar e permitir o autocuidado são desafios colocados aos enfermeiros que acompanham idosos portadores de ostomias, já que uma diversidade de sentimentos, percepções e conflitos fazem parte do enfrentamento da ostomia nessa fase da vida.

A complexidade que envolve o cuidado de Enfermagem direcionado ao idoso ostomizado, a partir de elementos dos componentes da CIF, pauta-se na tentativa do olhar sobre o olhar que olha, que considera os encontros e desencontros permitidos pela condição humana; as dimensões incertas e indeterminadas que desvelam-se ao longo da vida; as subjetividades que delineiam os processos divergentes e convergentes acerca de si; os fenômenos de ordem/desordem/organização, autonomia/dependência e os recursos autoecoorganizativos que fundamentam o pensar ético e estético do ser humano<sup>(3)</sup>.

Elaborar um cuidado de Enfermagem complexo é redimensionar um holograma, no qual se vislumbra a compreensão do ser humano como um todo a partir das partes, que segundo os elementos da CIF destacam-se as estruturas corporais, as atividades e a participação, o ambiente e os aspectos pessoais/individuais, por meio de ações que se dividem em ecossistêmicas e gerontotecnológicas.

A complexidade de uma organização ou organismo se processa por relações sociais complexas e não há como produzir conhecimento correto isolando o objeto de conhecimento de seu ambiente<sup>(4)</sup>. O ser humano em processo de construção ao longo da vida, em especial, o idoso que na velhice torna-se portador de ostomia, é um corpo que modifica a mente e a mente ao corpo e ainda há a influência do ambiente social e cultural no organismo biológico.

A questão de pesquisa deste artigo: Quais ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas podem operacionalizar o cuidado de enfermagem/saúde ao idoso ostomizado, numa abordagem complexa, por meio de elementos da CIF? A partir disso objetivou-se identificar ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso ostomizado, numa abordagem complexa por meio de elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade/Incapacidade/Saúde.

## **MÉTODO**

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso<sup>(5)</sup> a partir de Yin, apoiado na Complexidade de Edgar Morin como forma de aplicar/compreender alguns elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e, com isso formular ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas que atendam as necessidades do idoso ostomizado. O estudo de caso consiste em um método usado para contribuir com relação ao conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Permite que o investigador retenha características significativas dos eventos da vida real<sup>(5)</sup>.

Cinco homens e cinco mulheres, idosos portadores de ostomias cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região sul do país. Os critérios de inclusão foram: ambos os sexos; ostomização permanente ou temporária; que tiveram como origem um acidente ou patologia; apresentaram-se orientados e em condições de interagir com a pesquisadora.

O estudo foi desenvolvido inicialmente no Serviço de Estomaterapia em que se deu o contato com os idosos por telefone e a busca nos registros documentais, no período de maio a agosto de 2012. Depois no domicílio no qual se realizou a entrevista complexa que foi gravada, após autorização dos sujeitos, em que se delinearão questões baseadas nas especificidades apresentadas pelos idosos e elementos da CIF, bem como a realização do exame físico e observação sistemática. Antes da entrevista, os sujeitos foram informados do teor do estudo, do objetivo e da garantia de sigilo, e de imediato lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi por eles assinado.

A CIF<sup>(6)</sup> é fundamentada no princípio da universalidade. A funcionalidade e a incapacidade são aplicáveis a todas as pessoas, independentemente da condição de saúde. Ao diminuir o funcionamento em um ou mais níveis não é a marca de uma determinada classe minoritária de pessoas, mas uma característica da condição do ser humano, que é relacionada ao tempo de vida como um fenômeno universal, ou seja, ao envelhecimento.

A análise dos dados levou em consideração três estratégias; a primeira, estratégia geral, focou-se nas proposições teóricas e nos objetivos pesquisados, quando se procurou desenvolver uma estrutura teórica a partir dos casos estudados. A segunda, estratégia teórica, quando os dados foram comparados e contrastados com o que foi predito no protocolo de estudo de caso, foram realizadas suposições sobre o alcance da proposição inicial em que poderia ser sustentada ou rejeitada. A terceira, a estratégia descritiva, centra-se no alcance do objetivo geral<sup>(7)</sup>, quando foi respondido o objetivo geral e apresentadas as ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas.

Em atendimento à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da FURG obtendo aprovação sob n.º 99/2011, cujo processo 23116.006817/2011-51.

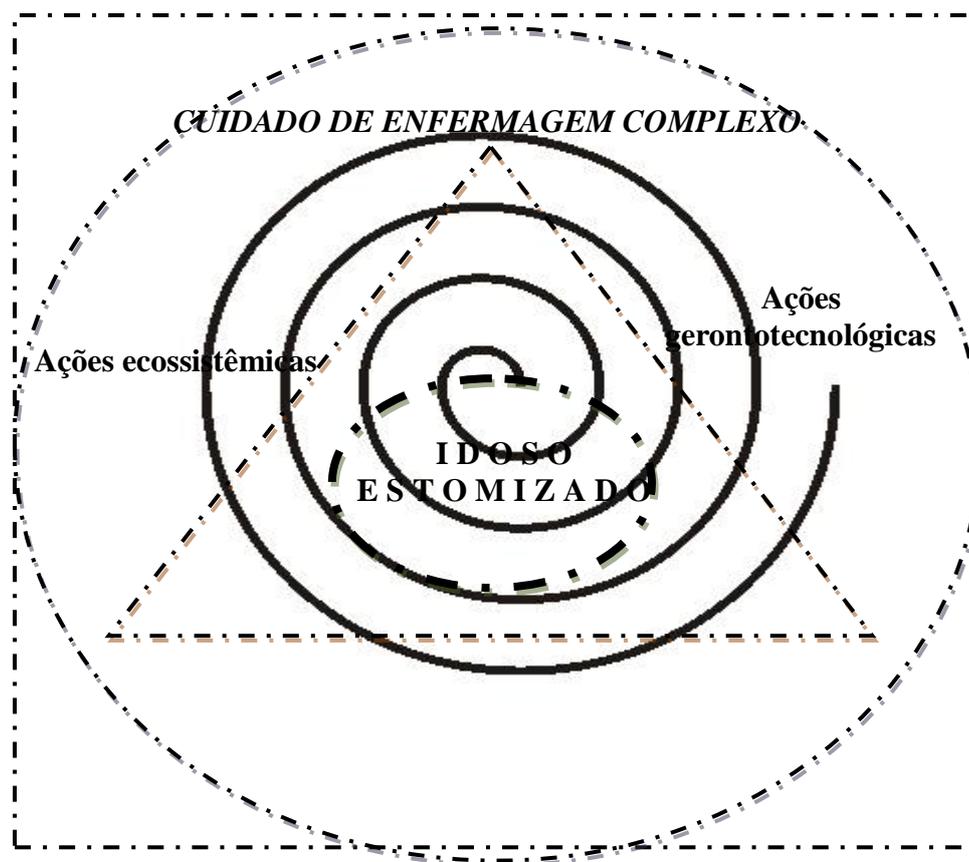
## **RESULTADOS**

São apresentados por meio do modelo teórico do estudo, em que o cuidado de enfermagem complexo ao idoso ostomizado perpassa pelas ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas. É importante destacar as características dos dez participantes idosos como forma de enfatizar que o cuidado não é transversal, mas multidimensional e singular, embora as semelhanças os façam compartilhar das ideias e formas de cuidado.

### *Caracterização sociodemográfica dos participantes*

Dos dez entrevistados, cinco eram mulheres e cinco homens. A idade foi de 60 a 93 anos. Predominou a religião católica; baixa escolaridade (1º grau incompleto); aposentados; porém continuavam exercendo algum tipo de trabalho doméstico; e vivia com companheiro. Alguns idosos apresentaram como diagnóstico médico câncer de reto, com algum tipo de doença crônica não transmissível; em tratamento medicamentoso; com dificuldades para aceitar a ostomia, mas a partir do contato com o Serviço de Estomaterapia e com o grupo de ostomizados, foi facilitada pelo processo de identificação. Possuem planos de saúde; moradia de alvenaria; desconhecem as políticas públicas voltadas ao idoso e ao ostomizado, bem como o descarte correto do lixo proveniente do cuidado com o ostoma.

O modelo teórico demonstra o cuidado complexo voltado ao idoso ostomizado, no qual é representado o caminho que foi percorrido durante esta pesquisa. Culmina em um cuidado de enfermagem complexo, pautado no idoso ostomizado e ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas, como centro do circuito recursivo. Essa relação demonstra a interatividade e a complexidade desse ser humano, necessitando um olhar ampliado e ações que direcionem para não fragmentação, ordem/desordem deste sistema multidimensional – o idoso portador de ostomia.



**Figura 1-** Modelo Teórico da Pesquisa

## DISCUSSÃO

Emergem questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com ostomia, levando-se em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento e a necessidade do cuidado multidimensional direcionado ao ser humano idoso ostomizado. Consideram-se, assim, duas categorias que surgem das vozes dos idosos ostomizados de um Serviço de Estomaterapia: Ações Ecológicas e Ações Gerontotecnológicas.

### *Ações Ecológicas*

Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade em geral, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis entre os seres humanos. Consideram-se, os possíveis distanciamentos aos diferentes sentidos e expressões produzidas por esses seres humanos. É a espacialização da autoorganização, um conteúdo que se expressa

de inúmeras formas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade<sup>(8,9)</sup>, contextualizando as ações ecossistêmicas, nas quais o ambiente precisa ser terapêutico a fim de que haja o processo de aceitação/adaptação, evidenciado no depoimento:

*“Eu tenho que me cuidar, eu me cuido muito disso aí [quedas]. (...). Eu vou coloca umas barras”*. (idoso 9, 74 anos)

O cuidado de Enfermagem complexo perpassa pela interface entre saúde, ser humano e os fatores que ligam saúde/incapacidade/funcionalidade, mediados pelos componentes da CIF (funções/estruturas do corpo; atividades/participação; ambiental/pessoal), permitem a reforma do pensamento, ou melhor, a reforma do cuidado ao idoso portador de uma deficiência – a ostomia na velhice. Busca-se o cuidado que valorize esse ser humano na sua totalidade biopsicossocial integrando as diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual, social/ambiental e espiritual.

A relação do ser humano com o ambiente não pode ser concebida de forma reducionista, nem disjuntiva. Ele emerge e distingue-se pela cultura, pensamento e consciência, o que pode interferir na concepção de tecnologia do cuidado. É necessário um resgate acerca do ser humano em cuja condição permeiam características biológicas e ao mesmo tempo culturais, como nascimento ou morte, comer, beber, entre outros que estão estritamente ligadas a normas, proibições, valores, mitos e ritos, portanto ligado ao cérebro, como em um holograma<sup>(10)</sup>. Constitui-se de forma hologramática, esse reolhar complexo e multidimensional que afeta o ambiente do idoso após a ostomia, evidenciado no depoimento:

*“ai eu dou um jeito na estrada, agora, se eu chegar num lugar público para esvazia minha bolsa, não, é que lugar público é meio complicado também, banheiro sujo, não, mas eu olho para o chão assim, como é que eu vou me ajoelhar ali naquela coisa, as pessoas urinam no chão, na tampa do vaso, eu prefiro o banheiro da minha casa (...)”*. (idoso 2, 65 anos)

Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é fundamental que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais, com banheiro adaptado à pessoa com deficiência, ostomia<sup>(11)</sup>. Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou gerontotecnologias adaptadas ou, especialmente, projetadas para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida considerando o ambiente de cuidado.

Há evidências da incessante busca por um ambiente saudável, impulsionada pelas insatisfações com as condições de vida oferecidas pelo processo civilizatório, e que motivam o ser humano a estabelecer vínculos e desenvolver conceitos - arraigados em valores individuais, culturais e históricos - estabelecendo íntima relação entre o ser e o ambiente e os processos tecnológicos<sup>(12)</sup>. Foi verificado que boa parte dos idosos ostomizados desconhecem sobre as políticas públicas voltadas ao idoso, ao portador de ostomia como um deficiente físico e as relações de cuidado com o ambiente como o descarte dos resíduos oriundos da ostomia, o que acarreta um *déficit* na busca por melhorias e na formulação de novas práticas de cuidado, evidenciado no depoimento:

*“eu enrolo ela [bolsa de karaya] em saco plástico e boto no lixo ao natural (...). Eu achava que deveria botar no lixo, que eles chamam de lixo limpo, porque aquilo ali é um plástico e outra coisa, a minha bolsa ela é lavadinha, ela não vai com (fezes,)(...) mas não sei se é bem assim”.*

O ser humano para manter a autonomia, como uma organização, necessita estar aberto ao ecossistema do qual se nutre e implica em processos de transformação. Não há possibilidade de autonomia sem dependência, advinda da informação cultural, vivências e da educação ao longo da vida, as quais permitem a construção de uma organização viva autônoma<sup>(13)</sup>.

### ***Ações Gerontotecnológicas***

O cuidado por meio das ações gerontotecnológicas pode ser tudo que se agrega sob a forma de estratégias, que colaboram para gerar, organizar ou (re) estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida para o ser humano<sup>(14)</sup>, seja através de tecnologias educativas e/ou de equipamentos. Em situações complexas, em um mesmo espaço e tempo, não há apenas ordem, como desordem; determinismo, mas acasos. Surge, assim, a incerteza, o que é preciso atitude estratégica do ser humano ante a ignorância, desarmonia, perplexidade e lucidez<sup>(1)</sup>.

O idoso ostomizado apresenta medo, dúvida e anseio frente à sua condição. À medida que há o contato com outros iguais, na troca de saberes quanto às novas tecnologias inventivas, bem como experiências e percepções, é iniciado um novo começo em que esse idoso ostomizado se reinventa e produz novos modos de cuidado, evidenciado no depoimento:

*“eu vou nas reuniões, é muito bom, pois conheço outras pessoas na minha mesma situação, com historias diferentes, só não vou quando eles não*

*telefonam avisando. É muito bom, pois sempre se aprende coisas novas, sempre tem alguém com uma ideia nova e boa para ajudar no cuidado e no tratamento. Lá no grupo eu via muitos lavando [a bolsa] com uma garrafa plástica e vi que não ia dar certo, então criei esta adaptação [mangueira ligada ao vaso sanitário]”. (idoso 6, 72 anos)*

O cuidado complexo em enfermagem/saúde são ações práticas que podem ser facilitadas, todavia não poderá substituir a relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos. A capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressa na relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres, visando, assim, atender as necessidades de cuidados de saúde do ser humano<sup>(15)</sup>.

As partes como funcionalidade e incapacidade com seus respectivos componentes como as estruturas do corpo, as atividades e a participação; bem como as influências ambientais e pessoais sob demanda cultural e social necessitam ser visualizadas a fim de que o cuidado seja equitativo e abranja os domínios da saúde da pessoa idosa ostomizada. Reconhecer que na velhice o ser humano pode ser dotado de (in) capacidades, é possibilitar a construção de um método ou religar os sentidos que compõem o cuidado de Enfermagem a esse ser humano multidimensional.

