MARINA SOARES MOTA

PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPÊNDENCIA DE CUIDADO AO AUTOCUIDADO: SUBSÍDIOS À ENFERMAGEM

RIO GRANDE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARINA SOARES MOTA

PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPÊNDENCIA DE CUIDADO AO AUTOCUIDADO: SUBSÍDIOS À ENFERMAGEM

Dissertação 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 Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/ Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientador(a): Profª Drª Giovana Calcagno Gomes.

RIO GRANDE

2014

M917p Mota, Marina Soares.
Processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado ao autocuidado: subsídios à enfermagem / Marina Soares Mota. – 2014.
105 f.

Inclui apêndices.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Enfermagem. 2. Estomia. 3. Autocuidado. 4. Teoria de Enfermagem. I. Gomes, Giovana Calcagno. II. Título.

CDU 616-083

Catalogação na fonte: Bibliotecário Clériston Ribeiro Ramos CRB10/1889

MARINA SOARES MOTA

PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPÊNDENCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO: SUBSÍDIOS À ENFERMAGEM

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada em 06/03/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Drª Mara Regina dos Santos Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)

Dra. Vilma Madalosso Petuco – Membro Externo (UPF)

Dra Edaiane Joana Lima Barros-Membro Interno (FURG)

Dra. Rita Maria Heck – Suplente Externo (UFPEL)

Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

In memóriam de Solange Maria Terres Soares, tia amada; e Juendir Barros Oliveira, amigo querido. Os quais a face, as palavras e o exemplo eternamente estarão em minha lembrança.

AGRADECIMENTOS

A esta força maior que move o mundo e que me manteve perseverante sobrepujando dificuldades no objetivo de concluir o Mestrado.

Aos meus pais Isaurelina Soares Mota e Julio Cesar Vargas Mota pelo amor incondicional, por me ensinar a importância do caráter, da dignidade e da verdade. Obrigado pelo simples fato de existirem e serem meus pais.

Aos meus irmãos Carolina Soares Mota e Gustavo Soares Mota pelas palavras de incentivo e orgulho. Pelo abraço no momento de dificuldade. Por me darem os sobrinhos extraordinários e terem escolhido companheiros maravilhosos como Marcelo e Charlene.

Ao meu noivo Roger E. Carvalho Porto pelo companheirismo, carinho, por compreender minhas faltas, pelas palavras calorosas que fizeram com que eu nunca desistisse de meus objetivos e por compartilhar de meus sonhos.

À Vô Marieta Terres Soares por não aceitar as adversidades da vida calada e batalhar por um futuro melhor à família.

À família, em especial Mara e Majela pelo carrinho e amor. Por estarem presentes em minha vida, pelo cuidado e pela infância maravilhosa.

À família Porto por compartilharem de minhas vitórias e derrotas com o mesmo carinho e dedicação.

Aos amigos, em especial Andre Knop, Luana Bueno e Rogério Martins, pelas palavras de apoio e por me fazerem rir nos momentos de dificuldades.

À amiga Camila Silva por, no mestrado, dividir momentos de alegrias e dificuldades seu estímulo e companheirismo foram singulares.

À minha equipe noite da policlínica Dr Jose Carlos Decio da Costa pelo apoio, pelas palavras de carinho e incentivo, por acreditar e compreenderem meu esforço por uma enfermagem forte e cientifica.

Aos pacientes do Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. pelo exemplo de superação e vontade de viver que me motivaram em minhas pesquisas na busca pela qualificação do cuidado.

À banca examinadora deste estudo, Dra. Rita Maria Heck, Dra. Vilma Madalosso Petuco e Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes, pelas relevantes contribuições que elevaram a qualidade desta pesquisa.

À orientadora Dra. Giovana Calcagno Gomes por acreditar em minha competência. Pelo exemplo de profissional que influenciou à tornar-me a enfermeira que sou hoje. Por ser mais que orientadora, ser uma amiga.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem por mostrar e me preparar para a realidade da pesquisa e da docência em enfermagem.

A todos muito Obrigado!

EPÍGRAFE

A lei da mente é implacável;
O que você pensa, você cria;
O que você sente, você atrai;
O que você acredita,
torna-se realidade

(Buda)

RESUMO

MOTA, Marina Soares. O processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado para o autocuidado: subsídios à enfermagem. 2014; 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Objetivou-se conhecer como a pessoa com estomia vivência o processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr do Rio Grande/ RS/ Brasil com 27 pessoas com estomias definitivas por câncer. Os dados foram coletados nos mês de janeiro e fevereiro de 2014 por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e submetidos à Análise de Conteúdo apoiada nas ideias da Teoria das Transições de Afaf I. Meleis. Constatou-se que a natureza da transição situou-se no processo tipo saúde/doença. A entrada no processo de transição deu-se a partir da consciência desencadeada pelo diagnóstico de câncer, reforçado pela cirurgia de estomização. O empenhamento surge ao dedicarem-se a construção do conhecimento para o autocuidado frente às mudanças na sua vida e na sua nova relação com seu corpo, mudando a visão de si, do mundo e dos outros. Destacou-se o espaço temporal como algo dinâmico e variavelmente indeterminável, sendo fundamental para que se organizem e reflitam acerca do seu novo viver, fortalecendo-se para que a transição progrida. Verificaram-se como fatores facilitadores do autocuidado a construção de um significado positivo à estomização, o preparo dessa experiência ainda no pré-operatório, a estabilidade emocional, a fé e a religiosidade e a sensação de normalidade adquirida a partir de uma imagem próxima da anterior. Referiram-se, ainda, ao fornecimento de forma gratuita pelo governo das bolsas coletoras, adjuvantes e acessórios e ao atendimento da equipe multiprofissional. Como fatores inibidores do processo de transição encontraram-se a visão distorcida de seu corpo, o despreparo para viver com a estomia, a instabilidade emocional, a desmotivação com afastamento de atividades prazerosas, o cuidado excessivo e/ou estendido e até mesmo a superproteção da família, as complicações como hérnias e prolapsos, a falta de atitudes positivas quanto à vida, a negação da bolsa coletora, as tentativas frustradas de omitir o uso da bolsa coletora, a falta do domínio do manuseio dos equipamentos, o afastamento do trabalho e as dificuldades financeiras. Além destas, o abandono do parceiro, atitudes negativas e estigmatizantes por parte da família e a baixa qualidade dos materiais fornecidos pelo governo. Como indicadores de resultados identificaram-se a confiança para realizar atividades anteriores, aceitação de sua situação, uma visão positiva de sua vida e da capacidade de compartilhar o seu cuidado com sua família. Considera-se a saída da transição quando este for capaz de dominar novas competências tanto para o cuidado físico ao realizar a troca da bolsa coletora quanto readequando sua imagem e autoconceito. Concluiu-se que o processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado da pessoa com estomia é complexo e carregado de subjetividades. É necessário que o enfermeiro estabeleça ações terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, contribuindo para a promoção e reabilitação da saúde deste, auxiliando-o na aquisição de sua autonomia e independência, subsidiando seu autocuidado e bem-estar.

Descritores: Enfermagem; Estomia; Autocuidado; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

MOTA, Marina Soares. The transition processo of the person with an ostomy, from being cared by other to being self-cared: resources to nursing. 2014; 105p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – College of Nursing . Post Graduation program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, Brazil.

The objective was to know how a person with an ostomy lives the transition process from being cared by others to being self-cared in light of the Theory of transitions of Meleis. Exploratory research, descriptive with a qualitative approach in the Stomatherapy Service of the University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, in Rio Grande, Brazil conducted with 27 people with definitive ostomies caused by câncer. The data was collected in January and February of 2014, through an interview with a semi-structured script and were submitted to content analysis based in the ideas of the theory of transitions by Afaf I. Meleis. It was observed that the nature of the transition stood in the process type health/illness. The beginning of the transition process comes from the awareness of the cancer diagnosis, reinforced by the stomization surgery.
The effort shows in the dedication demonstrated by the pacients in learning how to self-care facing the changes in their lives and in their new relation with their bodies, changing their way of seeing themselves, the world and others. Time has stood out as something dynamic and variably not determined, being fundamental so that the pacients could organize and consider their new way of life, strengthening themselves in order for the transitions to advance. It was shown as facilitating factors of self-care the construction of a positive meaning towards the stomization, the preparation for this experience before the surgery, the emotional stability, faith and religiousness and the feeling of normality, a feeling built from an image of the self, closer to the one before the surgery. The free supply of collecting bags, adjuvants, accessories and the health care by a multi-professional team provided by the brazillian government was referred as well. As inhibiting factors to the transition process were found : a distorted view of the body, the unpreparedness to live with an ostomy, the emotional instability, the lack of motivation caused by the distance from joyous activities, the excessive and/or extended care and the overprotection by the family, the complications caused by hernias and prolapses, the lack of a positive attitude towards life, the denial of a collecting bag, the frustrated attempts of not using the collecting bag, the mishandling of equipment, the distance from work and the financial difficulties. In addition to these, being left by the spouse, negative and stigmatizing attitude by the family and the poor quality of the material supplied by the government. As result indicators, the confidence to perform previous activities , the acceptance of the situation, a positive view towards life and the ability of sharing the care with the family were identified. It is considered the end of the transition when the pacient is capable of perform new tasks relating to the physical care such as, changing the bags, as much as rearrange its own perception of self. It was concluded that the transition process of the person with na ostomy from being cared by others to being self-cared and full of subjectivities. It is necessary for the nurse to establish effective therapeutic actions in order to help with the reabilitation of the patient, helping them to become independent and autonomous relating to care and improving their well being.