*“A enfermeira ia lá [Serviço] e tentava acalmar as pessoas e dizia que vai passar mais eu até que aceitei bem eu escutava o pessoal falar que isto incomodava e que dói mais. A minha [ostomia] nunca doeu eu acho que tem muita gente que se assou mais eu nunca me assei, porque eu cuido muito para que isto não aconteça. Eu gostei muito das reuniões, eu aprendi muito”. (idoso 8, 79 anos)*

O enfermeiro necessita reconhecer o impacto da presença da estomia na pessoa idosa, e oferecer-lhe algumas gerontotecnologias educativas/de equipamentos como: realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa coletora, por meio de cartilhas ou manuais; cuidado com a estomia e com a alimentação adequada, além de encaminhamento e estímulo à participação em um grupo de apoio, que possa ajudar os ostomizados a conviverem com esta nova situação, que passa a integrar o todo que compõe o processo de viver da pessoa idosa<sup>(16)</sup>.

As gerontotecnologias envolvem equipamentos ou instrumentais importantes para que o ser humano idoso ostomizado possa manter a autonomia, ser construtor da prática e compreender o autocuidado como a forma de traduzir a capacidade de vivenciar novos desafios a partir da reelaboração de si. Logo, é a interrelação entre a ação do cuidar, o cuidado

e a gerontotecnologia, direcionando a um diálogo complexo, em que o idoso se comunica utilizando a bolsa coletora como mediadora, evidenciado no depoimento:

*“faz bem para os outros, então as vezes eu vou mais por causa dos outros, porque eu vejo assim que tem gente que chega tão deprimida (...) mulheres mais novas, que os maridos deixaram (... ) eu digo, dobra essa bolsa, bota dentro da calcinha, vais andar com esse treco pendurado, está certo que tem que usar, mas não precisa anda balançando (...) então eu acho que de uma certa maneira a gente ajuda, dá opinião de uma coisa e recebe opiniões”. (idoso 3, 61 anos)*

O conhecimento objetivo necessita do ser humano, da interação subjetiva e também de projeções das suas estruturas mentais. É tradução e reconstrução do mundo exterior e permite um ponto de vista crítico sobre o próprio conhecimento, em um processo recursivo e dialógico. Sem a integração, é mutilado, pois há a necessidade de um reolhar de si mesmo, o autoexame e a possibilidade de fazer sua autocrítica<sup>(4)</sup>. As gerontotecnologias também perpassam pelo acolher e interrelacionar-se; atentar para a pessoa como ser humano do cuidado; com isso, permitir/promover a regeneração das subjetividades que permeiam o vazio deixado pela descrença/desesperança, após a estomia e o processo de envelhecimento<sup>(17)</sup>.

## CONCLUSÃO

A partir desse estudo, foi possível identificar as ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas como possibilidades de um novo olhar acerca de si e do outro, em que o idoso ostomizado percebe as contradições entre capacidade/incapacidade, ordem/desordem, motivação/frustração e, assim, consegue estabelecer medidas de enfrentamento. Há, portanto, encontros e desencontros, os quais os fortalecem, facilitando o processo de aceitação e o autocuidado.

As limitações baseiam-se na escassa literatura relacionada às tecnologias para o autocuidado do ser humano idoso e/ou ostomizado, no entanto, as facilidades dão-se por meio da experiência relacionada ao assunto e as leituras que tentam retratar as necessidades dos idosos ostomizados. Assim, as ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas contêm suas particularidades, mas que refletem o contexto de fragilidade e necessidade de cuidado do idoso com ostomia, em meio a um processo circular e recursivo. É necessário, assim, um conhecimento técnico-científico adequado e humanizado/ampliado do enfermeiro; além da compreensão da família como rede de apoio em seu contexto social complexo.

A pesquisa traz como contribuição social novas formas de compreender o redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso ostomizado. Considera-se para isso que

as políticas sociais, as experiências e as motivações quanto à reformulação da prática, favorecem as discussões acerca de ações específicas, que abrigam a diversidade, a identidade e vincula múltiplos conceitos/ significados da relação entre as tecnologias voltadas ao idoso, o ambiente e a elucidação de ordem/desordem em meio ao contexto de saúde/doença.

Logo, na ciência em construção Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/assistência podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso ostomizado e a interface tecnologia/ambiente de cuidado sob o olhar complexo. Assim poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza acerca da condição humana, bem como as(os) tecnologias/cuidados construídos(as) e repensadas(os) por esses idosos em um ambiente próprio.

As ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas podem servir como estratégias para a acessibilidade do idoso aos serviços de saúde, desvelando uma resposta aos desafios relacionados à velhice e à ostomia de forma ética, solidária e complexa em seu ambiente, momento em que essas ações se entrelaçam e constituem o cuidado de enfermagem complexo.

## REFERÊNCIAS

1. Morin E. *Ciência com consciência*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007b.
2. Machado WCA, Scramin AP. Functional (in)dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers. *Esc. enferm. USP* [Internet]. 2010 [citado 2012 ago 22]; 44(1):53-60. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en\\_a08v44n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a08v44n1.pdf)
3. Petraglia I. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*, 6 ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.
4. Morin E. *Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
5. Yin RK. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
6. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [citado 2012 ago 24]; 11(Supl 4):1-6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S4-S3.pdf>

7. Gray DE. Métodos de Pesquisa. Pesquisa no mundo real. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
8. Morin E. As duas globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007a.
9. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH; Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. Latino-Am. Enfermagem [Internet], 2007[citado 2012 ago 25]; 15(3):418-425. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a09.pdf>
10. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
11. Ministério da Saúde (BR). A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado 2012 ago 25]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0327\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf)
12. Lessmann JC, Ribeiro JA, Sousa FGM, Marcelino G, Nascimento KC, Erdmann AL. A nursing academic perspective concerning the care environment within the complexity paradigm – a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2006 [citado 2012 ago 20]; 5(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/174>
13. Morin E. Educar na era planetária. O pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. 2ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2007.
14. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2010[citado 2012 ago 22]; 63(2): 328-333. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/25.pdf>
15. Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. Cuidado humano e gerontotecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010[citado 2012 ago 22]; 19(2):378-385. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>

16. Barros E JL, Santos SSC, Erdmann AL. Social network of support for stomized seniors according to complexity. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 24]; 21(4):595-601. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en\\_a10v21n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a10v21n4.pdf)
17. Erdmann AL, Koerich MS, Nitschke RG. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. Rev. Bioethikos - Centro Universitário São Camilo [Internet]. 2009[citado 2012 ago 24]; 3(2):252-255. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/71/252-255.pdf>

## 5.2 ARTIGO 2

### **TECNOLOGIAS PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO DO IDOSO ESTOMIZADO A PARTIR DA COMPLEXIDADE<sup>11</sup>**

### **TECHNOLOGIES TO PROMOTE THE CARE TO THE OLD OSTOMY PATIENT PARTING FROM THE COMPLEXITY**

### **TECNOLOGÍAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA OSTOMÍA CUIDADO DE LOS ANCIANOS DE LA COMPLEJIDAD**

**Edaiane Joana Lima Barros<sup>12</sup>, Silvana Sidney Costa Santos<sup>13</sup>**

#### **RESUMO**

Trata-se de estudo de caso pautado no referencial teórico metodológico da Complexidade de Edgar Morin que entrelaça conceitos, sem um ponto final, na tentativa de compreender a multidimensionalidade do cuidado. Objetivou-se conhecer as tecnologias de equipamentos e educativas construídas a partir das vivências de idosos ostomizados, como forma de autocuidado e promoção da saúde. Desenvolveu-se entrevista com dez idosos ostomizados cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região Sul do país, no período de junho a agosto de 2012. Foram respeitados os princípios éticos. Das falas foram apreendidas as experiências e agrupadas em duas categorias: tecnologias de equipamentos e tecnologias educativas. A análise dos dados focou-se nas proposições teóricas e no objetivo pesquisado. Foi possível perceber a contribuição social do uso das tecnologias pelos idosos ostomizados, como forma de redimensionamento do cuidado, com construções próprias, percepções após a ostomia e promoção da autonomia.

**Descritores:** Ostomia; Idoso; Enfermagem; Tecnologia aplicada aos cuidados de saúde.

#### **ABSTRACT**

It is a study case lined in the Edgar Morin's complexity of the methodological theoretical referential, that puts concepts together without a closure in order to comprehend the multidimensionality of caring. The study aimed to know the equipment and educational technologies built out of the patients' experiences, as a way to promote health and the self-care. Ten old Ostomy patients registered in the Ostomy therapy service of an University Hospital were interviewed between June and August of 2012. The ethical principles were respected. In the interviews, the experiences were divided into two categories: equipment technologies and educational technologies. The data analysis focused on the theoretical propositions and on the researched goal. It was possible to realize the social contribution that the use of these technologies by the patients brings, giving care another dimension with proper constructions and perceptions post Ostomy and promoting autonomy.

---

<sup>11</sup>Artigo a ser encaminhado à **Revista Brasileira de Enfermagem** – REBEN, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: O Cuidado de Enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado; apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf/FURG, no ano de 2012. As normas podem ser observadas em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-7167&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-7167&lng=pt&nrm=iso)

<sup>12</sup> Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr/FURG. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação - GEP-GERON/CNPq e do Grupo de Estudos da Complexidade – GEC/CNPq. Rua Santa Catarina, 536 Apto 1, Municipal. Rio Grande/RS. CEP: 96211600. E-mail: [edaiane\\_barros@yahoo.com.br](mailto:edaiane_barros@yahoo.com.br)

<sup>13</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEP-GERON. Pesquisadora do CNPq. Rio Grande/RS/Brasil.

**Key Words:** Ostomy; Old person; Nursing; Applied technology in health care.

## RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa - estudio de caso de Yin, basado en el marco teórico de la complejidad de Edgar Morin entrelazar conceptos sin fin en un intento de comprender la multidimensionalidad de la atención. Dirigido a equipos de tecnología de aprendizaje y educativo construido a partir de las experiencias de las personas de edad avanzada ostomizado y para ellos, como una forma de auto-cuidado y mejora de la accesibilidad en salud, bajo la mirada de la Complejidad. Desarrollado entrevista con 10 ancianos ostomizados registrados estomaterapia servicio en un hospital del sur de Brasil, de junio a agosto de 2012. Eran los principios éticos. A partir de los discursos fueron incautados experiencias y se agrupan en dos categorías: la tecnología de equipos y tecnología educativa. Se pudo ver la contribución del uso social de las tecnologías por parte de los ostomizados mayores como una forma de cambiar el tamaño de atención, con edificios propios, percepciones después de ostomía y la mejora de la accesibilidad / autonomía.

**Palabras clave:** Ostomía; Enfermería Ancianos; la tecnología aplicada a la salud.

## INTRODUÇÃO

A ostomia se constitui na abertura artificial de um órgão interno na superfície do corpo, criada cirurgicamente, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado<sup>(1,2)</sup>. Embora alguns idosos desconheçam os cuidados e o significado de uma ostomia, é importante ressaltar que o acesso desses idosos ao cuidado integral torna-se importante para que as limitações causadas pelo envelhecimento e as possíveis complicações advindas após uma ostomia sejam contempladas com tecnologias do cuidado que vão ao encontro das necessidades desses idosos, visando sua reabilitação.

Assim, é necessário conhecer as relações entre a ostomia e o processo de envelhecimento, como uma lacuna importante que precisa ser desmistificada a fim de que haja acessibilidade do idoso com deficiência aos serviços de saúde e aos instrumentos/educação em saúde – tecnologias – que permitem o autocuidado.

Quanto à questão da tecnologia associada à dimensão humana do cuidado, as discussões levaram a algumas divergências: para alguns autores a tecnologia pode ultrapassar a dimensão humana, para outros, há uma interligação entre tecnologia e evolução humana. A característica da tecnologia em enfermagem é peculiar, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas, adaptá-las às mais diversas situações, para oferecer-lhe um cuidado individual e adequado, sendo ele biológico, físico, sóciopolítico e cultural<sup>(3,12)</sup>.

A concepção de tecnologia inclui os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Elas podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes e conhecimentos, sistematizados e com controle de cada passo do processo<sup>(3)</sup> de forma acessível, considerando as necessidades desses seres humanos.

A acessibilidade tem como finalidade permitir a autonomia e a mobilidade a uma gama maior de pessoas, inclusive àquelas que tenham reduzido a mobilidade ou dificuldade em se comunicar, para que usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade<sup>(4)</sup>. É permitir ao outro, o portador de deficiência, o direito à saúde e às tecnologias direcionadas à melhoria da qualidade de vida, independente de sua cultura, raça ou crença, em um processo complexo, uno e múltiplo. A diversidade<sup>(5,7)</sup> é uma pluralidade de possibilidades, considerando as particularidades. Igualdade, nesse sentido, significa que entre as pessoas, a igualdade dos direitos humanos vale para todas as culturas, todas as línguas e raças.

A pessoa idosa com ostomia, permanente ou temporária, apresenta-se com muitas dúvidas quanto às condições de saúde e com medos internos que a tornam resistente às orientações. Ela acredita que devido as limitações impostas pela idade, não é capaz de romper com este quadro de inconformidade e de ter a possibilidade de uma nova forma de ser saudável, apesar da ostomia, como uma deficiência<sup>(6)</sup>. A assertiva anterior nos remete a pensar que o ser humano diante da vida passa por uma série de experiências em que o caos e a autoorganização entrelaçam-se. A ordem nasce da desordem. A desordem origina-se na ordem, e essas geram o irreconhecível, o imprevisível. Nenhuma síntese acabada é possível<sup>(7)</sup>.

Para romper com o estigma da deficiência e promover a acessibilidade às tecnologias do cuidado na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o principal objetivo é a reabilitação da pessoa com deficiência quanto à capacidade funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências. O Decreto n.º 5.296 de 02/12/04, considera o ser humano ostomizado um portador de deficiência física, ou seja, possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade<sup>(4)</sup>. A construção de tecnologias a partir de experiências no cuidado da ostomia apresenta-se como fundamental no processo de aceitação e autonomia do idoso, considerando suas necessidades.

É necessário ressaltar, em especial, a Portaria de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas n.º 400, de 16/11/09, que exige que o Serviço de Atendimento apresente estrutura especializada, com área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados nos serviços de estomaterapia. Além disso, ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas ostomias e fornecimento de dispositivos coletores e acessórios de proteção, segurança e capacitação dos profissionais<sup>(8)</sup>.

O portador de uma necessidade especial, como é o caso do ostomizado, se vê limitado no exercício da sua autonomia frente à vida cotidiana pela oferta inconstante dos

dispositivos de ostomias pelo sistema de saúde, o que o leva a pressionar constantemente o serviço e os enfermeiros envolvidos no seu cuidado para resolver suas necessidades e tornar acessível às tecnologias que auxiliam no cuidado<sup>(9)</sup>. O idoso ostomizado, com possíveis limitações relacionadas à idade como *déficit* motor, baixo padrão cognitivo e do sensorio, alterações orgânicas em geral, pode ter dificuldade em seguir as orientações, acessar os serviços de saúde e/ou autocuidar-se, necessitando de tecnologias adaptadas e cuidado específico voltado a essas particularidades.

Diante da complexidade do tema, surge a seguinte indagação: quais tecnologias voltadas ao autocuidado do idoso ostomizado podem contribuir para a promoção da saúde/acessibilidade? Para responder a este questionamento traçou-se como objetivo conhecer as tecnologias de equipamentos e as educativas construídas a partir das vivências de idosos ostomizados, como forma de autocuidado e promoção da acessibilidade em saúde, sob o olhar da Complexidade.

## **MÉTOD**

Estudo de caso que consiste em um método usado para contribuir com relação ao conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Permite que o investigador retenha características significativas dos eventos da vida real, ou seja enfrenta a situação diferenciada em que existirão mais variáveis de interesse do que pontos de dados e como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, o que nesse sentido é complexo<sup>(10)</sup>.

Os dez participantes da pesquisa foram idosos portadores de ostomias/famílias cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região sul do país. Os critérios de inclusão foram: ambos os sexos; ostomização permanente ou temporária; que tiveram como origem um acidente ou patologia; apresentaram-se orientados e em condições de interagir com a pesquisadora.

Os dados foram coletados através de entrevista com abordagem complexa, utilizando-se de alguns elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual contribui com o aperfeiçoamento da avaliação de potenciais. A CIF<sup>(11)</sup> é fundamentada no princípio da universalidade. A funcionalidade e a incapacidade é inerente a qualquer pessoa, independente da condição de saúde. A incapacidade é uma característica da condição do ser humano, relacionada ao tempo de vida como um fenômeno universal, ou seja, ao envelhecimento.

O estudo foi desenvolvido primeiro no Serviço de Estomaterapia em que se deu o contato com os idosos por telefone e a busca nos registros documentais, no período de maio a agosto de 2012. Segundo, no domicílio no qual se realizou a entrevista complexa em que se delinearão questões baseadas nas especificidades apresentadas pelos idosos e elementos da CIF, bem como a observação sistemática.

Com a autorização dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas. Antes da entrevista, os sujeitos foram informados do teor do estudo, do objetivo e da garantia de sigilo. Após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados levou em consideração três estratégias; a primeira, estratégia geral, focou-se nas proposições teóricas e nos objetivos pesquisados, quando se procurou desenvolver uma estrutura teórica a partir dos casos estudados. A segunda, estratégia teórica, quando os dados foram comparados e contrastados com o que foi predito no protocolo de estudo de caso, foram realizadas suposições sobre o alcance da proposição inicial em que poderia ser sustentada ou rejeitada. A terceira, a estratégia descritiva, centra-se no alcance do objetivo geral<sup>(12)</sup>, quando foi respondido o objetivo geral e apresentadas as tecnologias de cuidados dos idosos ostomizados, a partir de suas próprias percepções.

Em atendimento à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde da FURG sob nº 99/2011 e processo 23116.006817/2011-51.

O complexo não é complicado, mas abriga-se na simples tradução de maneira profunda, ou seja, reside na percepção transparente, aberta por um mecanismo de síntese<sup>(7)</sup>. Nesse contexto, vale pensar nas relações locais, temporais e totais que integram a condição humana<sup>(13)</sup>.

A Complexidade é um referencial teórico-metodológico pautado em conceitos que estão constantemente em processo de construção, sem um ponto final, que tende a buscar a religação de saberes, união e disjunção na tentativa de compreender a multidimensionalidade que envolve a acessibilidade e as tecnologias do cuidado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

São apresentados como resultados dois tipos de tecnologias que contextualizam o processo de autocuidado do ser humano idoso ostomizado: tecnologia de equipamentos e tecnologia educativa.

## TECNOLOGIAS DE EQUIPAMENTOS: UM OLHAR COMPLEXO ACERCA DO AUTOCUIDADO

A pessoa com deficiência deve receber atenção igual a qualquer cidadão, além de ter direito aos diagnósticos específicos, aos serviços de prevenção e de reabilitação, a aquisição gratuita de equipamentos (órteses e próteses), como tecnologia do cuidado, por intermédio das unidades de saúde credenciadas pelo Sistema Único de Saúde<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, para que o autocuidado do ser humano idoso ostomizado seja efetivo, torna-se necessário que haja garantia sociopolítica do recebimento dessa tecnologia, e logo, a acessibilidade para que a atenção integral seja cumprida e recursivamente o enfermeiro caracterize-se como o agente promotor e educador, enfim, multifacetado como evidenciado no depoimento:

*Acho muito bom. Porque conversamos... É uma coisa assim, por exemplo, tens uma doença e não sabes o que é. Depois que tens aquela doença é que vais ver quantos na tua volta tem... fulano, beltrano, sicrano... teve um infarto e fulano também teve... Acho que conversando vamos nos tranquilizando mais. A enfermeira me ajudou bastante. (idoso7, 82 anos)*

Além da inserção do ser humano idoso ostomizado em um grupo de ajuda mútua, será considerada como parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese<sup>(4)</sup>, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, a facilitação no processo de informação/comunicação, a orientação adequada relacionada aos cuidados com o estoma e a integração idoso ostomizado/familiar, aumentando as possibilidades de independência e inclusão e, principalmente, melhoria da qualidade de vida, como no depoimento:

*quem faz a troca de bolsa tudo é a minha esposa, agora eu faço a lavagem, tiro a bolsa, tudo tudo é eu que lavo, todo banho tudo direitinho (...) mas a limpeza todinha quem faz é eu, depois ai ela [esposa] traz aquela espuma [líquido limpador] que eles dão lá [Serviço] e tudo direitinho, faz aquela limpeza e tudo, não tem problema. (idoso 2, 65 anos)*

O ser humano dispõe de meios técnicos, materiais e políticos-culturais para tornar real a utopia: construir um mundo sem conflitos e diferenças. Logo, é necessário um despertar para uma consciência ética e política que desvele um sentido de unidade humana<sup>(7,13)</sup>. Assim, a significação que é atribuída à saúde e à doença é estabelecida dinamicamente e não se forma no vazio, já que é fruto das formas variadas de conhecimentos com as quais temos contato<sup>(14)</sup>, pois educar e cuidar também perpassa por considerar o ambiente de inserção do ser humano que é cuidado e o conhecimento que tem de si e, com isso, de forma autônoma produz sua

própria forma de cuidar, reinventando tecnologias que perpassam por suas experiências, como verificado no depoimento:

*Lá no grupo eu via muitos lavando [a bolsa] com uma garrafa plástica e vi que não ia dar certo, então criei esta adaptação [mangueira ligada ao vaso sanitário]. (idoso 6, 72 anos)*

Assim, há a necessidade de tornar mais acessível aos ostomizados, em especial, aos idosos, tecnologias que visam ao cuidado da ostomia e a possibilidade da autonomia, em face às suas limitações pela idade, como alguns equipamentos, entre eles, a bolsa coletora e os produtos acessórios como os líquidos limpadores, o filtro de carvão ativado e outros, que fazem parte dos materiais distribuídos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Com isso, será possível prestar cuidados a este ser humano, por meio de aporte técnico e apoio psicológico, um plano de educação em saúde no sentido de uma prática dialógica entre o enfermeiro e o ostomizado em que ele exerce sua condição de sujeito, independente e autônomo<sup>(15)</sup>. A troca de saberes não é somente entre enfermeiro-paciente, mas paciente-paciente, em que as experiências promovem autoestima e novos olhares acerca de si e do outro, na construção de novas tecnologias, como no depoimento:

*Aprendemos muitas coisas nas reuniões. Aprendi que a banana combate a diarreia. Aprendemos que precisamos uns dos outros. Ninguém sabe o dia de amanhã. Não tenho o direito de chegar e dizer: 'ah, tenho nojo disso'. Não tenho. Não sei o que vou passar amanhã (...). (idoso 5, 76 anos)*

Nesse contexto, para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, mostra-se de fundamental importância que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais (banheiro) adequadas à pessoa com deficiência (ostomia). Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida<sup>(4)</sup>. É importante destacar que é preciso haver ambientes adequados às necessidades dos idosos estomizados, que tragam adaptações que se constituem como tecnologias de equipamentos, conforme os depoimentos:

*eu tenho medo, porque as vezes vou sair num lugar aconteça uma coisa...como, nos fomos lá, lá perto de morro redondo, chegamos lá, quando vi...eu acho que eu fiquei sentado no banco assim, e aquilo foi crescendo e eu não me dei por conta, ai estouro por baixo, ai não deu outra...sorte que tinha levado água, roupa, ai troquei tudo na beira da estrada (...).*

Dessa forma, as tecnologias de equipamentos ou instrumentais são importantes para que o ser humano idoso ostomizado possa ter autonomia, ser sujeito de sua prática e compreender que o autocuidado é a forma de traduzir sua capacidade de vivenciar novos desafios a partir da reelaboração de si. Logo, é a inter-relação entre a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia, a partir da adaptação a essa nova condição que é dialógica e complexa, por tecer junto a ele a inclusão social e projetar uma nova forma recursiva de viver.

### **TECNOLOGIAS EDUCATIVAS: UM DIÁLOGO COMPLEXO COM O IDOSO OSTOMIZADO**

Um diálogo complexo com o ser humano idoso ostomizado baseia-se na compreensão das suas necessidades, suas experiências e desafios frente a essa nova etapa de vida que é encontrar-se na fase da velhice e portador de deficiência (ostomia). Não basta educá-lo para cuidar da ostomia, mas reinseri-lo na sociedade, considerando suas possibilidades de contribuir a partir de seus relatos e de sua condição humana. Nesse contexto, a identidade própria do humano é construída na coexistência e na inter-relação. Na base dessa percepção está o cuidado, compreendido como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro<sup>(13,16)</sup> e que pode ser direcionado a partir da aprendizagem, evidenciado no depoimento:

*Eu não gosto disso aqui [a estomia], suporto, porque tem que ser tem que ser, rapaz com 25 anos tem isso aqui, gente moça, então eu me conformo e até bebezinho, que pecado. (...). A recém que eu estou tomando conhecimento, mas eu gostei e representa uma grande ajuda. (idoso 1, 75anos)*

O processo de aprendizagem ou desmistificação dos saberes segue duas vias: a interna, que passa pelo exame de si, a autoanálise e autocrítica perpassando toda uma trajetória já introjetada, dependendo menos das informações do que da forma em que está estruturado o modo de pensar; a externa, baseada na introdução ao conhecimento de acordo com a cultura em que o sujeito está inserido<sup>(17)</sup>.

No contexto do cuidado em que é implicado educar o ser humano para emancipar-se, deixando este de ser tutelado e dependente do profissional, surge a tendência a que ele desenvolva sua autoestima de modo a exercer o controle de sua própria vida, e, portanto, o autocuidado, ainda que com as limitações impostas pela doença<sup>(9)</sup>. A interpretação de cada ser humano advém de sua relação consigo e com os outros, ou seja, é ao mesmo tempo subjetiva e intersubjetiva e, portanto, fundamentada num contexto sociocultural<sup>(7,14,17)</sup>. As tecnologias educativas não estão somente pautadas em conhecimento científico/informações, mas também

o contato com o outro, como forma de compreender as relações de cuidado complexo como evidenciado no depoimento:

*Tem muitas pessoas que usam e não tem cheiro nenhum, e na primeira vez ele [médico] mandou eu conhecer o grupo de ostomizados, mais eu não quis, eu pensava que eles só falariam em doenças e quando eu fui na minha primeira reunião eu voltei com outro pensamento, eu vi pessoa de todo o tipo: jovens, casados, moças tão bonitas e com tanta vida pela frente, isso me estimulou. (idoso 7, 82 anos)*

Desvelar acerca da importância da educação para a saúde, como tecnologia que visa a autonomia dos idosos ostomizados, com vistas ao autocuidado, direciona à melhoria de sua autoestima, promovendo a acessibilidade e os reinserindo socialmente. Além disso, é necessário vislumbrar as múltiplas dimensões que evidenciam a efetivação e ampliação dos direitos a saúde dos seres humanos idosos ostomizados, ou seja, na perspectiva de que cuidar em saúde/enfermagem também pode ser um ato sócio-político.

O enfermeiro é um profissional fundamental no reconhecimento do impacto da presença do câncer e da ostomia na pessoa idosa, por meio de algumas tecnologias educativas de cuidados como: realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa coletora por meio de distribuição e discussão conjunta de cartilhas ou manuais; cuidado com a ostomia e com a alimentação adequada, além de encaminhamento e estímulo para a participação de um grupo de apoio, que possa ajudar os ostomizados a conviverem com esta nova situação, que passa a integrar o todo que compõe o processo de viver da pessoa idosa<sup>(8,9,15)</sup>.

O idoso, ao se deparar com a ostomia, além das manifestações do processo de envelhecimento, passa a manejar esta nova realidade, suscitando vários sentimentos, reações e comportamentos, que são únicos. Quando submetido a esse tipo de procedimento que altera a sua autoestima e imagem corporal, o idoso percebe a educação em saúde como um desafio para uma aprendizagem continuada em saúde/enfermagem quanto ao reolhar acerca das tecnologias educativas que constituem o processo de cuidado, necessitando criatividade e compreensão do enfermeiro que o cuida, pois além do envelhecimento, o idoso convive com a ostomia. Esse cuidado de forma adequada direciona o idoso a uma visão mais otimista, conforme evidenciado no depoimento:

*Quando começa a desmontar o vovô, tira aqui, tira óculos, tira os dentes, tira o ouvido, a bolsinha (...). [Risos]. O médico chegou e disse: o negócio é assim, tens um câncer no reto. Agora, tens uma coisa muito boa e outra ruim. Uma coisa muito boa é que esse tumor está a dois centímetros do outro, não tem como tirar ele. Vamos ter que amputar, tirar o reto fora. Tirando o reto fora ficas livre de qualquer coisa, e o ruim é que vais ter que botar a bolsa da ostomia para o resto*

*da vida. Disse: Ainda bem que nasci para rodar bolsinha. (risos). (idoso 7, 82 anos)*

Dessa forma, a educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar um cidadão. Um cidadão é definido, em uma democracia, por sua solidariedade e responsabilidade em relação à sua sociedade. O que supõe nele o enraizamento de sua identidade<sup>(13,17)</sup>. Educar o idoso ostomizado a partir de tecnologias educativas supõe considerar seu ambiente, ou seja, convergir os diferentes aspectos que o rodeiam e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana<sup>(13,16)</sup>.