Defining: Nursing; Ostomy; Self-Care; Nursing Theory

RESUMEN

MOTA, Marina Soares. El proceso de transición de la persona con estoma dependiente de atención por el autocontrol: subsidios a la enfermería. 2014; 105p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio tuvo como objetivo conocer cómo la persona con estoma experimenta el proceso de transición de la dependencia a la atención al autocontrol sob la Teoría de Transiciones de Meleis. Investigación exploratoria, descriptiva con enfoque cualitativo en el Departamento de Estomaterapia del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr de Río Grande/RS/Brasil, con 27 personas con estomas permanentes por cáncer. Los datos han sido recolectados en enero y febrero de 2014 a través de entrevista con pauta semiestructurada y sometidos al análisis de contenido apoyado en las ideas de la Teoría de las Transiciones de Afaf I. Meleis. Se ha comprobado que la naturaleza de la transición se estableció en el proceso tipo salud/enfermedad. La entrada en el proceso de transición se ha logrado a partir de la conciencia provocada por el diagnóstico de cáncer reforzada por la cirugía de estoma. El compromiso se manifiesta al dedicarse a la construcción del conocimiento para el cuidado de sí mismo enfrente a los cambios de su vida y de su nueva relación con su cuerpo, cambiando el punto de vista de uno mismo, del mundo y de los demás. Se ha destacado el espacio temporal como algo dinámico, variablemente indeterminable, siendo básico para organizar y reflexionar acerca de su nueva vida, se haciendo fuerte para que la transición avance. Se han verificados como factores que facilitan el autocontrol la construcción de un significado positivo a la estoma, la preparación de esta experiencia incluso antes de la operación quirúrgica, la estabilidad emocional, la fe y la religiosidad y el sentido de la normalidad adquirida a partir de una imagen cerca de la anterior. También se han mencionó la provisión gratuita por el gobierno de bolsas de recogida, complementos y accesorios y la atención del equipo multidisciplinario. Como factores inhibidores del proceso de transición se han percibido la visión distorsionada de su cuerpo, sin preparación para vivir con estoma, la inestabilidad emocional, la falta de motivación con el alejamiento de actividades placenteras, la atención excesiva y / o prolongada e incluso el exceso de protección de la familia, las complicaciones como hernias y prolapsos, la falta de actitudes positivas hacia la vida, la negación de la bolsa de recolección, los intentos fallidos de omitir el uso de la bolsa de recolección, la falta de dominio del manejo de los equipos, el receso laboral y las dificultades financieras . Además de estos, el abandono de la pareja, actitudes negativas y separadoras por parte de la familia y la mala calidad de los materiales suministrados por el gobierno. Como indicadores de resultados se han identificado la confianza para realizar las actividades anteriores, la aceptación de su situación, una visión positiva de su vida y su capacidad de compartir su atención con su familia. Se considera la salida de transición cuando este fuera capaz de dominar nuevas habilidades, tanto para la atención física para llevar a cabo el intercambio de la bolsa de recogida cuanto la adaptación de su imagen y concepto de sí mismo. Se concluyó que la transición de la dependencia de atención autocontrol de las personas con estoma es compleja y cargada de subjetividad. Es necesario que el enfermero establezca acciones terapéuticas eficaces y eficientes de enfermería, contribuyendo para la promoción y rehabilitación de la salud de este, ayudándolo en la adquisición de su autonomía e independencia, apoyando el autocontrol y bienestar.

Palabras clave: Enfermería, Estoma, Autocontrol, Teoría de Enfermería.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa surgiu após quatro anos de experiência na área da estomaterapia junto ao projeto "Ostomia uma forma de viver". A descoberta do câncer e a necessidade de uma cirurgia mutiladora como a estomização podem repercutir em dependência de cuidado; entretanto, com a assistência adequada e especializada em enfermagem, é possível modificar esta realidade e reconstruir a autonomia.

Assim, a presente dissertação é composta de 116 páginas e oito capítulos. Introduz a temática e justifica o estudo em seu primeiro capítulo com pontos relevantes para o entendimento da pesquisa como *o que é estomia? Que mudanças surgem no viver? Como surge a dependência de cuidado?* No segundo capítulo com seus dois subcapítulos, "*Repercussões da Estomização para o Viver da Pessoa com Estomia"* e *"Conceito, Dificuldades e a Inserção da Enfermagem na Promoção do Autocuidado"* há o aprofundamento das questões acima, complementadas pelo conceito de autocuidado e a prática da enfermagem como possibilidade de transformação da dependência de cuidado.

Seguindo a leitura, o terceiro capítulo é destinado a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, referencial teórico que sustenta esta dissertação, no qual é esclarecido como as transições acontecem, possuindo a entrada (início do processo), passagem (período influenciado por fatores que facilitam ou inibem o processo) e saída (final do processo com reformulação da identidade com expressão de bem-estar). No quarto capítulo, apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa, especificando tipo, local e participantes do estudo, bem como coleta, análise dos dados e aspectos éticos.

O quinto capítulo, Resultados, possui cinco subcapítulos que se expõem através do relato dos pacientes. No primeiro subcapítulo, há a caracterização da população estudada com intuito de situar os leitos quanto quem são as pessoas estudadas. No segundo, *Natureza das Transições*, com seis subdivisões, esclarece como surge a dependência de cuidado e as propriedades que resultam na entrada do processo de transição ao autocuidado ou a estagnação do mesmo. O terceiro, *"Fatores Condicionantes da Transição: facilitadores do autocuidado",* e o quarto, *"Fatores Condicionantes da Transição: inibidores do autocuidado",* ambos, subdivididos em dois subtítulos, destinam-se a demonstrar como o processo avança a partir de condutas que promovem ou dificultam o autocuidado relacionando-os com a pessoa e a comunidade. No quinto e último subcapítulo dos Resultados, *"Padrões de Resposta:*

Visualizando a Consolidação da Transição Para o Autocuidado", observam-se a progressão e a saída do processo de transição a partir de respostas positivas com alcance da autonomia e exercício do autocuidado.

O sexto capítulo busca discutir os achados desta pesquisa com a literatura atual nacional e internacional, mostrando a relevância do estudo e suas interfaces com o cuidado. No sétimo capítulo, *"Contribuições do Estudo para a Enfermagem",* apresentam-se aspectos relevantes à assistência especifica da pessoa com estomia a partir dos cuidados de enfermagem que possam promover o autocuidado e a saúde destes. Por fim, no oitavo capítulo, realiza-se o fechamento da dissertação com as considerações finais do estudo, retomando pontos importantes e expondo as limitações do estudo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 07

2. REVISÃO DE LITERATURA 12

2.1 Repercussões da Estomização para o Viver da Pessoa com Estomia..... 12

2.2 Conceito, Dificuldades e a Inserção da Enfermagem na Promoção do Autocuidado..... 16

3. MARCO REFERENCIAL: A Teoria das Transições de Afaf Meleis..... 22

4. METODOLOGIA 30

4.1 Tipo de estudo..... 30

4.2 Local de Realização do Estudo..... 30

4.3 Participantes do estudo..... 30

4.4. Coleta de Dados..... 31

4.5 Análise dos Dados..... 31

4.6 Aspectos éticos..... 32

5. RESULTADOS..... 34

5.1Caracterização dos Participantes do Estudo..... 34

5.2 Natureza das Transições..... 34

5.2.1Transição do tipo Saúde/Doença..... 34

5.2.2 Propriedade da transição: consciencialização..... 36

5.2.3 Propriedade da transição: empenhamento..... 36

5.2.4 Propriedade da transição: a mudança e a diferença..... 37

5.2.5 Propriedade da transição: o espaço temporal da transição..... 38

5.2.6 Propriedade da transição: acontecimentos e pontos críticos..... 38

5.3 Fatores Condicionantes da Transição: facilitadores do autocuidado..... 41

5.3.1 Fatores Facilitadores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Pessoa..... 41

5.3.2 Fatores Facilitadores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Comunidade..... 44

5.4 Fatores Condicionantes da Transição: inibidores do autocuidado..... 50

5.4.1 Fatores Inibidores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Pessoa..... 50

5.4.2 Fatores Inibidores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Comunidade..... 56

5.5 Padrões de Resposta: Visualizando a Consolidação da Transição para o Autocuidado..... 58

5.5.1 Indicadores de processo..... 58

5.5.2 Indicadores de Resultado..... 59

6. DISCUSSÃO DOS DADOS 62

7. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM..... 80

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 87

REFERÊNCIAS..... 91

APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista..... 100

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 101

APÊNDICE III – CEPAS..... 105

LISTA DE FIGURAS

Figura1. Representação esquemática das fases básicas da transição baseado em Chick e Meleis (1986)..... 24

Figura 2. Representação esquemática da Teoria das Transições de Meleis et al. 2000..... 26

Figura 3. Representação esquemática da Análise dos Dados..... 32

Figura 4. Representação esquemática da Natureza da transição tipo saúde-doença e entrada na transição à aquisição de autocuidado..... 41

Figura 5. Representação esquemática dos fatores condicionantes da transição facilitadores e inibidores do autocuidado..... 57

Figura 6. Indicadores de processo e de resultado que demonstram a progressão para a saída da transição..... 61

1 INTRODUÇÃO

Com o ingresso no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, RS (FURG/RS), busquei o crescimento de meu conhecimento na assistência às pessoas com estomia. Desta forma, no primeiro semestre de 2009, passei a integrar o projeto de extensão "*Ostomia Uma Forma de Viver"*, desenvolvido no Serviço de Estomaterapia (SE) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU). Esse serviço há 21 anos atende pessoas com estomias intestinais e/ou urinárias focando, principalmente, no ensino do autocuidado e na melhoria da qualidade de vida de tais pessoas. Apresenta-se como um espaço de referência na realização de consultas de enfermagem individuais e em atividades de grupo nas quais a ênfase é na educação em saúde.

No SE, o paciente recebe o material necessário para seu cuidado e é estimulado a conviver com outros pacientes, familiares cuidadores e profissionais da saúde, viabilizando a troca de experiências e de apoio mútuo. Oferece um espaço para o desenvolvimento do processo educativo necessário ao aprendizado do autocuidado.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que no ano de 2012 tenham surgido 14.180 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. Valores que estimam 15 novos casos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2012). Muitos desses pacientes serão submetidos à uma estomização.