As tecnologias educativas implicam num empreendimento alicerçado na necessidade, vista como um problema a ser resolvido e sobre o conhecimento. Um saber que orienta uma nova alternativa para resolver esse problema e, ainda, sobre a criatividade, que é a capacidade de encontrar alternativas para cuidar<sup>(3)</sup>, frente ao desafio da ostomia na velhice. Conforme verifica-se:

*Não. Não tenho problema disso [ostomia], não tenho. Como se diz: não chega a ser problema para mim. É desgastante [lidas da casa], entendeu? Não é problema porque gosto de fazer, gosto de trabalhar. Se fosse problema já teria uma empregada. Não quero, deixa. Acho melhor assim. Não tenho isso aí [problemas com a ostomia]. (...). Não dá mais agora. A idade pesa para tudo... Não dá mais certo, para ir fica incomodando os outros. Tem que aprender todos os dias. (idoso 7, 82 anos)*

Logo, emergem questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com ostomia, ou seja, os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento, a necessidade do cuidado sistemático e multidimensional, as experiências, os mitos e conflitos e o círculo cultural/social do idoso ostomizado. Para isso, as tecnologias educativas servem como estratégia para sua acessibilidade aos serviços de saúde, desvelando uma resposta aos desafios relacionados à velhice e à ostomia<sup>(15)</sup> de forma ética, solidária e complexa<sup>(13)</sup>, pois possibilita a aproximação dos serviços de saúde e estimula o processo de autocuidado.

## **CONCLUSÃO**

A partir desse estudo, foi possível compreender acerca da relação entre as tecnologias voltadas ao cuidado e a acessibilidade em saúde do idoso ostomizado sob o olhar Complexo. Pode-se perceber que independente das tecnologias do cuidado; seja a educativa e de equipamentos (órteses e próteses), o ser humano idoso portador de ostomia necessita

adquirir autonomia e apresentar dialogicamente uma melhor aceitação de sua condição, sem esquecer que o apoio dos sujeitos que o rodeiam é fundamental para que haja acessibilidade.

As limitações baseiam-se na pouca literatura relacionada às tecnologias para o autocuidado e acessibilidade do ser humano idoso e/ou ostomizado, no entanto, as facilidades dão-se por meio da experiência relacionada ao assunto e as leituras que tentam retratar as necessidades dos idosos ostomizados. Assim, as tecnologias do cuidado contêm suas particularidades, mas que refletem o contexto de fragilidade e necessidade de cuidado do idoso com ostomia, em meio a um processo circular e recursivo. É necessário, assim, um conhecimento técnico-científico adequado e humanizado/ampliado do enfermeiro; além da compreensão da família como rede de apoio em seu contexto social complexo.

As tecnologias de equipamentos constituíram-se pelo uso da bolsa coletora, carvão ativado, líquido limpador, a construção de adaptações no vaso sanitário e outros, bem como as relações que eram estabelecidas pelos idosos estomizados com esses produtos com vistas à adaptação. Enquanto que as tecnologias educativas, enfocou a consulta da enfermagem, a troca de saberes produzida no contato com o outro pelo meio da identificação durante as reuniões oferecidas no Serviço e a articulação com o enfermeiro.

A pesquisa traz como contribuição social um novo olhar acerca do redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso ostomizado. Considera-se para isso que as políticas sociais que favoreceram as discussões acerca da acessibilidade, que abrigam a diversidade de experiências e vinculam múltiplos conceitos e significados da relação entre as tecnologias e o autocuidado em meio a elucidação de ordem/desordem.

Logo, na ciência em construção Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/assistência podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso ostomizado e as tecnologias de cuidado no contexto da acessibilidade sob o olhar complexo. Assim poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza acerca da condição humana, bem como considerando a importância das tecnologias construídas e repensadas por esses idosos.

## REFERÊNCIAS

1. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [citado 2012 ago 18]; 18(1): 140-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17.pdf>

2. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 [citado 2012 ago 18]; 15 (Esp): 178-85. Disponível em: [http:// www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf)
4. Ministério da Saúde (BR). A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado 2012 ago 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0327\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf)
5. Morin E. Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
6. Barros E JL, Santos SSC, Erdmann AL. Social network of support for stomized seniors according to complexity. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 26]; 21(4):595-601. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en\\_a10v21n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a10v21n4.pdf)
7. Morin E. As duas globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2007a.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 400, de 16 de novembro de 2009. Dispõe acerca da organização dos serviços de atenção às pessoas estomizadas [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2012 ago 26]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia>
9. Bellato R, Pereira WR, Maruyama Sônia AT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de ostomias. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 [citado 2012 ago 27]; 15(2): 334-342. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a18v15n2.pdf>
10. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
11. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. BMC Public Health [Internet]. 2011 [citado 2012 ago 24]; 11(Supl 4):1-6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S4-S3.pdf>

12. Gray DE. Métodos de Pesquisa. Pesquisa no mundo real. 2ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
13. Morin E. Ciência com consciência. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007b.
14. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Technology and humanization of the neonatal intensive care unit: reflections in the context of the health-illness process. Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado 2012 ago 24]; 43(3): 684-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/en\\_a26v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/en_a26v43n3.pdf)
15. Martins PAF, Alvim NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2011 [citado 2012 ago 26]; 64(2): 322-327. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a16v64n2.pdf>
16. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, et al. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado 2012 ago 25]; 43(3): 697-703. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/en\\_a28v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/en_a28v43n3.pdf)
17. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

### 5.3 ARTIGO 3

#### **AMBIENTES DE CUIDADO DO SER HUMANO IDOSO OSTOMIZADO**

#### **COMPLEXO<sup>14</sup>**

#### **THE ENVIRONMENT WHERE THE COMPLEX CARE TO THE OLD OSTOMY PATIENT TAKES PLACE**

#### **ENTORNOS DE CUIDADO PERSONAS MAYORES HUMANO COMPLEJO OSTOMIZADO**

**Edaiane Joana Lima Barros<sup>15</sup>, Silvana Sidney Costa Santos<sup>16</sup>**

#### **RESUMO**

Estudo de caso pautado no referencial teórico metodológico da Complexidade de Edgar Morin que entrelaça conceitos, sem um ponto final, na tentativa de compreender a contextualização do cuidado considerando a inserção do idoso ostomizado em determinados ambientes. Objetivou-se verificar os ambientes de cuidado dos idosos ostomizados, sob o olhar complexo. Participaram dez idosos ostomizados cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região Sul do país. Realizaram-se entrevistas e a observação sistemática, de junho a agosto de 2012. Foram seguidos os princípios éticos. Das falas foram apreendidas as experiências e agrupadas em três categorias, conforme a análise de conteúdo: ambiente domiciliar, hospitalar e do grupo. Foi possível perceber a multidimensionalidade do cuidado tendo em vista as vivências partilhadas pelos idosos como contribuição social,

---

<sup>14</sup>Artigo a ser encaminhado à **Revista Gaucha de Enfermagem**, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: O Cuidado de Enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado; apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf/FURG, no ano de 2012. As normas podem ser observadas em: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>

<sup>15</sup>Enfermeira do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Jr. Doutoranda pelo PPGEnf/ Universidade Federal do Rio Grande. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação - GEP-GERON/CNPq e do Grupo de Estudos da Complexidade – GEC/CNPq. Rio Grande/RS/Brasil. Rua Santa Catarina, 536 Apto 1, Municipal. Rio Grande/RS. CEP: 96211600. E-mail: [edaiane\\_barros@yahoo.com.br](mailto:edaiane_barros@yahoo.com.br)

<sup>16</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEP-GERON. Pesquisadora do CNPq. Rio Grande/RS/Brasil. e-mail: [silvanasidney@terra.com.br](mailto:silvanasidney@terra.com.br)

contextualizada por seus ambientes do cotidiano, bem as relações de enfrentamento, aceitação e autonomia.

**Descritores:** Ostomia. Idoso. Ambiente. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

It is a study case lined in the Edgar Morin's complexity of the methodological theoretical referential, that puts concepts together without a closure in order to understand the contextualization of caring, considering the patient's insertion in determined environments. The study aimed to verify the environments where the care to the patients takes occur under a complex look. Ten old Ostomy patients registered in the Ostomy therapy service from a University Hospital located in the south of Brazil took part in the research. They were interviewed and systematically observed between the months of June and August of 2012. The ethical principles were respected. In the interviews, the experiences were divided into three categories, following the content analysis: home, hospital and group environment. It was possible to realize a care multidimensionality observing the experiences shared by the patients as a social contribution, contextualized in their daily environments as well the facing, acceptance and autonomy relations.

**Descriptors:** Ostomy. Old person. Environment. Nursing.

## **RESUMEN**

Caso de estudio guiado el marco teórico de la complejidad de Edgar Morin entrelazar conceptos sin fin en un intento de comprender el contexto de la atención teniendo en cuenta la inclusión de las personas mayores ostomizado en ciertos ambientes. Este estudio tuvo como objetivo verificar los ambientes de cuidado de los ancianos ostomizados, bajo la vigilante complejo. Un total de diez personas mayores ostomizados registrados estomaterapia servicio en un hospital de la región sur del país. Hubo entrevistas y observaciones sistemáticas, de junio a agosto de 2012. Hemos seguido los principios éticos. A partir de los discursos fueron

incautados experiencias y se agrupan en tres categorías de acuerdo al análisis de contenido: ambiente familiar, y el grupo de hospital. Se pudo ver la multidimensionalidad de precaución en vista de las experiencias compartidas por las personas mayores como una contribución social, contextualizada por sus entornos cotidianos y las relaciones de afrontamiento, la aceptación y el empoderamiento.

**Descriptor:** Ostomía. Anciano. Ambiente. Enfermería

## **INTRODUÇÃO**

Estomia é uma abertura cirúrgica para comunicação de um órgão com o exterior, decorrente do mau funcionamento do aparelho intestinal, urinário ou outro, representa o inesperado e apresenta-se como uma cirurgia mutilante o que altera a auto-imagem dos indivíduos causando forte impacto no processo de viver <sup>(1)</sup>. A ostomia pode causar limitação aos projetos de vida dos seres humanos, principalmente quando estes são idosos <sup>(2)</sup>.

Em meio a esse processo de adaptação após a cirurgia o idoso ostomizado começa a ressignificar sua condição e o seu ambiente de cuidado. Dessa forma, o ambiente caracteriza-se por articulações e associações dinâmicas, aproximações e distanciamentos, liberdade, dependência e interdependência, mecanismos de superação e aceitação, limites e potencialidades <sup>(3)</sup>.

O ambiente é definido como a entidade que existe externamente ao ser humano ou à humanidade, concebida ou como um todo ou como contendo muitos elementos distintos. É importante compreender que as pessoas criaram as alterações em seu ambiente ao longo de sua história, e da mesma maneira, foram afetadas por estas mudanças. A atividade e o desenvolvimento de um ser humano são reprimidos e determinados pela natureza do ambiente no qual esse se encontra ou se posiciona. Muitas condições de saúde humana estão associadas com os fatores ambientais, logo os elementos destes enfoques ambientais: físico, social e

simbólico, afetam não apenas os seres humanos que estão posicionados nele, mas também a maneira pela qual são fornecidos os cuidados pelo enfermeiro<sup>(4)</sup>.

O idoso após a realização de um procedimento cirúrgico, em um ambiente estranho, que culmina em uma ostomia depara-se com diversas alterações em sua vida, que vão desde a alteração de sua fisiologia gastrointestinal ou urinária, da autoestima à alteração da imagem corporal. Estas transformações por sua vez, condicionam a sua vida familiar, afetiva e social, bem como se refletindo em seu ambiente no qual ele é cuidado ou se autocuida. Diante do processo de envelhecimento, o ser humano perpassa por diversas mudanças, as quais necessitam um olhar complexo, em que haja uma reabilitação gradativa com vistas a sua adaptação a essa nova condição – idoso com ostomia.

Os idosos quando ostomizados, muitas vezes, tem dificuldades em aceitar sua condição de saúde e, assim, tendem a rejeitar o tratamento e realizar o autocuidado, o que pode resultar no agravamento de sua deficiência. Além do prejuízo ocupacional e social diante das alterações decorrentes do processo de envelhecimento, eles veem-se em uma situação interna de autoabandono, perda da autoestima e isolamento da sociedade, do ambiente familiar, por vergonha ou por acharem que poderão incomodar se pedirem ajuda.

Além disso, na ostomização houve a amputação de uma parte do corpo alterando a autoimagem de seus portadores aliado ao corpo envelhecido. O ser humano necessita de um tempo para o seu momento de luto, ou seja, reformar os seus conceitos, dimensionar suas perdas e encontrar forças para reorganizar seu viver como portador de uma ostomia, dependente de uma bolsa coletora aderida ao seu abdome<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, essas dificuldades podem levar à inadequação dos mecanismos de enfrentamento, de sua visão acerca de si e do outro. Com isso, é importante reconhecer e re-elaborar o cuidado voltado às necessidades e experiências manifestadas por esse idoso,

adequadas ao seu ambiente, bem como às suas fragilidades inerentes ao processo de envelhecimento, estimulando continuamente o seu autocuidado.

Outro olhar acerca do cuidado complexo relacionado à interrelação geriatria/gerontologia e estomaterapia constitui um elemento importante para os profissionais da enfermagem, a partir de um enfoque da complexidade, considerando o ambiente de inserção do idoso com ostomia.

Em um contexto polissêmico e fluído, não há uma definição para ambiente, podendo ter diferentes significados, em meio à incerteza, sendo de troca ou cooperação. É necessário, assim, levar em conta o contexto social e cultural do ser humano idoso com ostomia, conhecer sua origem para que haja um cuidado compatível com suas necessidades.

Compreende-se a complexidade como uma maneira de entender o mundo, integrando as relações de coexistência entre os seres vivos e não vivos, integrando conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza<sup>(6)</sup>. Para compreender o processo incerto que envolve o ser humano cuidado, faz-se necessário tecer um olhar, sobre o todo<sup>(7)</sup>, ou seja, as dimensões individual, social e biológica.

Diante da complexidade do tema surge a seguinte questão: que características apresentam os ambientes de cuidado, onde os idosos ostomizados se inserem? Para responder a este questionamento foi objetivo deste artigo verificar a relação do ser humano idoso ostomizado e seus ambientes de cuidado sob o olhar complexo.

## **METODO**

Estudo de caso, com abordagem qualitativa, que consiste em um método usado para contribuir com relação ao conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Permite que o investigador retenha características significativas dos eventos da vida real, enfrentando a situação diferenciada em que existirão mais variáveis de

interesse do que pontos de dados e como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, o que nesse sentido é complexo<sup>(8)</sup>.

Os dez participantes da pesquisa foram idosos portadores de ostomias/famílias cadastrados no Serviço de Estomaterapia de um hospital da região sul do país. Os critérios de inclusão foram: ambos os sexos; ostomização permanente ou temporária; que tiveram como origem um acidente ou patologia; apresentaram-se orientados e em condições de interagir com a pesquisadora.

Os dados foram coletados através de entrevista com abordagem complexa e da observação sistemática. O estudo foi desenvolvido primeiro Serviço de Estomaterapia em que se deu o contato com os idosos por telefone e a busca nos registros documentais, de junho a agosto de 2012. Depois, no domicílio no qual se realizou a entrevista complexa em que se delinearão questões baseadas nas especificidades apresentadas pelos idosos e elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade/Incapacidade/Saúde, bem como a observação sistemática.

Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas. Os idosos foram informados do teor do estudo, do objetivo e da garantia de sigilo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados levou em consideração três estratégias, conforme análise de conteúdo de Bardin; a primeira, estratégia geral, focou-se nas proposições teóricas e nos objetivos pesquisados, quando se procurou desenvolver uma estrutura teórica a partir dos casos estudados. A segunda, estratégia teórica, quando os dados foram comparados e contrastados com o que foi predito no protocolo de estudo de caso, foram realizadas suposições sobre o alcance da proposição inicial em que poderia ser sustentada ou rejeitada. A terceira, a estratégia descritiva, centra-se no alcance do objetivo geral<sup>(9)</sup>, quando foi respondido o objetivo geral e verificado os ambientes de cuidados dos idosos ostomizados.

Em atendimento à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde da FURG sob nº 99/2011 e processo 23116.006817/2011-51.

Nesse contexto, vale pensar nas relações locais, temporais e totais que integram a condição humana<sup>(7)</sup>. Um eixo sustenta a pesquisa: ambientes de cuidado para o ser humano idoso com ostomia sob o olhar da complexidade, do qual surgiram três categorias, identificadas a partir da análise de conteúdo de Bardin<sup>(10)</sup> tendo como suporte teórico a Complexidade de Edgar Morin.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **AMBIENTES DE CUIDADO PARA O SER HUMANO IDOSO COM OSTOMIA**

Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade em geral, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis com/entre os seres humanos. Consideram-se, assim, seus diferentes sentidos e expressões produzidas por esses seres humanos. É a espacialização da autoorganização, um conteúdo que se expressa de inúmeras formas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade<sup>(11)</sup>.

Há evidências da incessante busca por um ambiente saudável, impulsionada pelas insatisfações com as condições de vida oferecidas pelo processo civilizatório, e que motivam o ser humano a estabelecer vínculos e desenvolver conceitos - arraigados em valores individuais, culturais e históricos - estabelecendo íntima relação entre o ser e o ambiente. Sendo este ser complexo, dotado de múltiplas peculiaridades e necessidades, dentre elas, a necessidade de ser cuidado<sup>(3)</sup>.

O cuidado pode ser tudo aquilo que se agrega sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re) estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de

escolha, as relações humanas e o sentido da vida para o ser humano<sup>(12)</sup>. A relação do ser humano com seu ambiente não pode ser concebida de forma reducionista, nem de forma disjuntiva, pois emerge e distingue-se pela cultura, pensamento e consciência.

É necessário um resgate do ser humano em que sua condição permeia características biológicas e ao mesmo tempo culturais, como o nascimento ou a morte, ingerir alimentos e líquidos e evacuar, que estão estritamente ligadas a normas, proibições, valores, mitos e ritos, portanto ligado ao cérebro, como em um holograma<sup>(13)</sup>. Constitui-se de forma hologramática, esse reolhar complexo e multidimensional que afeta o ambiente do ser humano idoso após a ostomia.

Nesse sentido, foram identificadas três categorias de ambiente que circundam o contexto de ostomização do ser humano idoso: ambiente domiciliar, ambiente grupal e ambiente hospitalar.

O *ambiente domiciliar*, para o ser humano idoso portador de ostomia, se caracteriza como um ponto de apoio por representar boa parte de sua vida, suas conquistas e lembranças familiares. Quando submetido à ostomização, um novo olhar é construído, novos pensamentos, medos, conflitos e ensaios de um enfrentamento, situações essas, em que o ambiente necessita ser reformulado com vistas a proporcionar ao idoso, sentimentos de satisfação e conforto durante o seu incerto processo de adaptação à ostomia, bem como é esse ambiente que o aproxima de sua formação como pessoa e parte da família, transcrito no depoimento:

*Não. Não tenho problema disso [estomia], não tenho. Como se diz: não chega a ser problema para mim. É desgastante [lidas da casa], entendeu? Não é problema porque gosto de fazer, gosto de trabalhar, aqui é meu lugar. (idoso7, 82 anos)*

*(...) se eu chegar num lugar público para esvazia minha bolsa, não, é que lugar público é meio complicado também, banheiro sujo, não, mas eu olho para o chão assim, como é que eu vou me ajoelhar ali naquela coisa, as pessoas urinam no chão, na tampa do vaso, não é igual ao banheiro da minha casa (...). (idoso 2, 65 anos)*

A atenção ao ser humano idoso ostomizado pode estar intimamente relacionada à presença do familiar ou alguém próximo, ou melhor, da pessoa que, no ambiente domiciliar, realiza ou ajuda-o, a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. Assim, nesse ambiente a família surge como sustentação, para a manutenção tanto física como social deste idoso fragilizado<sup>(14)</sup>. A família pode procurar compreender as reações dos portadores de ostomia, tais como: revolta, angústia, insegurança, entre outros, demonstrando apoiar o momento de dificuldade vivenciado<sup>(15)</sup>. O domicílio, nesse sentido, é o ambiente em que o idoso percebe que o cuidado está pautado na relação com o outro e consigo, evidenciado no depoimento:

*para mim (...) que eu não gosto que ele [esposo] veja eu no banho, no banheiro, até de vez em quando ele entra, ele age normal, como se eu tivesse fazendo xixi normal [urostomizada], para mim correu tudo dentro do normal, ninguém ficou curioso para ver como é que era, também nunca me neguei de mostra, encarei isso! Aqui em casa a família aceitou bem. (idoso 3, 61 anos)*

Considerando o ambiente domiciliar do idoso portador de ostomia, o cuidado integral e específico pressupõe um olhar atencioso às diversas perspectivas que compõem um olhar acerca de sua condição. A família, como é a primeira fonte prestadora de cuidados, conhece seu familiar idoso, suas necessidades e é capaz de cuidá-lo de forma singular e afetiva em seu ambiente domiciliar, promovendo a reestruturação do seu ambiente para recebê-lo<sup>(16)</sup>. A família e o domicílio, são entidades, que fazem parte da cumplicidade existente, a qual estimula os processos de aceitação e cuidado, no depoimento abaixo:

*Hoje não sou eu, não somos dois, somos um só. A dor que ela sente, eu sinto e que eu sinto ela sente. Não vou comer isso aqui, sem dar a metade para ela (...). Agora somos um só (...), fico em casa, ela cuida de mim e eu dela. (idoso 7, 82 anos)*

Assim, percebe-se a recursividade na relação ao ser humano idoso ostomizado e seu ambiente domiciliar. A ideia recursiva representa a ruptura com a linearidade causa/efeito, de produto/produtor, de estrutura/superestrutura, já que tudo o que é produzido volta-se sobre o que se produz num ciclo, no qual ele mesmo é autoconstrutivo, autoorganizador e autoprodutor<sup>(17)</sup>, ou seja esse idoso percebe que no ambiente domiciliar o cuidado vai além da

visão biomédica, inclui a rede de apoio social e as perspectivas pautadas no acolhimento e acolhimento do lar.

O *ambiente grupal*, representado pelos grupos de convivência, pode influenciar na forma como o ser humano idoso com ostomia reformula seu autoconceito e seu processo de autocuidado. Esses grupos utilizam-se do compartilhamento de saberes. Essa estratégia contribui para que seus iguais se compreendam, reelaborem novas maneiras de conhecer-se e conhecer o outro, facilitando o ajustamento a esse contexto desconhecido e incerto, como em uma religação subjetiva e hologramática, evidenciado no depoimento:

*quando não tem a bolsa e a pessoa não tem condições de comprar, eu perguntei lá no grupo (...) Agora não sei, mas custava R\$ 16,50 cada bolsa. Disseram: olha, tem pessoa que vem aqui com um saquinho de leite colado com um esparadrapo. É, somos felizes e não sabíamos. (idoso 5, 76 anos)*

Torna-se importante que o ser humano ostomizado participe de um trabalho de grupo de forma sistemática. Ele passa a vislumbrar um novo olhar acerca de seu processo saúde-doença, produzindo novas interpretações e promovendo meios de assegurar seu bem-estar, por meio da identificação dos significados e/ou outras dificuldades em outros seres humanos ostomizados<sup>(2)</sup>.

Considere-se que um processo de identificação com o outro, comporta a projeção de sujeito a sujeito, destacando a intersubjetividade, como em um círculo, a partir das interações que os seres humanos produzem na sociedade. À medida que a sociedade emerge, produz a humanidade desses indivíduos, denotando a recursividade como movimento contínuo<sup>(13)</sup>. A ostomia e suas implicações, bem como o envelhecimento são subjetividades que partem do ser humano e, com isso, o enfrentamento dá-se também com/por ele, ou seja, ao identificar-se com o outro que experiência os tabus e mitos de ser idoso e ostomizado, como no depoimento:

*a minha vida melhorou, depois que eu comecei a pensar nos outros, tem outras pessoas que têm uma vida pior que a da gente, não tem o porque a gente se queixar, porque... em principio tem que botar na cabeça que não é eterno, a gente tem um período para estar aqui, esse período não é muito grande em relação ao que a gente tem que esperar...tem pessoas em*

*piores situações e, muitas vezes, dando risada, tiram felicidade daquilo ali (...). (idoso 2, 65 anos)*

Assim, o ambiente grupal, pode contribuir para minimizar a tendência do ostomizado, em especial ao portador idoso, que muitas vezes apresenta isolamento social, oportunizando novos conhecimentos, constituindo-se como rede de solidariedade a esses seres humanos, em um processo social e autônomo<sup>(15)</sup>. O grupo oportuniza ao idoso repensar sua condição e perceber que não está sozinho, que o círculo de compreensão com outros seres humanos dá-se de forma mútua e complexa, como no depoimento:

*Eu não gosto disso aqui [a estomia], suporte, porque tem que ser tem que ser, rapaz com 25 anos tem isso aqui, gente moça, então eu me conformo e até bebezinho, que pecado. (...). A recém que eu estou tomando conhecimento, mas eu gostei e representa uma grande ajuda. (idoso 1, 75 anos)*

A autonomia, assim, do ser humano, sendo dependente do ambiente é também dependente de sua ascendência genética e da sociedade em que se inscreve. Ele é unidual, totalmente biológico e cultural ao seu tempo, por isso a compreensão da autonomia em seu ambiente levanta um problema de complexidade: experienciar o envelhecimento apesar da ostomia em um ambiente constituído pelas aproximações pessoais e memórias de toda uma vida, o que humanizaria o cuidado. Nesse contexto, o processo social<sup>(7)</sup> é um círculo produtivo ininterrupto no qual, de algum modo, os produtos são necessários à produção daquilo que os produz, ou seja os idosos ostomizados percebem o cuidado como um instrumento que pode dar conta de suas especificidades.

O ambiente que proporciona melhor atendimento em saúde aos pacientes tende a estar relacionado à qualidade de vida desses, em que a constituição do ambiente pode estar influenciada por uma série de fatores, tais como social, econômico, cultural, político e comportamental. Assim, um olhar sobre o ambiente do idoso com ostomia requer o equilíbrio entre corpo e mente para o processo de enfrentamento do desconhecido e de seus medos e dúvidas<sup>(18)</sup>. Desde a notícia do câncer, a ostomização e o convívio com a ostomia são etapas

que o idoso encara como final da vida, mas pode encontrar a esperança a partir do apoio do grupo, em que se reconhece a partir do outro, evidenciado no depoimento:

*Saber do câncer foi horrível. Eu me senti assim para baixo, muito aborrecida, que todo mundo tinha pena de mim, que sentia o fedor em mim, que eu estava largando mal cheiro na bolsa, porque a bolsa não parava, pois ela caía. Naquela época, o grupo me ajudou a entender tudo isso (...). (idoso 4, 80 anos)*

Compreende-se ainda que, no ambiente grupal, a ênfase não carece ser dada somente aos portadores de ostomias, mas, principalmente aos seus familiares. Torna-se necessário planejar e oferecer um espaço físico propiciando programas específicos que atendam as famílias que passam por esta experiência. Esse ambiente grupal necessita ter profissionais capacitados para orientar e conversar com a família, para compartilhar suas necessidades e receber apoio de outras famílias e da equipe de saúde, respeitando sua unicidade<sup>(16)</sup>.

O *ambiente hospitalar*, muitas vezes, representa, por meio da internação, um sentimento de angústia ou medo, porque para o ser humano idoso com ostomia a fragilidade encontra-se na forma em como cuidar-se, principalmente, nas possíveis complicações decorrentes da ostomia ou relacionadas a outro problema de saúde. Logo, faz-se necessário que haja um olhar permeado pela Complexidade, ou seja, único e múltiplo acerca de como será realizado o cuidado desse idoso que, além de procurar o ambiente hospitalar para tratamento, é portador de ostomia e requer uma atenção específica.

Muitas vezes, o ambiente hospitalar retrata enfermarias de difíceis condições para abrigar seres humanos acamados e dependentes de cuidados frente suas respectivas necessidades básicas. Pode se apreender durante a internação momentos de isolamento, olhar perdido no tempo, relatos de solidão devido ao afastamento da casa e da família<sup>(19)</sup>. Frente a esse contexto, o ser humano idoso que porta uma ostomia pode perceber uma dificuldade para o autocuidado em sua condição, visto que o ambiente que o rodeia apresenta-se estranho e distante do qual está acostumado, evidenciado no depoimento:

*É. Desde a primeira [troca de bolsa]... Saí do hospital, a primeira foi eu que botei. (idoso 7, 82 anos)*

Para enfrentar o desconhecimento acerca de sua condição como idoso ostomizado e do ambiente hospitalar que o recebe, em meio à presença de alguma complicação de saúde, é necessário que haja um cuidado específico às suas necessidades, envolvendo os aspectos biológicos, psicossociais e espirituais, envolvendo uma rede de solidariedade por parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestam o cuidado e a família, constituindo-se no cuidado complexo.

O foco está no ser humano idoso, na sua reabilitação e é realizado por uma equipe interdisciplinar que visualiza as características individuais, as necessidades de saúde e as fragilidades diante do envelhecimento. O cuidado prestado pelo enfermeiro no hospital precisa intervir com vistas à preservação da independência dos idosos que de outra forma teriam de enfrentar a internação prolongada ou internações inadequadas. Dessa forma é necessário que seja garantido o uso correto dos recursos, articulado ao desejo de reduzir o tempo de permanência em leitos hospitalares e reconhecer o papel crucial da reabilitação no atendimento dos idosos<sup>(20)</sup>, em especial os com ostomia, evidenciado no depoimento:

*Aceito a estomia, porque a doença é normal, todo mundo fica doente, e eu vejo que não é só para mim, então o que eu vou fazer, eu tenho que aceitar e me acalmar e relaxar, não é? Para poder melhorar. Não achei tão difícil, mas não tenho a coragem de colocar a mão. No hospital, a enfermeira colocava a bolsa e me ensinou, mas não tenho coragem (...). (idoso 1, 75 anos)*

Assim, a discussão fundamenta-se na reflexão de que para o ser humano idoso a ostomia é considerada, muitas vezes, um empecilho, pois ele já enfrenta seu processo de envelhecimento, além de mostrar-se com medo ou entender a ostomia como um desconhecido. Cuidar do ser humano ostomizado em seu ambiente, seja ele o domicílio, o grupo ou o hospital demanda compreender suas especificidades, pois as experiências vivenciadas pelo idoso vão se modificando ao longo do tempo. Dependendo da evolução de sua doença e das possibilidades de adaptação, o ser humano idoso ostomizado pode desenvolver estratégias de enfrentamento, com as quais passa a entender a importância da

ostomia e do autocuidado em seus ambientes (domiciliar, grupal e hospitalar) de forma multidimensional.

Nesse sentido, é necessário que haja a reforma do pensamento quanto à necessidade e importância da ostomia, a partir dos profissionais da saúde, do portador/família, para que assim seja gerado uma mudança dos (pre)conceitos desmistificando novas formas de compreender o contexto de saúde/doença. Produz novos sentidos para o cuidado e gera um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. Que une, substitui a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrige a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas; e completa o conhecimento da integração do todo no interior das partes<sup>(13:92-3)</sup>, beneficiando os seres humanos que cuidam e os que são cuidados.

## **CONCLUSÃO**

A partir desse estudo, foi possível alcançar o objetivo de conhecer a relação ser humano idoso ostomizado e seus ambientes de cuidado sob o olhar da Complexidade. Pôde-se perceber que independente do ambiente; seja domiciliar, grupal e hospitalar, o ser humano idoso portador de ostomia necessita adquirir autonomia e apresentar uma melhor aceitação de sua condição, sem esquecer que o apoio dos sujeitos que o rodeiam é fundamental.

As limitações foram centradas na escassa literatura relacionada às questões que unem cuidado, Complexidade e ambiente do ser humano idoso e/ou ostomizado, no entanto, as facilidades dão-se por meio da experiência relacionada ao assunto e as leituras anteriores que tentam retratar as necessidades dos idosos ostomizados. Evidenciou-se que os ambientes domiciliar, grupal e hospitalar contêm suas particularidades, mas refletem o contexto de fragilidade e necessidade de cuidado do idoso com ostomia, em meio a um processo circular e recursivo. É necessário um conhecimento técnico-científico adequado e humanizado/ampliado

do enfermeiro; além da compreensão da família como rede de apoio social no ambiente de cuidado.

A pesquisa traz como contribuição social um olhar acerca do redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso ostomizado em seu ambiente, apoiada pela Complexidade. Considera-se para isso que o ambiente que abriga esse ser humano comporta uma diversidade de sentimentos, emoções, experiências e vincula múltiplos conceitos e significados da relação do ambiente e o processo de cuidado frente à interface da Complexidade.

Na ciência em construção Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/assistência podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso ostomizado e ambientes de cuidado a partir de um olhar que vincula o conceito multidimensional apresentado pela Complexidade. Assim poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza e a condição humana, na qual os ambientes constituem-se como parte do cuidado por abrigar as experiências de cada idoso.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [citado 2012 ago 26] jun; 33(2):95-101.
- 2 Oliveira G, Maritan C VC, Mantovanelli C, Ramalheiro GR, Gavilhia TCA, Paula AAD. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. Revista Estima [Internet]. 2010 [citado 2012 ago 24]; 8(1):18-24.
- 3 Barros E JL, Santos SSC, Erdmann AL. Social network of support for stomized seniors according to complexity. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 26]; 21(4):595-601.
- 4 Lessmann JC, Ribeiro JA, Sousa FGM de, Marcelino G, Nascimento KC do, Erdmann AL. A nursing academic perspective concerning the care environment within the

- complexity paradigm – a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2006[citado 2012 ago 25]; 5(1). Disponível em:  
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/174>
- 5 Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo ostomizado quanto a sua situação. Rev Bras Promoção da Saúde [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 24]; 21(1): 13-18.
- 6 Morin E. Ciência com consciência. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007.
- 7 Petraglia I. Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber, 6ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2001.
- 8 Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010
- 9 Gray DE. Métodos de Pesquisa. Pesquisa no mundo real. 2ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ªed. Lisboa: edições 70, 2011.
- 11 Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH; Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. Latino-Am. Enfermagem [Internet], 2007[citado 2012 ago 25]; 15(3):418-425.
- 12 Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2010[citado 2012 ago 22]; 63(2): 328-333.
- 13 Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004. 128p.
- 14 Mazza MMP, Lefêvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. Rev Bras Cresc Desenv Hum [Internet]. 2005[citado 2012 ago 26]; 15(1):01-10.

- 15 Silva AL, Shimizu HE. A relevância da Rede de Apoio ao ostomizado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007[citado 2012 ago 27]; 60(3):307-11.
- 16 Barros E JL, Souza JL, Gomes GC. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2009[citado 2012 ago 25]; 17(4):550-5.
- 17 Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2006.
- 18 Brajković L, Godan Ana, Godan L. Quality of Life After Stroke in Old Age: Comparison of Persons Living in Nursing Home and Those Living in Their Own Home. Croat Med J [Internet]. 2009[citado 2012 ago 26]; 50(2): 182-8.
- 19 Albuquerque ALP de, Freitas CHA de, Bessa JMS. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009[citado 2012 ago 27]; 62(4): 552-556.
- 20 Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008[citado 2012 ago 25]; 4:1-16.

## 6 E OS DESAFIOS CONTINUAM: CUIDAR DO SER IDOSO ESTOMIZADO SEGUNDO A COMPLEXIDADE ...

Foi o caminho, não o que eu tracei para mim, mas que minha caminhada traçou: Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar ANTÔNIO MACHADO.

A velhice só é honrada na medida em que resiste, afirma seu direito, não deixa ninguém roubar-lhe seu poder e conserva sua ascendência sobre os familiares até o último suspiro. Gosto de descobrir o verdor num velho e sinais de velhice num adolescente. Aquele que compreender isso envelhecerá talvez em seu corpo, jamais em seu espírito.

CÍCERO

A partir dessa pesquisa, foi possível propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado; conhecer as tecnologias de equipamentos e educativas construídas a partir das vivências de idosos estomizados e por eles como forma de autocuidado e promoção da saúde; verificar a relação do ser humano idoso ostomizado e seus ambientes de cuidado sob o olhar complexo.

Foi possível confirmar a tese de que os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado às necessidades corporais, emocionais, biopsicoespirituais e ambientais direcionando às ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas específicas.

Como limitação geral foi evidenciada escassa literatura relacionada à temática, tendo em vista que nas bases de dados como SCIELO e LILACS não há indicações da união de descritores ostomia e envelhecimento e, conseguinte, na versão em inglês. Outras dificuldades percebidas foram o desconhecimento dos idosos estomizados sobre seus direitos e as políticas públicas, o que se constituiu como uma lacuna, bem como *déficit* na compreensão do dinamismo que envolve as relações ostomia e corpo envelhecido e vice-versa.

Entretanto, os pontos positivos dão-se por meio da experiência relacionada ao assunto e as leituras que tentam retratar as necessidades dos idosos

ostomizados, bem como mostrou que as tecnologias de equipamentos construídas pelos idosos ostomizados, mediante o processo de enfrentamento/adaptação, mostraram-se válidas, um ponto de identificação entre os idosos, símbolo de autonomia e promoção do autocuidado. E os ambientes, tiveram diversas atribuições como a presença da família, o aconchego, o desconhecido, satisfação, aceitação, adaptação, acolhimento e apoio.

Percebeu-se que independente das tecnologias do cuidado; seja a educativa e de equipamentos (órteses e próteses), o ser humano idoso portador de ostomia necessita adquirir autonomia e apresentar dialogicamente uma melhor aceitação de sua condição, sem esquecer que o apoio dos sujeitos que o rodeiam é fundamental para que haja acessibilidade.

Diante disso, consideram-se as políticas sociais que podem favorecer as discussões acerca da acessibilidade, que abrigam a diversidade de experiências e vincula múltiplos conceitos e significados. A relação entre as tecnologias, as questões socioambientais e o autocuidado perpassam pelo desafio em elucidar a ordem/desordem provocada pela ostomização e o envelhecimento. Ou seja, proporcionar espaços que vinculem o autocuidado como processo gerado a partir do contato com o outro, disseminar informações que facilitem o cuidado e resgatar a aproximação com hábitos culturais do idoso.

Assim, as tecnologias, os ambientes e as ações do cuidado contêm particularidades, que refletem o contexto de fragilidade e necessidade de cuidado do idoso com ostomia, em meio a um processo circular e recursivo. É necessário, assim, um conhecimento técnico-científico adequado e humanizado/ampliado do enfermeiro; além da compreensão da família como rede de apoio em seu contexto social complexo.

A pesquisa traz como contribuição social um olhar acerca do redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso ostomizado em seu ambiente. Considera-se para isso que o ambiente que abriga esse ser humano comporta uma diversidade de sentimentos, emoções, experiências e vinculam múltiplos conceitos e significados da relação do ambiente e o processo de cuidado frente à interface da Complexidade.

Logo, na ciência em construção Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/assistência podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso ostomizado/ tecnologias/ambientes de cuidado no contexto da

acessibilidade sob o olhar complexo, considerando elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Assim poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza acerca da condição humana, bem como considerando a importância das tecnologias construídas e repensadas por esses idosos, como forma de cuidar de si e do outro.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALBUQUERQUE, ALP de; FREITAS, CHA de, JORGE, MSB. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. *Rev Bras Enferm*; v.62, n.4, p.552-556, Ago, 2009.
- ALMEIDA, M. da C. Mapa inacabado da complexidade. In: SILVA, A. A. D. da; GALEANO, A. (org.). *Geografia: ciência do complexus - ensaios transdisciplinares*. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 1ª Ed. Lisboa: edições 70, 2011.
- BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. *Cuidado humano e gerontotecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto contexto - enferm.* [online], vol.19, n.2, pp. 378-385, 2010.
- BARROS, E JL; SOUZA JL; GOMES GC. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, out/dez; v.17, n.4, p.550-5, 2009.
- BARROS, E JL; SANTOS, SSC; ERDMANN, AL. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. *Rev Acta paul. enferm.*, v. 21, n. 4, p.595-601. 2008.
- BARROS, E JL. *O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa*. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/ RS, Brasil, 2007.
- BARNARD, A. Philosophy of technology and nursing. *Nursing Philosophy*, v. 3, pp.15-26, 2002.
- BRAJKOVIĆ L, GODAN ANA, GODAN L. Quality of Life After Stroke in Old Age: Comparison of Persons Living in Nursing Home and Those Living in Their Own Home. *Croat Med J.*, v. 50, n.2, p.182-8, 2009.
- BECHARA, R. N; et al. Abordagem Multidisciplinar do Estomizado. *Revista Brasileira Coloproct. [S.l.]*. v. 25, n.2, p.146-149. 2005.
- BELLATO, R; PEREIRA, WR; MARUYAMA, SAT; et al . A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. *Rev Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.15, n.2, 2006.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Portaria no. 400, de 16 de novembro de 2009*. Brasília, 2009.
- BRASIL. COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CORE). *Acessibilidade*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: MS, 2008b.

\_\_\_\_\_. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde*. 2 ed. Brasília: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006a, 18 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev Latino-am Enfermagem*, nov/dez; v. 13, n. 6, p: 1019-26. 2005.

CALDAS, CP; PESTANA, LC. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 4, p. 583-587, 2009.

CEZAR-VAZ, MR; MUCCILLO-BAISCH, AL; SOARES, JFS; WEIS, AH; COSTA, VZ; SOARES, MCF. Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.15, n.3, p.418-425, 2007.

CÍCERO, MT (103-43 a.c). Saber envelhecer e a amizade. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2011.

DI NUBILA, H; PAULA, AR; MARCELINO, MA; MAIOR I. Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country": Brazilian Interministerial Workgroup Task. *BMC Public Health.*; v.11, Supl 4, 2011.

ERDMANN, AL; KOERICH, MS; NITSCHKE, RG. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. *Rev. Bioethikos - Centro Universitário São Camilo*, v.3, n.2, p.252-255, 2009.

ERDMANN, AL. *Sistema de Cuidados de Enfermagem*. Pelotas: Universitária, 1996.

FORTIN, R. *Compreender a Complexidade: introdução ao método de Edgar Morin*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

FRONTIER, S. Sistemas e ecossistemas: definições. In: Frontier. *Os ecossistemas*. Lisboa (PT): Instituto Piaget; 2001. p. 13-30.

GENTILE, P. *Edgar Morin: a escola mata a curiosidade*. 168 ed. 2006. Disponível no Site: <http://revistaescola.abril.com.br/politicas-publicas/planejamento-e-financiamento/escola-mata-curiosidade-425244.shtml>. Arquivo capturado dia 15/10/2011 às 04:25 h.

GIACOMIN K. *O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil*. Discurso proferido na Conferência Estadual do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, G.C; FARIAS, D.H.R.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. *Revista Cogitare Enfermagem*. [S.l]. v. 9, n.1. p. 25-32. 2004.

GRAY, D.E. *Métodos de Pesquisa*. Pesquisa no mundo real. 2ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HARRIGTON, T; HARRIGTON, MT. *Gerontotecnologia: O quê é e como pode ajudar?* Portal do Envelhecimento: sua rede de comunicação e solidariedade. Disponível no site: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo969.htm>. 2000

HUNGLER, B. P.; BECK, C. T.; POLIT, D. F. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KIM, H. S. *Análise teórica dos fenômenos no domínio do ambiente*. Mimeo. 26 p. 1992.

KOERICH MS, et al. Gerontotecnologia de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15 (Esp), p. 178-85, 2006.

KOERICH, MS; BACKES, DS; SCORTEGAGNA, HM; WALL, ML; VERONESE, AM; ZEFERINO, MT; et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Rev Texto Contexto Enferm*, v.15 (Esp), p. 178-85. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf>

KOSTANJSEK, N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, v.11, Supl 4, p.1-6, 2011.

LEBRÃO, M. L. SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2003. 255 p.

LEITE, MT; GONCALVES, LHT. Nursing constructing meanings from its social interaction with the hospitalized elderly. *Rev Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

LESSMANN, JC; RIBEIRO, JA; SOUSA, FGM; MARCELINO, G; NASCIMENTO, KC; ERDMANN, AL. A nursing academic perspective concerning the care environment within the complexity paradigm – a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*; v.5, n.1, 2006.

LIMA, A.; VIEGAS, CS; PAULA, MEM; SILVA, FCM; SAMPAIO, RF. A qualitative approach of interactions between the domains of the International Classification of Functionality, Disability, and Health. *Rev Acta Fisiatr.*; v.17, n.3, p.94 – 102, 2010.

LUZ MHBA, ANDRADE DS, AMARAL HO, BEZERRA SMG, BENÍCIO CDAV, LEAL ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *Rev Texto Contexto Enferm*, Florianópolis [internet];, v.18, n.1, p. 140-6. Jan-Mar, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17.pdf>

MACHADO, WCA; SCRAMIN, AP. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. *Rev. esc. enferm. USP São Paulo*, v.44, n.1, p.53-60, mar. 2010.