A estomização trata-se de um procedimento cirúrgico no qual há a exteriorização de parte de um órgão oco, como por exemplo, do intestino ou da bexiga, por um orifício no abdômen chamado estoma (BRASIL, 2009). Este procedimento cirúrgico é realizado para que seja mantida a função de eliminação e provoca várias mudanças na fisiologia corporal, no estilo de vida, no aspecto físico e psicossocial do paciente (SANTANA; SOUZA; DUTRA; 2011). A presença do estoma abdominal gera dependência da bolsa coletora e, conforme a capacidade de enfrentamento da pessoa, de cuidados de outras pessoas.

O projeto de extensão *"Ostomia Uma Forma de Viver"* permitiu-me observar as dificuldades e as facilidades relacionadas com a superação das pessoas com estomia. Constatei que o viver da pessoa com estomia é permeado pela dependência de um equipamento, pela perda do controle dos esfíncteres, por corpos disformes e marcados por cicatrizes cirúrgicas entrelaçados com a depressão, perda ou redução da autonomia, dificuldade de adaptação e de convívio com a sociedade.

A cirurgia pode modificar a forma como a pessoa percebe-se, sentindo-se como alguém diferente. Sua existência passa a ser representada pela materialidade do estoma no seu corpo, agora, dependente de equipamentos e sem controle esfincteriano (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009). Essas evidências trazem consequências físicas e psicossociais para a pessoa estomizada (ALTSCHULER et al., 2009; BALDWIN et al., 2009; KROUSE et al., 2009; LIU et al, 2010; RAMIREZ et al., 2009).

A partir da observação dos problemas enfrentados por pessoas com estomia, evidenciados com o acompanhamento semanal no ambulatório do SE, desenvolvi, primeiramente, com o fomento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) através do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Cientifica (PIBIC), o projeto *"A Alteração Corporal Causada pela Estomização e seus Impactos".* Esse me permitiu compreender o impacto causado pela cirurgia de estomização para a autoimagem do paciente e suas repercussões em seu viver cotidiano (MOTA, 2011).

Estudo que abordou o processo de viver de pessoas com estomia referiu que estas apresentam dificuldades de retomarem as suas atividades diárias, levando a uma diminuição na sua qualidade de vida; além de apresentarem dificuldades relacionadas ao autocuidado, à imagem corporal, à sexualidade, aos modos de se vestir, às relações interpessoais, entre outras (BRUM; SOBRÉ; PREVEDELLO; QUINHONES, 2010).

Este resultou no desdobramento de outro estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), através do Programa de Iniciação Cientifica (PROBIC), intitulado "*O Portador de Estomia e sua Reinserção Social".* Neste estudo, contatou-se que o adoecimento e a cirurgia de estomização mudam a forma como a pessoa percebe o mundo e a si mesma. É comum o isolamento social que inicia no período pré-operatório, podendo estender-se durante o período adaptativo à nova condição de vida. Tal isolamento é influenciado pela capacidade de cada pessoa com estomia realizar o autocuidado ou não e do apoio familiar e profissional que recebe (MOTA, 2012)

O estudo mostrou que situações de constrangimento e atitudes preconceituosas, por parte da sociedade, dificultam o processo de (re)inserção social, podendo gerar isolamento e descrença da possibilidade de uma vida com qualidade. As pessoas com estomias podem sentir-se estigmatizadas, apresentando problemas emocionais. Os fatores socioeconômicos, como a situação de emprego, maior renda, classe social e educação superior não protegem a pessoa contra o estigma. Consequentemente, podem estar propensas a deixar de participar de atividades sociais, buscando o isolamento

(NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). O medo e a vergonha do vazamento da bolsa coletora em lugares públicos pode inibi-los do convívio social, fazendo com que mantenham sua condição de estomizados escondidos da sociedade (CASSERO; AGUIAR, 2009).

Com a conclusão desses estudos, surgiram inquietações sobre a vivência do processo de autocuidado e a dependência de cuidado apresentada por algumas pessoas que foram submetidas à cirurgia de estomização. Visualizou-se que, a partir das modificações, após a cirurgia a pessoa passa por uma série de transformações que podem facilitar ou inibir sua autonomia, dificultando a aceitação da nova condição de vida e comprometendo sua qualidade de vida.

A estomização submete a pessoa a um período de transição em que a pessoa precisa readquirir habilidades e competências para se autocuidar. Essa fase de transição é complexa, e esta necessita expressar padrões de resposta positivos que a direcionem à autonomia, melhorando sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem favorecer o desenvolvimento do autocuidado das pessoas com estomia para que estes consigam alcançar a reabilitação, vivenciando esta fase de forma menos sofrida. Identificar e entender as peculiaridades de cada um faz parte desse processo (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2010).

O processo de autocuidado normalmente é alcançado quando a pessoa com estoma consegue desenvolver seu cuidado, incluindo o manuseio da bolsa coletora, a sua higiene, bem como, a estabilidade para o enfrentamento de situações adversas. Desta forma, desenvolver habilidades e competências para o exercício do autocuidado podem auxiliar a pessoa com estomia a retomar suas atividades de vida diária, contribuindo para socialização e viver pleno. Neste sentido, o autocuidado pode ser visto como uma série de condutas positivas que direcionam a pessoa à tomada de decisões e à prática de atividades facilitadoras da manutenção da estabilidade clínica e do enfrentamento da doença (RIEGEL et al, 2009).

O autocuidado tem por princípio a capacidade individual das pessoas de cuidar da sua saúde, de proteger o seu bem-estar físico, mental e social, de compreender e executar as suas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, satisfazendo suas necessidades físicas e psicológicas. Apesar do autocuidado ser executado sem a supervisão constante de um profissional, os cuidados são aprendidos com os profissionais de saúde e adaptados pelas pessoas conforme a realidade vivenciada. Desta forma, o autocuidado corresponde às atitudes e aos cuidados realizados pelo próprio

cliente em benefício de sua saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas (AMORIM; RAMOS; BENTO; GAZZINELLI, 2013).

O processo de aquisição de habilidades e competências apresenta-se após um período de transição em que a pessoa com estomia vai da dependência de cuidados de alguém ao da autonomia. As transições são caracterizadas por etapas, momentos de mudanças, podendo ser estabelecidas por processos (MELEIS, 2010), representando a aquisição de estabilidade com o estado anterior, sendo visualizado pelo sentimento de bem-estar, bom desempenho nos papéis e nas relações (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

A autonomia é algo (re)conquistado ao longo do tempo, envolvendo uma longa trajetória de momentos bons e ruins, que vão se ajustando lentamente, até a realização do efetivo autocuidado (NICHOLAS; SWAN; GERSTLE; ALLAN; GRIFFITHS, 2008). Esta transição, que resulta no autocuidado como padrão de resposta positiva, é auxiliado pelo enfermeiro. Este ocupa uma posição de destaque frente à assistência à pessoa com estomia, seja por seu conhecimento científico, por seu envolvimento no momento do diagnóstico, do pré e pós-cirúrgico, ao acompanhamento ambulatorial ou, ainda, pelo desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção do autocuidado (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012).

A pessoa com estomia desenvolve capacidades de autocuidado, normalmente, junto ao enfermeiro, através de um cuidado individualizado, do diálogo que leve em conta as semelhanças e diferenças de cada pessoa, recriando o cuidado a ser prestado de forma singular. O enfermeiro estabelece vínculo, dedicando tempo ao paciente, favorecendo não apenas a interação e a relação de confiança entre enfermeiro-paciente, mas também, o processo de aprendizagem da pessoa com estomia sobre o que está ocorrendo em seu corpo e sua vida (SOUZA et al, 2011).

A troca de informações entre pessoas com estomia e enfermeiro possibilita que o paciente passe a visualizar-se como gerador de seu cuidado e não objeto a ser cuidado (MARTINS; ALVIN, 2011). As pessoas, constantemente, passam por períodos de transição, sendo necessário estabelecer estratégias que favoreçam o enfrentamento no qual o enfermeiro, um profissional capacitado, pode e deve auxiliar nessa trajetória (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

Verifica-se que a prestação de cuidados e de assistência aos pacientes com estomias exige tanto conhecimento adequado como habilidades práticas (MUZYCZKA et al., 2013). Por isso é necessário instrumentalizar-se, conhecendo as vivências das

pessoas que convivem com a estomia, estabelecendo estratégias que auxiliem a passagem do período de transição.

Neste sentido, as questões que norteiam este estudo são: Qual o processo de transição de pessoas com estomia da dependência de cuidado à aquisição do autocuidado? Quais fatores influenciam o processo de transição de pessoas com estomia da dependência de cuidado à aquisição do autocuidado?

A partir disso, objetivou-se conhecer como a pessoa com estomia vivencia o processo de transição da dependência de cuidados à aquisição do autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Acredita-se que os conhecimentos gerados neste estudo auxiliarão os enfermeiros quanto ao suporte e apoio às pessoas com estomia, auxiliando-as a resignificarem o período de transição da dependência de cuidados para a autonomia e aquisição de habilidades e competências para seu cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão trata das repercussões da estomização para o viver da pessoa com estomia, do conceito, das dificuldades e da inserção da enfermagem na promoção da autocuidado da pessoa com estomia.

2.1 Repercussões da estomização para o viver da pessoa com estomia

A estomização é uma cirurgia na qual é exteriorizada parte de um órgão, através do abdômen, possibilitando a saída involuntária de fezes ou urina, sendo necessário que o paciente utilize uma bolsa coletora aderida à pele abdominal. Esta é realizada, geralmente, devido a neoplasias malignas, má formação congênita, doenças inflamatórias e traumas, e sua necessidade pode causar inúmeros transtornos à pessoa com estomia (SILVA; SHIMIZU, 2007). A perda da função do órgão e do controle esfincteriano pode levar a uma desestruturação da composição do ser estomizado, da maneira como ele se percebe e percebe o mundo.