- MAZZA, MMP; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.*; v.15, n.1, p.01-10, 2005.
- MARTINS, A. M.; ALMEIDA, S. S. L.; MODENA, C. M. O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Rev. SBPH* [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 74-91.
- MARTINAZZO, CJ; CHEROBINI, AL. Pedagogia e complexidade: implicações e transdisciplinaridade. *Contexto e Educação*. Ijuí: Unijuí/RS, v. 20, n. 73/74, p. 55-72, jan/dez, 2005.
- MARTINAZZO, CJ. *A utopia de Edgar Morin: da complexidade à concidadania planetária*. 2 ed. Ijuí: UNIJUI. 2004.
- MARTINES, WRV; MACHADO, AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 2, Apr. 2010.
- MARTINS, GA. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. RCO – *Revista de Contabilidade e Organizações* – FEARP/USP, v. 2, n. 2, p. 8-18 jan./abr. 2008.
- MARTINS PAF, ALVIM NAT. Educational perspective on nursing care about the maintenance of elimination ostomy. *Rev. bras. enferm.*, v. 64, n.2, p. 322-327. 2011. Acesso em: 28/12/11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a16v64n2.pdf>
- MENDES, TMS. Da adolescência à envelhecimento: convivência entre as gerações na atualidade. Porto Alegre: Mediação, 2012.
- \_\_\_\_\_. Vitrines e porões. In: Antologia Caxiense de Poetas. Caxias do Sul: Misturas e bocas Produções, 1988.
- MENEZES APS, QUINTANA JF. A percepção do indivíduo ostomizado quanto a sua situação. *Rev Bras em Promoção da Saúde*, v.21, n.1, p.13-18. 2008.
- MORIN, E. *Meu caminho: entrevistas com Djénane Kareh Tager*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Ciência com consciência*. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.
- \_\_\_\_\_. *As duas globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente*. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007a.
- \_\_\_\_\_. *Educar na era planetária*. O pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. 2ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2007b.
- MORIN, E et al. *Ensaio da Complexidade*. Porto Alegre: Sulina, 2006a.
- MORIN E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina; 2006b.
- \_\_\_\_\_. *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- \_\_\_\_\_. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004a.
- \_\_\_\_\_. *Em busca dos fundamentos perdidos: textos sobre o marxismo*. 2ed. Porto Alegre: Sulina, 2004b.

\_\_\_\_\_. *Educação e Complexidade: Os sete saberes e outros ensaios*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002a. 103 p.

\_\_\_\_\_. *O Método V: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina, 2002b. 312 p.

\_\_\_\_\_. *A inteligência da Complexidade*. São Paulo: Peirópolis, 2000.

\_\_\_\_\_. *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal: EDUFRN, 1999.

MUNARI, D. B.; Oliveira, L. M. de A. C.; Medeiros, M.; Brasil, V. V.; Oliveira, P. M. C. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paul Enferm*; v.21, n.3, p.432-8, 2008.

NERI, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.

OLIVEIRA G, MARITAN C VC, MANTOVANELLI C, RAMALHEIRO GR, GAVILHIA TCA, PAULA AAD. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. *Revista Estima*, v.8, n.1, p.18-24, jan/fev/mar 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Guia global: cidade amiga do idoso*. Genebra: ONU, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, 2004.

\_\_\_\_\_. *Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas*; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49 p.

PETRAGLIA, I. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2001.

\_\_\_\_\_. *Edgar Morin: complexidade, transdisciplinaridade e incerteza*. Curitiba (PR): Secretaria Municipal da Educação de Curitiba/Departamento de Tecnologia e Difusão Educacional, Semana de Estudos Pedagógicos, 2005, p.13, mimeografado.

\_\_\_\_\_. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*, 6. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.

POTTER, PA. *Fundamentos da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

POUPART, J. et al. (ORG.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBAS, D. L.; TERRA, M. G.; ERDMANN, A. L. O paradigma complexo: um novo olhar para saúde mental. *Contexto e Educação*, Unijuí/RS, ano 20, n. 73/74, jan/dez. 2005, p 131-142.

ROCHA, J.J.R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Rev Medicina (Ribeirão Preto)*, v.44, n. 1, p. 51-6. 2011.

ROSA, CMVFP; ARNOLDI, MAGC. *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SAMPAIO, RF; LUZ, MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.475-483, mar, 2009.

SANTOS, VLCG; CESARETTI, IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, S. S. C; PELZER, M.T; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano - RBCEH*, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.

SANTOS, S. S. C. O ensino da enfermagem gerontogerátrica e a complexidade. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 228-235, 2006.

\_\_\_\_\_. Educação em Enfermagem e a complexidade. *Revista Contexto e Educação. Contexto e Educação*, Unijuí/RS, ano 20, n. 73/74, jan./dez. 2005, p. 103-17.

\_\_\_\_\_. *O ensino da enfermagem gerontogerátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin*. Florianópolis: USFC/PEN, 2003. 200 p. Série teses, 44.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento sustentável e o cuidado ao idoso: desafios convergentes. In: CIANCIARULLO, T. W.; CORNETTA, V. K. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e globalização - um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone; 2002. p. 87-100.

SILVA, AL; SHIMIZU, HE. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. *Rev Bras Enferm.*, maio-jun; v. 60, n.3, p.307-11, 2007.

\_\_\_\_\_. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n.4, p.483-90, jul-ago/2006.

SILVA LJ, SILVA LR, CHRISTOFFEL MM. Technology and humanization of the neonatal intensive care unit: reflections in the context of the health-illness process. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.3, p.684-9. 2009. Acesso em 29/12/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a26v43n3.pdf>

SILVA IJ, OLIVEIRA MFV, SILVA SÉD, POLARO SHI, RADÜNZ V, SANTOS EKA, SANTANA ME. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.3, p. 697-703, 2009. Acesso em 29/12/1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>

SIQUEIRA, R. L. de; BOTELHO, M, I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n.4, p. 899-906, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

WARD D, SEVERS M, DEAN T, BROOKS N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos. *Cochrane Database Syst Rev*; v.4, p.1-16. 2008.

YIN, RK. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## **APÊNDICE A - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA NO HU/FURG**

Ilm. Sr. (a). Adm. Tomas Dalcin  
Diretor *pro tempore*

Senhor;

Solicito autorização para realizar, no serviço de estomaterapia, nesta instituição, uma pesquisa cujo título é “O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO AO IDOSO ESTOMIZADO”, na qual pretendo propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado. Como orientadora a professora Dra. Silvana Sidney Costa Santos. Para realizar este estudo, irei entrevistar os idosos e seus familiares que freqüentam o Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, quando aplicarei um protocolo de coleta dos dados, no qual constam: identificação das interrelações existentes nesse Serviço; as características dos idosos estudados e, posteriormente, proporei um cuidado de enfermagem complexo que venha a contribuir para a reabilitação desses idosos. Será mantido o anonimato tanto da instituição quanto dos participantes. Ressalto ainda, que estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Enf<sup>a</sup> MSc. Edaiane Joana Lima Barros (Doutoranda)

Endereço: Rua Santa Catarina, 536 apto 1

Bairro: Municipal CEP: 96211-600 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 84024153

e-mail: [edaiane\\_barros@yahoo.com.br](mailto:edaiane_barros@yahoo.com.br)

Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)

Endereço: Rua Duque de Caxias, 197 Apto 503

Bairro: Centro CEP: 96200-020 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 32335668

e-mail: [silvanasidney@terra.com.br](mailto:silvanasidney@terra.com.br)

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada “O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO AO IDOSO ESTOMIZADO”, realizada pela doutoranda Enfa. Edaiane J. L. Barros, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos, da Escola de Enfermagem da FURG.

Nome do Coordenador (a): .....

Assinatura: .....

Rio Grande: ...../...../.....

## APÊNDICE B - PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

### Questão do Estudo de Caso:

Como propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso estomizado, numa abordagem complexa?

### Proposição:

Os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado não somente às necessidades corporais, mas, também, às emocionais, biopsicoespirituais e ambientais direcionando a ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas específicas.

### Estrutura teórica:

Pautada em conceitos acerca do Idoso estomizado, Ações Ecossistêmicas e gerontotecnológicas direcionadas aos idosos estomizados; Cuidado de enfermagem Complexo.

### Cronograma de atividades para 2012:

Coleta de dados					Mai	Jun			
Análise de dados						Jun	Jul		
Construção do Relatório								Ago	
Sustentação da tese									Set

**Coleta de dados** – verificação de documentos e de registros e arquivos, aplicação do instrumento para coleta de dados adaptado a partir da CIF; utilização da entrevista gravada, observação sistemática e anotações em diários de campo.

**Esboço e relatório de cada estudo de caso** – Descrição dos casos e elaboração do cuidado de enfermagem complexo pautado nas especificidades.

## APENDICE C- GUIA DE COLETA DE DADOS<sup>17</sup>

1) Fatores Contextuais: pessoais
2) Funcionalidade/ Incapacidade
2.1) Funções do corpo/Estruturas
2.1.1 Funções mentais
2.1.2 Funções sensoriais e dor
2.1.3 Funções da voz e da fala
2.1.4 Funções do aparelho cardiovascular, hematológico, imunológico e do aparelho respiratório
2.1.5 Funções do aparelho digestório e sistema metabólico/ endócrino
2.1.6 Funções geniturinárias e reprodutivas
2.1.7 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento
2.1.8 Funções da pele e estruturas relacionadas
2.2) Estruturas do corpo
2.2.1 Estruturas do Sistema nervoso
2.2.2 Olho, ouvido e estruturas relacionadas
2.2.3 Estruturas relacionadas com a voz e a fala
2.2.4 Estruturas do Aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do Aparelho respiratório
2.2.5 Estruturas relacionadas com o Aparelho digestório, Sistema metabólico/ endócrino
2.2.6 Estruturas relacionadas com o Aparelho Geniturinário e reprodutivo
2.2.7 Estruturas relacionadas com o movimento
2.2.8 Pele e estruturas relacionadas
2.3) Atividade e participação
2.3.1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento
2.3.2 Tarefas e exigências gerais
2.3.3 Comunicação
2.3.4 Mobilidade
2.3.5 Autocuidado
2.3.6 Vida doméstica
2.3.7 Interações e relacionamentos interpessoais
2.3.8 Áreas principais da vida
2.3.9 Vida comunitária, social e cívica
3) Fatores Contextuais: ambientais
3.1 Produtos e tecnologias
3.2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem
3.3 Apoio e relacionamentos
3.4 Atitudes
3.5 Serviços, sistemas e políticas

## 1) Fatores Contextuais: Pessoais

- ✓ Nome:
- ✓ Idade:
- ✓ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- ✓ Data de nascimento \_ / \_ / \_ \_
- ✓ Grau de Instrução:
- ✓ Estado civil:
- ✓ Profissão:
- ✓ Diagnóstico médico:
- ✓ Altura:
- ✓ Peso:
- ✓ Especificidades quanto à estomia
  - Tempo de estomia:
  - Tipo:
  - Causa (s):
  - Como se sente após a estomização:
  - Aceitação: fácil, difícil, justificar
  - Cuidados com a estomia: cuida sozinho ou necessita de outra pessoa para desempenhar o cuidado? quem?
  - Contribuições para uma vida melhor: convívio com familiares, comunidade, serviços de saúde, profissionais de saúde e outros estomizados:
- ✓ Como você avalia sua saúde física no último mês?
- ✓ Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?
- ✓ Você tem alguma doença (s) ou distúrbio(s)?
- ✓ Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade?
- ✓ Foi hospitalizado no último ano?
- ✓ Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?
- ✓ Você fuma?
- ✓ Você consome (iu) álcool ou drogas no último mês?

- ✓ Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

## 2) Funcionalidade/ Incapacidade

### 2.1) Funções do corpo/Estruturas

#### 2.1.1 Funções mentais

#### **Funções Mentais Globais**

**Funções da consciência:** Funções do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília.

( ) Lúcido/Orientado

( ) Obnubilado / confuso

**Funções de orientação no espaço e no tempo:** Funções mentais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente.

Questionada: Que dia é hoje? Qual seu endereço? Qual sua idade?

Apresenta-se:

( ) Lúcido/Orientado

( ) Desorientado

**Funções do temperamento e da personalidade:** Funções mentais gerais de caráter constitucional que fazem o indivíduo reagir de um modo específico às situações. ( ) Agitado ( ) Ativo ( ) Apático ( ) Tranquilo

( ) Agressivo ( ) Assustado

**Funções do sono:** Funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características.

Hábitos de Sono/Repouso:

**Sono:** ( ) Sem alteração ( ) Insônia ( ) Dificuldade para dormir ( ) Hipersonia

**Faz uso de algum medicamento para auxiliar no sono e repouso?**

#### **Funções Mentais Específicas**

**Funções da atenção:** Funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções da memória:** Funções mentais específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário. Apresenta: ( ) Perda de memória ( ) Não

**Funções psicomotoras:** Funções mentais específicas de controle dos eventos motores e psicológicos a nível do corpo. ( ) paralisia ( ) Tonturas ( ) Tremores ( ) Dormência ( ) Não

**Funções emocionais:** Funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e os componentes afetivos dos processos mentais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções da percepção:** Funções mentais específicas relacionadas com o reconhecimento e a interpretação dos estímulos sensoriais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções do pensamento:** Funções mentais específicas relacionadas com a

componente ideativa da mente. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

### 2.1.2 Funções sensoriais e dor

Apresentou dor em algum local do corpo no último mês?

Apresenta: ( ) Sim ( ) Não Local: ` \_\_\_\_\_

Quanto ao tipo de dor:

( ) localizada

( ) generalizada

**Acuidade Visual:** Normal: ( ) OE ( ) OD Diminuída: ( ) OE ( ) OD Ausente:

( ) OE ( ) OD

**Uso de óculos ou lentes:** ( ) Sim ( ) Não

**Acuidade Auditiva:**

Normal: ( ) OE ( ) OD

Diminuída: ( ) OE ( ) OD

Ausente: ( ) OE ( ) OD

**Uso de Prótese Auditiva:** ( ) OE ( ) OD

**Sensação gustativa:** Sente o amargo, o doce, o ácido e o salgado?

( ) Sim ( ) Não

**Prótese Dentária:** ( ) Sup. ( ) Inf.

**Sensação olfativa:** ( ) Sim ( ) Não

**Sensação proprioceptiva:** ( ) Sim ( ) Não

**Sensação tátil:** ( ) Sim ( ) Não

**Sensações relacionadas com a temperatura e outros estímulos:** ( )

Normal ( ) Quente ( ) Fria

### 2.1.3 Funções da voz e da fala

Percebeu alterações na voz e na fala no último mês?