As pessoas acometidas por agravos de saúde que necessitam da cirurgia construtora do estoma, seja intestinal ou urinária, rompem com seu padrão habitual de eliminação, geralmente enfrentam dificuldades psicológicas, medo, vergonha, insegurança, chegando, muitas vezes, a experimentarem um sentimento repugnante em relação a si mesmas (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). A dependência da bolsa coletora, o receio de cheirar mal, a modificação de alguns hábitos de vida, a mudança da imagem corporal e baixa autoestima resultam em preocupação e podem transformar a existência da pessoa num processo doloroso (ESPADINHA; SILVA, 2011).

A desestruturação do corpo modifica o ser humano enquanto unidade social perante a sociedade. Sua alteração poderá resultar na dificuldade de interação com o meio, tornando a pessoa com estomia estigmatizada pela sociedade. Assim, a partir da cirurgia, a pessoa passa a vivenciar uma série de dificuldades, seja de ordem fisiológica, psíquica e social (MOTA, 2012).

A pessoa submetida à estomização, além de lidar com a dor e as manifestações da doença, tem que conviver com um corpo disforme ou com uma nova conformação, podendo apresentar grande sofrimento e estranheza. O estoma poderá trazer severas repercussões à imagem corporal e ao autoconceito do estomizado, gerando sentimentos

que repercutem negativamente no seu viver. Os sentimentos que surgem podem, também, ser resultado das transformações e/ou perdas sentidas pela estomização (SANTANA et al, 2010). Assim, a alteração da estética e da imagem corporal são aspectos a serem considerados na prática profissional, especialmente quando se pensa em uma assistência que valorize, também, a dimensão psicossocial e seus impactos.

A estomização pode dificultar a (re)inserção social em uma determinada profissão, trazendo dificuldades quanto ao provimento da família, fazendo com que o indivíduo sinta-se improdutivo, excluído e estigmatizado. O isolamento social que algumas pessoas com estomias submetem-se pode estar associado com a baixa satisfação com a vida, além da falta de apoio emocional e social (NICHOL; THOM, 2011). As modificações que estas enfrentam vão desde a mutilação de um órgão importante a consequente privação do controle dos esfíncteres; diminuição da autoestima e autoconceito; alterações na vida sexual com a diminuição ou perda da libido; sentimentos como depressão, desgosto, ódio, repulsa e inaceitação (NICHOL; THOM, 2011).

Esses sentimentos podem repercutir na dinâmica familiar; levar a perda da condição social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa; sentimento de inutilidade gerado pela crença inicial da perda de sua capacidade produtiva e afastamento do trabalho (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007). Desta forma, as pessoas com estomias passam por transformações corporais que afetam sua autoestima, suas relações sociais, seu modo de vestir-se, de alimentar-se, sua sexualidade e seu trabalho (SANTANA et al, 2010).

A (re)inserção social, para a pessoa com estomia, dar-se-á a partir da conquista da autonomia e da qualidade de vida (SILVA et al, 2010). Entretanto, pode ser dificultada pelo sofrimento causado pela alteração na imagem corporal que interfere direta e/ou indiretamente nos aspectos emocionais, psicossociais e culturais, muitas vezes chegam a impor proibições alimentares, alterações no vestuário, afetando a forma como este se relaciona socialmente (DELAVECHIA et al, 2010).

Em geral, a pessoa com estomia apresenta dificuldades para retornar as suas atividades laborais por sentir-se insegura na manutenção dos cuidados com a estomia e manter-se ativa e independente. Muitas vezes, solicitam aposentadoria por invalidez (SILVA, SHIMIZU, 2007). Após a cirurgia, algumas atividades não poderão mais ser realizadas como antes, visto o risco de complicações como prolapsos e hérnias, limitações impostas pela estomização ou pela doença causadora da cirurgia,

impossibilitando-as de voltarem ao mercado de trabalho e desempenharem as funções anteriores. Muitas acabam se aposentando, justificando incapacidade de exercer suas funções de origem (GONÇALES, 2007).

Aqueles indivíduos que procuram retornar ao mercado de trabalho encontram dificuldades e até mesmo preconceitos. A dificuldade de exercer sua profissão e o afastamento do mercado de trabalho acarretam isolamento social e baixa autoestima na pessoa com estomia. (GONÇALES, 2007).

Entretanto, mesmo conscientes de que as responsabilidades podem estar alteradas e que as atividades não são as mesmas de antes da cirurgia, a retomada destas, ou de outras atividades possíveis à sua condição física, auxilia na reconstrução da identidade pessoal (PETUCO; MARTINS, 2006). O tempo é um forte aliado para que o pessoa decida retornar ao mercado de trabalho, percebendo que são capazes de desenvolver várias atividades. Para isso é necessário que estas sejam incentivadas (GONÇALES, 2007).

O estoma influencia também na vivência da sexualidade. Tanto os homens como as mulheres enfrentam desafios com a sexualidade e a intimidade (GRANT et al, 2011). Percepções sobre a sexualidade, após a cirurgia de estomização, são afetadas pela orientação sexual dos envolvidos, a atitude e a resposta do companheiro e valores culturais. (LI, 2009).

A cirurgia de estomização e o uso da bolsa coletora podem afetar a autoestima e a autoimagem, podendo resultar em dificuldades de expressar sua sexualidade e de realizar uma atividade sexual plena e prazerosa, provocando sentimentos de tristeza, angústia e culpa (MARTINS; ALMEIDA; MODENA, 2011). Muitas vezes, essas alterações, unidas a desavenças conjugais anteriores a estomização, dificultam as relações causando a separação do casal. Desta forma, faz-se necessário que o enfermeiro atue não apenas com o paciente, mas com o casal visando o desfrutar de uma sexualidade com plenitude.

Como não há controle esfincteriano, há ruídos durante a saída das eliminações e dos gases na bolsa coletora o que não é agradável, podendo gerar constrangimento e levando ao isolamento social. Essas sensações refletem-se também na visão que a pessoa com estomia tem de si, podendo apresentar rejeição e nojo, passando a adotar mecanismo de defesa como a projeção, racionalização, entre outros (BARBUTI; SILVA; ABREU, 2008).

Os mecanismos de defesa são utilizados tanto pela pessoa com estomia, como por seus companheiros. Pela pessoa, porque esta efetivamente teve a alteração da autoimagem e, consequentemente, da autoestima decorrente da mutilação; mas também por aquele que participa efetivamente do relacionamento, porque pode se deparar com sentimentos conflitantes de desejo e, ao mesmo tempo, repulsa, nojo e compaixão (BARBUTI; SILVA; ABREU, 2008).

A adaptação da pessoa é um evento complexo que requer a busca por um viver com equilíbrio. A estabilidade profissional e conjugal pode influenciar positiva ou negativamente na conquista de uma nova vida como pessoa com estomia (NICHOL; RIEMER, 2008). A condição de saúde da pessoa é profundamente influenciada pelas questões psicossociais. O recebimento de apoio emocional é fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida (ALTSCHULER et al, 2009).

A estomização altera diversos aspectos do viver, entre eles a forma de vestir. O uso da bolsa coletora representa a estomização e denuncia a sua presença, assim, passam a utilizar roupas mais largas, mais compridas na tentativa de ocultar o dispositivo. O receio de que a bolsa coletora descole gerando situações constrangedoras faz com que a pessoa com estomia evite usar roupas que evidenciem sua presença e denuncie sua nova condição de vida (GONÇALES, 2007).

A pessoa com estomia busca na família o apoio e a segurança para superar as dificuldades após a cirurgia. O apoio é determinante para a aceitação da nova condição de vida de ser estomizado e atua como catalisador em seu processo de reabilitação e adaptação (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A família é o núcleo principal de relação, exercendo forte influência nas reações e situações que envolvem sua nova condição de vida. Desta forma, a orientação não deve ser fornecida apenas ao paciente, mas também à sua família. Esta ação acarreta em ganhos, tanto na qualidade de vida quanto na melhoria da autoestima da pessoa com estomia, pois, a partir da aceitação da família, ela consegue lidar com a nova situação de maneira mais fácil (GONÇALES, 2007).

A família possui um papel preponderante na (re)inserção social da pessoa com estomia. É ela quem inicialmente realiza os cuidados domiciliares, estimula e propicia as primeiras experiências sociais da pessoa, devendo esta ser também elemento de cuidado, visto que não é imune a situação vivenciada por seu familiar (PINTO; SPIRI, 2008).

Os desafios surgem desde a descoberta do diagnóstico até a adaptação à nova condição de vida, após, a desospitalização e a reabilitação podem ser difíceis para a pessoa (GEMMILL; KRAVITS; ORTIZ; ANDERSON; LAI; GRANT, 2011; SANTANA et al, 2010). Evidencia-se que as pessoas com estomia encontram na religiosidade, na família e no programa de atendimento ao estomizado maneiras de superar suas dificuldades. Sendo esta rede de apoio fundamental para sua (re)inserção na sociedade, sem discriminação ou preconceitos (SANTANA et al, 2010). Estes são fatores importantes para a aceitação e adaptação ao novo momento de vida, possibilitando à aquisição de competências que as habilitem ao autocuidado.

A superação das dificuldades existentes a partir da estomização dependerá dos recursos internos da própria pessoa com estomia, do suporte social familiar e do atendimento oferecido pelos profissionais envolvidos na reabilitação (BARBUTI; SILVA; ABREU, 2008). Assim, a paciência e a compreensão da família são de extrema importância para que ocorra o processo de aceitação e aprendizado do autocuidado pela pessoa (SILVA; SHIMIZU, 2007).

2.2 Conceito, dificuldades e a inserção da Enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa com estomia

O autocuidado pode ser definido como uma série de ações positivas que direcionam uma pessoa à tomada de decisões e a praticar atividades facilitadoras da manutenção da estabilidade clínica e do enfrentamento da doença (RIEGEL et al, 2009). Este envolve diversos aspectos da vida da pessoa como cultura, relações interpessoais, acesso a tecnologias de cuidado e outros que poderão facilitar ou dificultar a realização do autocuidado.

O exercício do autocuidar pode apresentar-se como algo difícil para algumas pessoas, em especial para as que sofreram uma mutilação corporal como a estomização. As fragilidades psicológicas, emocionais e físicas que a estomização normalmente impõe pode levar a um distanciamento de seu eu e a dependência de cuidado de familiares e/ou amigos.

A cirurgia construtora do estoma faz com que o indivíduo enfrente várias dificuldades no âmbito físico, emocional e social, já que esta situação obriga a realização de grandes transformações pessoais, necessitando de estratégias de enfrentamento da dor, rejeição, incertezas, medo e insegurança. As modificações

impactam o nível emocional, estando diretamente relacionadas a mudanças da imagem corporal, acarretando à perda da autoestima, gerando inquietações quanto ao estilo de vida, relacionamento social e sexual, medos e angústias e, consequentemente, o isolamento psicológico e social, por vezes difíceis de superar (LUZ; SILVA; LUZ, 2013). Desta forma, a pessoa, ao tornar-se estomizada, rompendo com seu padrão habitual de eliminação, comumente enfrenta dificuldades psicológicas e pode experimentar um sentimento repugnante em relação a si mesma (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

A pessoa que passa a conviver com uma estomia de eliminação intestinal e/ou urinária pode vivenciar uma série de mudanças em sua vida. Há a modificação do corpo e de sua funcionalidade; alteram-se a imagem e a estética corporal que a própria pessoa com estomia tem de si; ocorrem dificuldades de adaptação ao uso da bolsa coletora e as ações de cuidado com o estoma e a pele, como ao uso de barreiras protetoras, entre outras tecnologias de cuidado; acontecem mudanças nas rotinas diárias domiciliares e laborais por limitações de determinadas atividades, visto o risco de complicações como hérnias e prolapsos.

Entretanto, estudo que objetivou analisar o autocuidado, realizado pelas pessoas colostomizadas cadastradas no Programa de Atenção ao Estomizado em Divinópolis-MG, demonstrou que a pessoa estomizada pode apresentar dificuldades em frequentar locais públicos devido à falta de estrutura para atender suas especificidades e pelos riscos de vazamento de seu efluente. Além disto, apesar das dificuldades, frente à relação sexual não se sentem excluídos (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012).

Não obstante, outros fatores podem alterar a vida da pessoa com estomia e dificultar o autocuidado. Fatores intrínsecos, como idade, sexo, estado de saúde, podem apresentar-se como facilitadores ou inibidores do processo de autocuidar-se, visto que, com o avançar da idade, normalmente, há dificuldades motoras, visuais que limitam o exercício do cuidado; entretanto, se jovem, poderá haver dificuldades de compreensão das questões sobre a estomização por imaturidade, podendo gerar revolta, sofrimento e medo. A pessoa idosa com estomia, normalmente, apresenta mais dificuldades de desenvolver os seus cuidados do que os jovens estomizados, podendo até mesmo tornar-se resistente às orientações para o autocuidado (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

O uso da bolsa coletora transforma as vivências das pessoas estomizadas em relação ao corpo, aspecto percebido tanto em relação a si como com os outros e com o

mundo. Muitas vezes, as limitações físicas e sociais que podem surgir levam a pessoa a não desejar realizar a cirurgia de estomização, mesmo sabendo que esta seria essencial para sua saúde, passando a bolsa coletora também a significar a diferença do resto da sociedade, manifestando-se no sentimento de anormalidade (ALMEIDA; REZENDE; SCHALL; MODENA**,** 2010).

Além das dificuldades já citadas, a estomização inicialmente pode significar mudanças na vida e dificuldades relacionadas ao trabalho, lazer, convívio social e familiar, sexualidade e alimentação pela presença de sentimentos de vergonha e insegurança com o uso da bolsa coletora. Entretanto, a superação das dificuldades pode surgir com o tempo (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011), conforme se instala o processo de adaptação e aceitação.

A reabilitação da pessoa com estomia torna-se mais efetiva com a realização das ações de cuidado. O conhecimento de formas efetivas de cuidado possibilita maior independência do estomizado em relação às outras pessoas, uma vez que ele próprio torna-se capaz de realizar seus cuidados, valendo-se de técnicas adequadas e simplificadas, que promovem sua segurança ao realizar o autocuidado (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

Desta forma, o autocuidado corresponde às atitudes e cuidados realizados pelo paciente e/ou familiares em benefício da sua própria saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas, sem supervisão formal de um profissional da saúde (AMORIM; RAMOS; BENTO; GAZZINELLI, 2013). Entretanto, os cuidados executados são, diversas vezes, aprendidos com os profissionais de saúde e adaptados pelos clientes conforme a realidade que vivencia.

A qualidade de vida será atingida quando estes adquirirem sensação de bem-estar e autonomia, além do retorno às suas atividades diárias (LUZ; SILVA; LUZ, 2013). O papel da família e dos profissionais de saúde de apoio ao processo de reabilitação e reinserção da pessoa com estomia à sociedade é determinante para que essa consiga autocuidar-se e adquirir qualidade de vida (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012).

A estomização impõe uma série de mudanças no corpo e na mente da pessoa e sua família, exigindo, muitas vezes, que modifiquem seu cotidiano para que sejam atendidas as necessidades específicas da pessoa. As transformações ou adaptações, em virtude da estomização, normalmente são dolorosas e precisam do auxílio de profissionais especializados que compreendam as especificidades do ser estomizado,

visto que, a partir do diagnóstico da doença e da confecção de um estoma, há a necessidade de que o estomizado seja apoiado, recebendo uma assistência especializada e aconselhamento (GRANT et al, 2011).

O enfermeiro ocupa posição diferenciada dentre os profissionais que cuidam das pessoas com estomias, por estar ele amplamente envolvido com o desenvolvimento do autocuidado (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012). Desta forma, o enfermeiro surge como agente transformador da saúde ao atuar como educador de pessoas com estomias e suas famílias, utilizando tecnologias educativas que ajudem a facilitar a compreensão do conhecimento, tornando algo simples e exequível (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012). Este profissional se vale da educação em saúde, como instrumento facilitador da assistência de enfermagem, realizando orientações que objetivam a promoção da saúde da pessoa estomizada e sua família. (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

Para que sejam fornecidas as orientações de forma adequada há a necessidade de um espaço tranquilo e individual para que o enfermeiro e a pessoa com estomia possam compartilhar informações e conhecimento. Assim, a consulta de enfermagem mostra-se um momento primordial de oferta, além de suporte, à promoção de ações, e acompanhamento direto do cliente, prevenindo complicações relacionadas ao estoma, e ajudando a enfrentar as dificuldades ocasionadas pelas mudanças ocorridas após a estomização (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

Inicialmente, até mesmo as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre os cuidados necessários com o estoma, pelo desconhecimento, podem gerar sentimentos de medo e incerteza na pessoa com estomia (POLETTO et al, 2011). Muitas vezes, as orientações focam a realização do procedimento cirúrgico de estomização, os hábitos alimentares, a higiene e as possíveis complicações após a cirurgia (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). Isso pode deixar uma lacuna, pois as necessidades individuais como os sentimentos e as dificuldades/facilidades de ser estomizado para aquela pessoa e suas famílias não são contempladas nas orientações.

Assim, o olhar e o fazer da enfermeiro necessita ser repensado dia a dia. Faz-se necessário aspirar um cuidado contextualizado que atenda às individualidades dos sujeitos fundamentados no conhecimento cientifico e na sensibilidade do profissional, construindo estratégias de cuidado à pessoa e seus familiares que coexistam com a estomia (DELAVECHIA et al, 2010). Cabe ressaltar que a família deve ser incluída no

regime terapêutico traçado pelo enfermeiro, visto que, através do apoio deste, a pessoa com estomia consegue exercer o autocuidado, gerando confiança e força para superar sua nova condição de vida (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012).

O enfermeiro pode utilizar a orientação do regime terapêutico para reduzir o impacto negativo da estomização sobre a qualidade de vida (NICHOL; THOM, 2011). As orientações aos clientes e familiares cuidadores devem ser fornecidas com o intuito de que esses alcancem a aceitação através da compreensão das alterações ocorridas tanto em seu corpo como em sua vida (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011) O objetivo da assistência deve consistir em fornecer toda a ajuda profissional possível de forma a promover uma melhor adaptação e reabilitação, tanto da pessoa estomizada quanto de sua família.

Entre os diversos objetivos que o enfermeiro busca, está, principalmente, a promoção da independência do cliente, ou seja, o autocuidado, desenvolvendo o processo de adaptação ao estoma, além de prevenir complicações (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). Desta forma, a assistência de enfermagem à pessoa com estomia deve objetivar a qualificação de vida, realizando ações que promovam sua (re)inserção social e o desenvolvimento das suas potencialidades (MARUYAMA; BARBOSA; BELLATO; PEREIRA; NAVARRO, 2009).

Sendo assim, observa-se que as intervenções de enfermagem pré e pós-operatórias influenciam significativamente na (re)inserção social e na qualidade de vida (NICHOL; THOM, 2011). Torna-se necessário avaliar as reações imediatas do paciente após a cirurgia e as possíveis complicações da cirurgia de estomização, facilitando sua adaptação, fornecendo informações pertinentes para aquele momento e apoio para o enfrentamento das dificuldades. (BUTLER, 2009).

O sentir-se bem e autônomo em seu viver, além do retorno às atividades anteriores, é a representação máxima da qualidade de vida. A avaliação desta qualidade deve ser feita pela própria pessoa. Seu alcance significa, necessariamente, (re)inseri-lo socialmente, identificando e superando as dificuldades que possam atrapalhar ou impedir sua adaptação (SANTANA et al, 2010)

Tanto homens como mulheres identificam os desafios que enfrentam após a estomização. Entretanto, as mulheres descrevem mais as questões psicológicas e sociais do que os homens. Desta forma, além das especificidades de cada pessoa com estomia, deve-se levar em consideração também as diferenças de gênero, podendo, assim, direcionar as intervenções educativas (GRANT et al, 2011). A enfermeira que assiste a

pessoa com estomia precisa reconhecer como as crenças culturais e religiosas influenciam no manejo com o estoma (BLACK, 2009).

3 MARCO REFERENCIAL

Este estudo terá como marco referencial a teoria das Transições de Afaf Meleis.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Doutora Afaf Ibrahim Meleis, filha de uma enfermeira egípcia, seguiu os passos da mãe graduando-se em Enfermagem em 1961, em seu país de origem o Egito, na Universidade de Alexandria, recebendo a menção Magna Cum Laude. Ao buscar o prosseguimento de seus estudos, transferiu-se para os Estados Unidos e em 1964 obteve o título de Mestre em Enfermagem e, após dois anos, tornou-se Mestre em Sociologia (UNIVERSIDADE DA PENSILVANIA,2013).

No ano de 1968, concluiu o Doutorado em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia. Atualmente, Meleis ocupa a posição de Diretora da Faculdade de Enfermagem na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, além de coordenar projetos internacionais de pesquisa e ação social, enfocando a saúde da mulher imigrante (UNIVERSIDADE DA PENSILVANIA, 2013).

Meleis escreveu mais de 150 artigos, 40 capítulos e inúmeras monografias, anais e livros. Seu premiado livro, "*Theoretical Nursing: Development and Progress*" publicados pela primeira vez em 1985 foi relançado em 1991, 1997 e 2007, sendo amplamente utilizado em todo o mundo. A Teoria da Transição de Meleis foi desenvolvida nos anos de 1960, enquanto realizava seu PhD, podendo suas ideias sobre a transição serem rastreadas ao longo dos anos de suas pesquisas com alunos e colegas (UNIVERSIDADE DA PENSILVANIA, 2013).

A Teoria das Transições centra-se na interação entre as pessoas e a natureza a partir de condições facilitadoras ou inibidoras das pessoas ou comunidade/sociedade, tendo essência positiva. O objetivo desta é compreender o processo de transição para que sejam implementadas ações que auxiliem as pessoas a atingirem a estabilidade e a sensação de bem-estar. Para entender o período de transição há a necessidade de descobrir os efeitos e significados das alterações que esse processo envolve (MELEIS et al., 2000).

As mudanças no estado de saúde podem favorecer o bem-estar ou expor as pessoas a riscos aumentados de doenças, bem como desencadear um processo de transição (MELEIS, 2000). Tal processo pode emergir de rupturas do cotidiano, das

relações, ideais e percepções, eventos desestabilizadores e críticos em que a pessoa se encontra (MELEIS et al, 2000). Também abrange uma ou mais pessoas inseridas num determinado contexto e situação, sendo que as características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta dos envolvidos (CHICK; MELEIS, 1986).

A Teoria de Enfermagem surge como um conceito interligado com a realidade da enfermagem, visto a busca de orientar as ações que resultam no cuidado de enfermagem (MELEIS, 2007). A teoria é necessária para descrever a natureza da transição e os padrões normais de respostas a mesma, para explicar as relações entre transição e saúde e fornecer orientações para melhorar a percepção de bem-estar das pessoas (MELEIS, 1991).

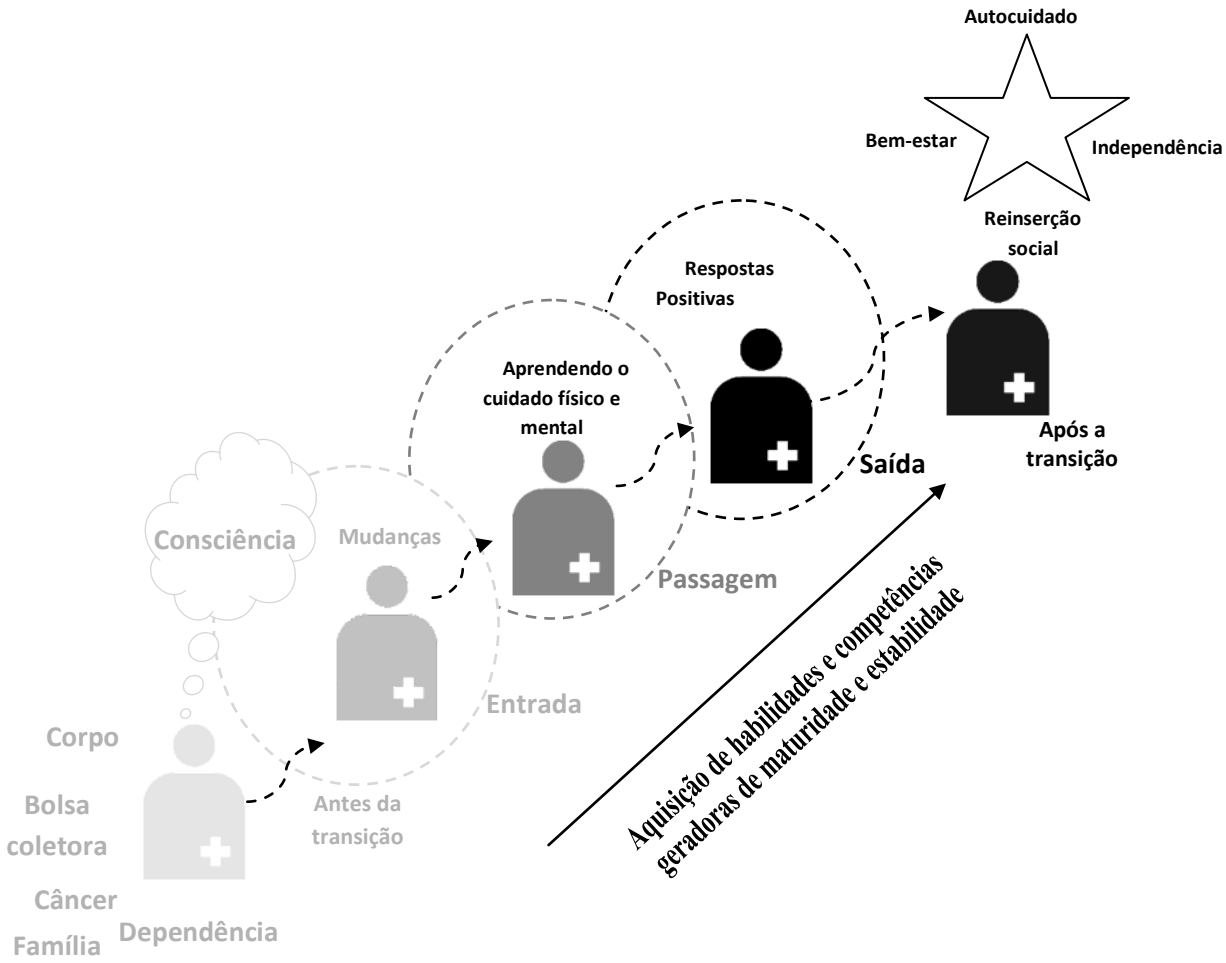
Para compreender a Teoria das Transições faz-se necessário, primeiro, definir o que é transição. Desta forma, a transição, segundo Meleis e Trangenstein (1994, p 256), é:

> (…) a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro […] transições referem-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa/ambiente […] denota mudança no estado de saúde, nos papeis relacionais, nas expectativas ou nas habilidades. Denota uma constelação única de padrões de resposta ao longo de um espaço de tempo.

A transição trata-se de um fenômeno individual sem estrutura definida, sendo seus significados e subjetividades atribuídas a momentos diferentes de transição, pois variam conforme as experiências, reflexões, culturas e outros, ou seja, a características pessoais. Os processos de transição interagem com as (re)definições de si próprio e da situação de transição originadas na pessoa que vivencia a mesma (CHICK, MELEIS, 1986).

Não há uniformidade nas transições por diferentes pessoas, mesmo quando as circunstâncias sejam semelhantes como, por exemplo, a transição da paternidade pela primeira vez. Entretanto, pode haver algumas semelhanças como a estrutura geral das transições em pelo menos três fases: entrada, passagem e saída; os quais variam em duração, sendo normalmente confundidos entre si muito mais do que distintos, representando períodos entre estados completamente estáveis (CHICK; MELEIS, 1986).

Figura1. Representação esquemática das fases básicas da transição baseada em Chick e Meleis (1986).



Aspectos transversais às categorias de transição admitem que essas surgem constantemente, deslocando um estado de estabilidade para outro. As transições são caracterizadas por diferentes fases, marcos e pontos de mudanças, podendo ser determinadas por processos e/ou resultados finais. Estas modificações emergem das especificidades da própria pessoa, sendo os processos de transição também influenciados pelo ambiente que se está inserido (MELEIS, 2010).

As transições fazem com que a pessoa estabeleça novas conexões, modificando sua percepção sobre aspectos experienciados com aquisição de novos conhecimentos que alteram o comportamento nos diferentes contextos que a pessoa se insere, redefinindo o seu "eu" (MELEIS, 2007). Entretanto, Chik e Meleis (1986) referiram

que, apesar deste processo poder resultar em respostas negativas ou disfuncionais, se se pensar que algumas modificações podem levar a uma visão negativa de si, a transição possui uma essência positiva, pois, ao passo que a pessoa vivencia o evento adverso, sobrepujando-o, adquire maturidade e estabilidade, representando um crescimento pessoal. Para vivenciar a transição há propriedades como o conhecimento, o ajustamento, a mudança e a diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência da pessoa (MELEIS et al, 2010).

A transição mostra-se um fenômeno não estruturado, pois a pessoa precisa, para encontrar-se em processo de transição, ter consciência das transformações que estão ocorrendo, podendo resultar em respostas disfuncionais (CHICK; MELEIS, 1986). Por isso, Meleis et al. (2000) afirmam que a transição exige que o indivíduo esteja centrado de forma a ter condições de refletir, interagir e desenvolver segurança para enfrentar a mudança, desenvolver novas habilidades e perspectivas de viver enquanto cria um sentido de identidade mais flexível em meio as mudanças.

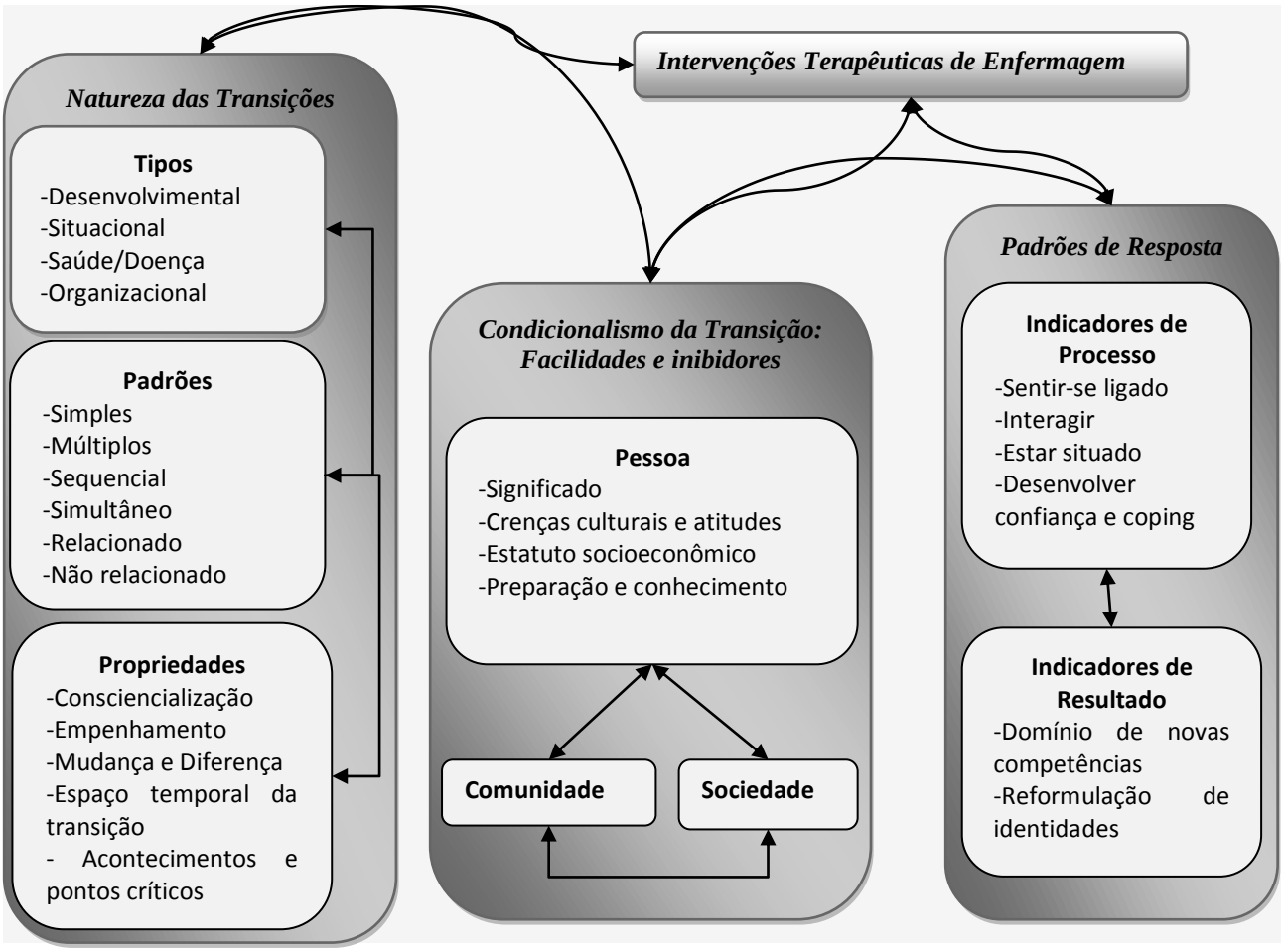
Vida e saúde são influenciadas por transições, resignificando a si mesmo nos diversos contextos em que se está inserido. Deste modo, o conceito de transição comporta simultaneamente a continuidade e a descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de desordem entre estados de equilíbrio (MELEIS, 2007).

Como a Teoria das Transições centra-se na interação pessoa-natureza, a pessoa a ser cuidada deve ser visualizada como um:

> (...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças, mas devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio (MELEIS, 2005, p.107).

Desta forma, a pessoa estabelece relações com o ambiente possuindo a capacidade de se adaptar às adversidades do mesmo, sendo que o ambiente poderá ser fonte de desequilíbrios manifestado como necessidade, ainda não sanada, incapacidade ou resposta não adaptada pela pessoa resultando em um período de transição.

Figura 2. Representação Esquemática da Teoria das Transições de Meleis et al. 2000.



Segundo a Teoria das Transições criada por Meleis, cada momento de transformação corresponde a períodos marcantes da vida, requerendo que a pessoa incorpore novos comportamentos e se redefina em seu contexto social (MELEIS, 1991). Tal teoria compreende: *A Natureza* definida quanto ao tipo, padrões e propriedades de transição; *As Condições de Transição*, sendo estas facilitadoras e inibidoras do processo, que podem ser da própria pessoa, da comunidade e da sociedade; *Os Padrões de Resposta*, sendo indicadores de processo e de resultado da transição, responsáveis por nortear as terapêuticas de enfermagem (MELEIS et al., 2000); e *As Intervenções Terapêuticas de Enfermagem* (CHICK; MELEIS, 1986).

A *Natureza das transições* envolve os tipos, padrões e propriedades de transição. O tipo pode ser dividido em desenvolvimental (alterações do ciclo vital), situacional (modificação de papéis), saúde/doença (mudança de condição saudável para a doença) e organizacional (mudança no meio social, político e/ou econômico) (MELEIS, 2007). Os

padrões podem ser separados em *simples,* quando a pessoa vivencia uma transição única, ou transições *múltiplas,* que de acordo com o seu grau de sobreposição podem ser classificadas de *simultâneas* ou *sequenciais*. Dentro dos padrões, as transições podem ser *relacionadas* quando uma transformação força a modificações em outro domínio da vida, e *não relacionadas* ao não estabelecer relação alguma entre as alterações (MELEIS et al., 2000).

A *propriedade* pode ser dividida em consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, acontecimento e ponto crítico. A *consciencialização* remete à percepção e ao reconhecimento da vivência da transição, mostrando-se primordial para que se estabeleçam estratégias de enfrentamento, sendo que a inconsciência das alterações poderá denotar que o indivíduo não iniciou seu processo de transição (CHICK; MELEIS, 1986).

O *empenhamento* surge do coeficiente de envolvimento da pessoa com os processos de transição que busca o estabelecimento de estratégias adaptativas. Na *mudança* e *diferença*; a mudança, apesar das transições implicarem em modificações, nem sempre está relacionada com o processo de transição, entretanto, são o resultado de alterações e resultam em transformações; já, a diferença relaciona-se com a visão de si, do mundo e dos outros de forma distinta, assim como a sensação de sentir-se e ser percebido de maneira diferente (MELEIS et al., 2000)

O *espaço temporal da transição* diz respeito ao tempo que a transição pode acontecer, sendo o mesmo variável e até mesmo indeterminado, passível de avanços e retrocessos, implicando em reavaliações dos resultados durante todo o processo (MELEIS et al., 2000).

Os *acontecimentos e pontos críticos* são características, normalmente, da fragilização da pessoa no início do processo de transição e, constantemente, tais fatos estão ligados com a consciência da mudança ou da diferença, com maior ligação do processo de transição (MELEIS et al., 2000).

Dentro da Teoria das Transições, além da Natureza, há o *Condicionalismo da transição* que são facilitadores ou inibidores do processo. Este pode ser classificado como condicionante de *pessoas*, com significado, crenças, culturas e atitudes, estatuto socioeconômico, preparação e conhecimento; a *comunidade* e a *sociedade*. A preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável, durante a transição e as estratégias de gestão da transição, também são facilitadoras do processo (MELEIS *et al*., 2000). Os condicionantes das

transições auxiliam o enfermeiro a entusiasmar a pessoa doente em direção ao bem-estar e a redirecionar, no caso, o risco de vivenciar uma transição difícil (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

Os *Padrões de Resposta* são separados em indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo são visualizados pelo sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*; já, os indicadores de resultados são expressos em mestria/domínio de novas competências e reformulação de identidades/integração fluida; a mestria remete ao alcance de um resultado positivo e saudável a partir das vivências do processo de transição (MELEIS *et al*., 2000).

Interagindo com todas as questões apresentadas, contidas na Natureza, Condicionalismo, Padrão de Respostas das transições, estão as *Intervenções Terapêuticas de Enfermagem.* Essas possibilitam que o enfermeiro determine a melhor estratégia para a manutenção e promoção da saúde das pessoas (CHICK ; MELEIS, 1986).

A transição é dinâmica e só se conclui quando a pessoa em transição adquire estabilidade com o estado anterior. Percebe-se a estabilidade por indicadores de transições bem sucedidas como o bem estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (SCHUMACHER; MELEIS, 1994). O enfermeiro pode identificar indicadores adicionais como a qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, atualização e transformação pessoal (MELEIS et al., 2000).

As mudanças decorrentes dos processos de transição podem ter significados associados a problemas de saúde tanto psicossociais ou biofisiológicos, como por exemplo, a transição da infância à adolescência que é marcada pelo risco de abuso de substâncias e gravidez precoce; já, na transição da idade adulta surgem os problemas relativos ao envelhecimento como identidade, aposentadoria e problemas crônicos (MELEIS, 1991). Assim, as transições podem estar associadas a fases do ciclo vital, doenças súbitas ou não, períodos de instabilidades que requerem modificações no comportamento das pessoas, para isso necessitando de assistência especializada.

Os processos de transição dentro da enfermagem constituem uma nova forma de olhar e cuidar pessoas e famílias no decorrer das fases de seu ciclo vital. Parte significativa das intervenções de enfermagem é estabelecida em períodos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, internações hospitalares e a alta para o domicílio, recuperação e reabilitação (MELEIS, 2010).

Na ciência da Enfermagem, a transição abrange os processos e as vivências das pessoas experimentando transições e agindo como facilitadora dos processos como medida de promoção do bem-estar (MELEIS; TRANGENSTEIN,1994). As transições representam parte significativa dos problemas de saúde em que o enfermeiro precisa intervir. Desta forma, o enfermeiro, pela essência da própria profissão, lida constantemente com a pessoa em transição. Assim, o conceito de transição revela-se fundamental para a Enfermagem e suas intervenções em saúde (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

O conhecimento do enfermeiro permite reconhecer e utilizar em sua prática a Teoria das Transições, mostrando-se competente ao estabelecer intervenções contextualizadas para auxiliar as pessoas que vivenciam períodos de transição, acompanhando a pessoa, família e/ou comunidade em períodos que precedem a transição, durante e/ou posteriormente ao processo, de tal modo, configurando-se como profissional experiente e indicado para trabalhar tais processos (MELEIS, 2007).

A transição denota mudança no estado de saúde, nos relacionamentos de funções, expectativas, ou habilidades das pessoas (MELEIS, 1991). Assim, o enfermeiro, a partir das bases do conhecimento teórico das transições, poderá instituir ações subsidiadas na sua reflexão individual para a compreensão do momento de transição em que a pessoa encontra-se, intervindo nas dimensões física e/ou mental. Tais intervenções direcionam a pessoa/família/comunidade à promoção, recuperação ou prevenção de sua saúde. Assim, os cuidados prescritos previnem riscos, detectam problemas, sanando-os ou reduzindo seu impacto.

Já que as pessoas constantemente passam por períodos de transição, fazem-se necessárias novas pesquisas sobre as transições, de forma a ampliar o conhecimento acerca das mesmas, favorecendo uma transição harmoniosa, reduzindo o risco ao longo deste processo e determinando os indicadores de uma transição bem sucedida (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

4 METODOLOGIA

A seguir será apresentada a metodologia utilizada para a operacionalização do estudo.

4.1 Tipo do estudo

Realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória permite ampliar o conhecimento acerca de algum fenômeno, fazendo esclarecimentos necessários para o desenvolvimento de pesquisas posteriores, as quais carecem de aprofundamento prévio (TRIVIÑOS, 2009). Os estudos descritivos permitem descrever o fenômeno investigado possibilitando que se conheça como este é vivenciado (TRIVIÑOS, 2009).

A abordagem qualitativa desvela processos que são ainda pouco conhecidos e não podem ser reduzidos devido à complexidade dos fenômenos que o abrangem, sendo que esta cria novas abordagens, além da revisão e desenvolvimento de conceitos e categorias (MINAYO, 2010). Desta forma, compreendem-se as percepções e subjetividade dos seres humanos, dando ênfase às realidades dos sujeitos, buscando contemplar as pessoas cuja experiência está sendo estudada (MINAYO, 2010).

4.2 Local de realização do estudo

A pesquisa foi realizada no Serviço de Estomaterapia (SE) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. do Rio Grande/RS/Brasil (HU) no primeiro semestre de 2014. O HU possui 205 leitos e serve como campo de estágio a cursos técnicos, de graduação e pós-graduação da comunidade e região. Assiste à microrregião litoral lagunar, compreendendo as populações das cidades de Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí. Além de receber os pacientes dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, entre outros. O SE foi criado no HU há 21 anos e, atualmente, atende cerca de 100 pessoas com estomias e seus familiares da cidade do Rio Grande/RS, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. Nele realizam-se consultas de enfermagem semanais e grupoterapias mensais com pessoas com estomias e seus familiares cuidadores.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 27 pessoas com estomias que atenderam os seguintes critérios de inclusão: estarem cadastrados no SE; serem estomizados há mais de um mês

de forma definitiva por câncer do sistema geniturinário e/ou intestinal, visto que o fato de uma possível reversão ou outros motivos que não a patologia supracita poderá modificar o processo de transição que a pessoa com estomia se encontra. A necessidade de estar com um mês ou mais faz-se pertinente, pois, para delimitar as fases da transição, precisa-se do relato de pessoas em diferentes momentos do processo. Além dos critérios citados, deveriam apresentar bom estado de saúde, estando lúcidos, orientados e comunicativos no momento da coleta dos dados. Excluiram-se da pesquisa pessoas com estomia por outros motivos que não o câncer do aparelho geniturinário e/ou intestinal, com menos de um mês de estomização, com estomias provisórias e/ou que estivessem em fase terminal de doença ou não estarem em bom estado de saúde.

Conforme Minayo (2010), quando as informações começam a surgir repetidas, pode-se concluir que o universo de ideias construído pelo coletivo participante de uma pesquisa já está representado. Assim, o número de participantes da pesquisa foi determinado pela saturação dos dados. Todos, depois de orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias ficando com uma cópia do mesmo (APÊNDICE II).

4.4 Coleta de dados

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante, realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2014. Durante a consulta de enfermagem mensal foram agendados dias e hora para a realização das entrevistas. O encontro com cada pessoa foi individual no consultório do SE. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A entrevista é uma técnica que estabelece uma relação dialógica com uma determinada intenção, que se caracteriza como promotora da abertura e do aprofundamento em uma comunicação (MINAYO, 2010). O instrumento de coleta de dados utilizado foi composto por uma primeira parte de dados de identificação da pessoa estomizada e uma segunda parte com perguntas abertas acerca do seu processo de transição entre a dependência de cuidados ao autocuidado, o que possibilitou a livre expressão de sua subjetividade (APÊNDICE I).

4.5 Análise dos dados

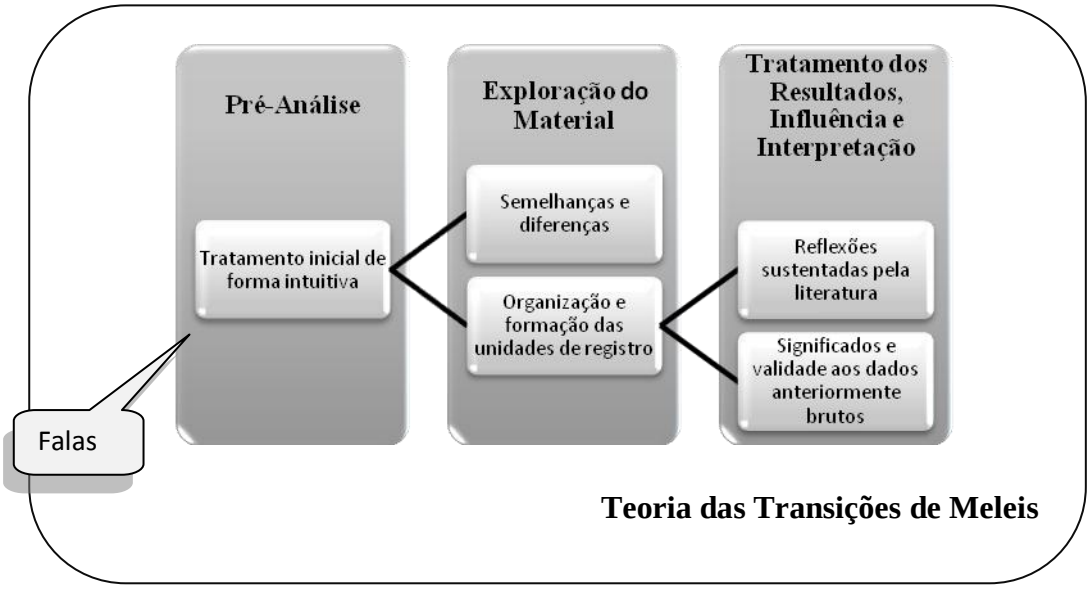
A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Esta é operacionalizada em três etapas (BARDIN, 2009): Pré-análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados, Influência e Interpretação.

Na fase da Pré-análise, realizou-se o primeiro tratamento das falas no qual se aprofundou a análise. Assim, efetuou-se a leitura flutuante para agrupamentos das falas e elaboração inicial das unidades de registro. Para isso, selecionaram-se e prepararam-se as falas mais pertinentes à análise, e formularam-se as hipóteses que levaram à elaboração dos indicadores de interpretação. Nem toda a amostra é susceptível de análise, necessitando, assim, que fosse reduzido o universo para melhor análise (BARDIN, 2009).

A Exploração do Material apresenta-se como a fase mais longa e cansativa onde se transformam os dados brutos em forma organizada e agregadas de unidade de registro. Nessa fase, realizou-se a codificação dos dados, sendo as falas agrupadas por semelhanças e diferenças e organizadas em categorias (BARDIN, 2009).

Por fim, realizou-se o Tratamento dos Resultados, Influência e Interpretação. Nessa fase, utilizaram-se as falas mais expressivas para estabelecer relações com a realidade, reflexões sustentadas pela literatura atualizada para compreensão dos resultados obtidos nas fases de Pré-análise e Exploração do Material, atribuindo, assim, significados e validade aos dados anteriormente brutos (BARDIN, 2009).

Figura 3. Representação Esquemática da Análise dos Dados.



4.6 Questões éticas

Respeitou-se a resolução 466/12 no que tange aos aspectos éticos para pesquisa com seres humanos. Garantiu-se o anonimato dos participantes, e suas falas foram identificadas pela letra P, referindo-se à pessoa, seguida do número sequencial da

entrevista. O projeto foi encaminhado ao Comitê Científico da Escola de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Universidade de Rio Grande (FURG). De posse do parecer favorável sob número 0002/2014, iniciou-se a coleta de dados. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

5 RESULTADOS

A seguir será apresentada a caracterização dos participantes e as categorias: Natureza das transições; Fatores condicionantes da transição: facilitadores do autocuidado; Fatores condicionantes da transição: inibidores do autocuidado; Padrões de resposta