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

### 2.1.4 Funções do aparelho cardiovascular, hematológico, imunológico e do aparelho respiratório

**Pressão arterial:** ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Pressão Normal

( ) Hipotensão Ortostática

PA sentado: \_\_\_\_\_

PA em pé: \_\_\_\_\_

**Perfusão periférica:** ( ) Normal ( ) Diminuída

**Enchimento capilar:** ( ) Lento ( ) normal

**Mucosas:** ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas ( ) Cianóticas ( ) Ictérica

**Avaliação Respiratória:** ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico

( ) Taquipneico

**Apresenta ou apresentou no último mês:**

( ) Tosse ( ) Hemoptise ( ) Asma ( ) Expectorção ( ) Nda

**Murmúrios Vesiculares:** ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

**Ausulta Pulmonar:** ( ) Normal ( ) Roncos ( ) Estertores ( ) Creptos

( ) Sibilos

## 2.1.5 Funções do aparelho digestório e dos sistemas metabólico/ endócrino

**Boca/pele:** ( ) integra ( ) com lesões

**Dentes Sépticos:** ( ) sim ( ) Não

**Faz uso de prótese dentária?** *Se sim, especifique:* ( ) superior ( ) inferior

**Mastigação:** ( ) alterada ( ) Inalterada      **Deglutição:** ( ) alterada ( ) inalterada

**Padrão alimentar:** (quantas vezes, tipo de dieta):

**Preferências alimentares:**

**Paladar:** Preservado ( ) Sim ( ) Não      Diminuído ( ) Sim ( ) Não

**Hábitos de ingestão hídrica** (volume, frequência preferência):

Perda de peso nos últimos meses: ( ) Sim ( ) Não      Anorexia: ( ) Sim

( ) Não ( ) SNG ( ) SNE ( ) Sem alterações

**Avaliação do abdome:** ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Rígido ( ) Timpânico

( ) Distendido ( ) Doloroso à Palpação.      Local:

**Ruído Hidroaéreos:** ( ) Presente ( ) Diminuídos ( ) Ausentes

**Evacuações:** Data da Última evacuação:

Frequência/Características:

( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Dor ( ) hemorróidas ( ) tenesmo

**Apoio:** ( ) Laxante ( ) Enema ( ) Supositório

**Ingesta hídrica:**

Volume diário:

Frequência:

Preferência:

## 2.1.6 Funções geniturinárias e reprodutivas

Hábitos Vesicais:

**Frequência:** ( ) Micção Espontanea ( ) Límpida ( ) S.V.A ( ) S.V.D

( ) Uripen ( ) Jontex

**Sintomas:** ( ) Nictúria ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Hematúria ( ) Piúria ( )

Incontinência ( ) gotejamento

**Sedimentos:** ( ) Coágulos ( ) Retenção

**Características:** \_\_\_\_\_

**Funções sexuais e reprodutiva:**

Parceiro(a): ( ) Sim ( ) Não

Vida Sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não

Desconforto durante o ato sexual: ( ) Sim ( ) Não      *Se, sim especifique:* \_\_\_\_\_

Isolamento: ( ) Sim ( ) Não

Uso de medicamentos que afetam a libido: ( ) anti-hipertensivos

( ) tranquilizantes ( ) anti-depressivos

**Homens**

Relata dor a urinar: ( ) Sim ( ) Não

Vida sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não

Apresenta algum desconforto no ato sexual: ( ) Sim ( ) Não

Realizou exame de próstata: ( ) Sim ( ) Não  
 Alguma alteração prostática: ( ) Sim ( ) Não  
 Realiza tratamento:  
 Cirurgia decorrente: ( ) Sim ( ) Não  
 Alguma seqüela decorrente da alteração prostática: ( ) Sim ( ) Não  
 ( ) Incontinência urinária ( ) retenção urinária

### Mulheres

Realizou o exame Papanicolau no último ano: ( ) Sim ( ) Não  
 Alguma alteração no exame? ( ) Sim ( ) Não Tipo:  
 Realizou tratamento de reposição hormonal:  
 Apresenta alguma seqüela decorrente do período menopáusico:  
 Realizou mamografia no último ano: ( ) Sim ( ) Não

### 2.1.7 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

Locomoção – marcha: ( ) sem ajudante ( ) com ajudante  
 Sobe e desce escadas: ( ) sem ajudante ( ) com ajudante

### 2.1.8 Funções da pele e estruturas relacionadas

Integridade da Pele: ( ) Normal ( ) Cianose ( ) Icterícia ( ) Palidez  
 ( ) Prurido ( ) Petéquias ( ) Hematomas ( ) Ressecada ( ) Hidratada  
 ( ) Sudorética ( ) Lesões ( ) Úlceras ( ) Escoriações  
 Incisão Cirúrgica: ( ) Não ( ) sim  
 Temperatura: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria  
 Alergia: ( ) Sim ( ) Não Causa: \_\_\_\_\_

### 2) 2.3) Atividade e participação

#### 2.3.1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento

- ✓ Consegue compreender de que forma cuidar do estoma?
- ✓ Quais informações recebeu no Serviço de Estomaterapia e de que forma aplicou esse conhecimento para o cuidado da estomia?

#### 2.3.2 Tarefas e exigências gerais

- ✓ Realiza as tarefas com auxílio? ( ) Sim ( ) Não
- ✓ Que tarefas lhe são exigidas no seu dia-a-dia antes e após a estomia?

#### 2.3.3 Comunicação

Fala: ( ) Normal ( ) Arrastada ( ) Balbuciada ( ) Afasia

#### 2.3.4 Mobilidade

Deambula  Deambula com suporte  Restrito ao leito

Tração  Aparelho gessado

**Pratica alguma atividade física? Qual?**

**Muda as posições básicas do corpo:** Adapta e sai de uma posição corporal e move-se de um local para outro.

Sim  Não

**Mantém a posição do corpo:** Mantém a mesma posição do corpo durante o tempo necessário.

Sim  Não

**Levanta e transporta objetos:** Levanta um objeto ou move algo de um lugar para outro.

Sim  Não

**Atividades de motricidade fina da mão:** Realiza ações coordenadas para manusear objetos, levanta-os, manipula-os e solta-os utilizando as mãos, dedos e polegar.

Sim  Não

**Utilização da mão e do braço:** Realiza as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipula-os, utilizando as mãos e os braços.  Sim  Não

**Andar:** Move-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão.

Sim  Não

**Desloca-se:** Move todo o corpo de um lugar para o outro, usando outros meios excluindo a marcha.

Sim  Não

**Desloca-se por diferentes locais:** Anda ou movimenta-se em vários lugares e situações, como por exemplo, andar de uma sala para outra dentro de uma casa.

Sim  Não

**Desloca-se utilizando algum tipo de equipamento:** Move todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou arranjar outras formas de se mover com equipamentos.

Sim  Não

**Utilização de transporte:** Utiliza transporte para se deslocar, como passageiro, num automóvel.

Sim  Não

Após a estomização, ocorreu restrições quanto à mobilidade? \_\_\_\_\_

### 2.3.5 Autocuidado

**Lava-se:** Lava e seca todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.

Sim  Não

**Cuida de partes do corpo:** Cuida de partes do corpo como pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.

Sim  Não

**Higiene pessoal relacionada com as excreções:** Prevê a eliminação e elimina os dejetos humanos (fezes e urina) e procede à higiene subsequente.

Sim  Não

**Veste-se:** Realiza as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e

tirar a roupa e\ou calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo as condições climáticas e sociais.

( ) Sim ( ) Não

**Comer:** Executa as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, leva-os à boca e consumi-os de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços e utilizar os talheres.

( ) Sim ( ) Não

**Beber:** Coordena os gestos necessários para tomar uma bebida, leva a boca, e ingere a bebida de maneira culturalmente aceitável, mistura, mexe e serve os líquidos para serem consumidos.

( ) Sim ( ) Não

**Cuida da sua própria saúde:** Assegura o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental.

( ) Sim ( ) Não

Consegue realizar o cuidado com o estoma?

### 2.3.6 Vida doméstica

Condições de Moradia: Tem quarto exclusivo: [ ] Sim [ ] Não

Ambiente livre de perigo: [ ] Sim [ ] Não

Barreiras Arquitetônicas: Degraus - [ ] Sim [ ] Não

Portas Estreitas - [ ] Sim [ ] Não

Banheiro sem suporte - [ ] Sim [ ] Não Tapetes - [ ] Sim [ ] Não

Piso Escorregadio - [ ] Sim [ ] Não

Iluminação Adequada - [ ] Sim [ ] Não

Saneamento Básico - [ ] Sim [ ] Não

Apresenta alguma dificuldade para realizar as atividades domésticas?

( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

Sofreu alguma queda relacionada ao ambiente o qual está inserido, após a estomização? Quantas vezes? Alguma sequela? Cirurgias decorrentes?

### 2.3.7 Interações e relacionamentos interpessoais

**Interações interpessoais básicas/complexas:** Agi de acordo com as regras e convenções sociais.

( ) Sim ( ) Não

**Relacionamentos familiares:** Cria e mantém relações de parentesco.

( ) Sim ( ) Não

### 2.3.8 Áreas principais da vida

Como você considera sua vida financeira?

O que você destaca de mais importante ou que lhe marcou como área de sua vida?

### 2.3.9 Vida comunitária, social e cívica

**Vida comunitária:** Participa em todos os aspectos da vida social comunitária.

( ) Sim ( ) Não

**Recreação e lazer:** Participa em qualquer forma de jogos, atividades recreativas ou de lazer.

( ) Sim ( ) Não

**Religião e espiritualidade:** Participa em atividades religiosas ou espirituais, em organizações e práticas para satisfação pessoal, encontra um significado para a vida, um valor religioso ou espiritual e estabelece contato com um poder divino.

( ) Sim ( ) Não

**Direitos Humanos:** Desfruta de todos os direitos nacionais e internacionalmente reconhecidos que são atribuídos às pessoas pelo simples fato da sua condição humana.

( ) Sim ( ) Não

**Vida política e cidadania:** Participa, como cidadão, na vida social, política e governamental, ter o estatuto legal de cidadão e desfruta dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel.

( ) Sim ( ) Não

### 3) Fatores Contextuais: Ambientais

#### 3.1 Produtos e tecnologias

- ✓ Você usa algum recurso como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas ou algum instrumento que serve para adaptação à estomia?
- ✓ Quais produtos você utiliza para realizar o cuidado com a estomia?

#### 3.2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem

- ✓ Como você realiza o descarte da bolsa de Karaya e os equipamentos utilizados na manutenção da estomia?
- ✓ Seu ambiente doméstico está adaptado às suas necessidades?
- ✓ Foi necessária alguma mudança após a estomização?
- ✓ Após a estomização, como é frequentar os ambientes sociais?

#### 3.3 Apoio e relacionamentos

- ✓ Caracterização da rede de apoio social:
  - Constituição familiar: grau de parentesco, no de filhos e outras informações:
  - Quando o (a) sr (a) precisa de ajuda, quem costuma ajudá-lo (a)?
  - Situação de moradia: estrutura física, saneamento básico e outras informações:
  - Acesso a serviços de saúde: proximidade com o posto de saúde, com o hospital, com outros serviços de suporte de saúde e/ou social e outras informações
- ✓ Outros estomizados

- Contato: favorece ou dificulta o cuidar e o viver com a estomização

- ✓ Comunidade e Sociedade

### 3.4 Atitudes

- ✓ realização de AVDs junto às outras pessoas não-estomizadas; dificuldades e facilidades
- ✓ Uso de medicamentos: descrever dosagem, horário e objetivos (com ou sem prescrição):
- ✓ Você percebeu alguma mudança de atitude após a estomização?

### 3.5 Serviços, sistemas e políticas

- ✓ Serviço de Estomaterapia
  - Importância do Grupo: contribuições, percepção acerca do grupo
  - Participação no Grupo: tempo, frequência, funcionamento do Serviço, presença do familiar e outras informações.

Você recebe algum auxílio ou benefício após a estomização?

- ✓ Conhece as políticas direcionadas às pessoas portadoras de deficiência e, em especial, ao estomizado?
- ✓ Como você considera os serviços de saúde que prestam cuidados aos estomizados?

## APÊNDICE D

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) cliente,

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_.

Estou ciente das informações prestadas pelos pesquisadores, concordo em participar da pesquisa intitulada: **O cuidado de enfermagem complexo ao idoso estomizado**, que tem como objetivo propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado. Com isso, identificar que os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado não somente às necessidades corporais, mas, também, às emocionais, biopsicoespirituais e ambientais direcionando a ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas específicas.

Fui comunicado (a) que esta pesquisa é orientada pela Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos, lotada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Declaro estar de acordo em participar da pesquisa, respondendo ao questionário, no qual será aplicada uma entrevista em minha residência, com o uso do gravador para melhor apreender os depoimentos obtidos. Reconheço, também, que as respostas obtidas serão usadas apenas para fins científicos e divulgadas através de trabalhos em eventos científicos e na tese de doutorado da pesquisadora, garantido o meu anonimato e assegurando a minha privacidade, ou seja, meu nome não será identificado. Informo estar esclarecido (a) que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação nesta pesquisa.

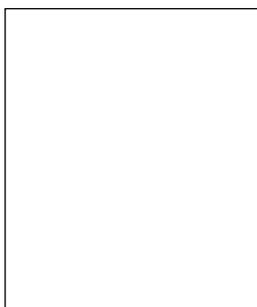
Pelo presente declaro ter sido informado (a), de forma clara e detalhada, acerca do objetivo e do desenvolvimento da coleta de dados. Fui também informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho;
- da garantia de que não haverá riscos físicos e/ou desconfortos;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência da minha privacidade;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96 da CONEP/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos e de que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa, durante e após o término do trabalho.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

OU Impressão digital:



### **Contato com a pesquisadora**

Enf<sup>a</sup> MSc. Edaiane Joana Lima Barros (Doutoranda)

Endereço: Rua Santa Catarina, 536

Bairro: Municipal CEP: 96211-600 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 84024153

e-mail: [edaiane\\_barros@yahoo.com.br](mailto:edaiane_barros@yahoo.com.br)

Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)

Endereço: Rua Duque de Caxias, 197 Apto 503

Bairro: Centro CEP: 96200-020 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 32335668

e-mail: [silvanasidney@terra.com.br](mailto:silvanasidney@terra.com.br)

## ANEXO A - CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



**CEPAs**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande / FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

Declaração da (s) instituição (ões) Co-participante (s):

"Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
Hospital Universitário

*Tomás Dalcin*  
Administrador

Assinatura e carimbo do responsável institucional"

Rio Grande/RS, 05/12/11.

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
www.cepas.furg.br

---

### PARECER Nº 006/ 2012

CEPAS 99/2011

PROCESSO Nº: 23116.006817/2011-51

TÍTULO DO PROJETO: “O cuidado de Enfermagem complexo ao idoso estomizado”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Edaiane Joana Lima Barros

#### **PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, reunido em 15/03/2012, analisou o projeto “O cuidado de Enfermagem complexo ao idoso estomizado”. Considerando tratar-se de um trabalho relevante e adequado eticamente, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: **01/08/2012**

Rio Grande, RS, 30 /03/2012.

*Eli Sinnott Silva*

Profa. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG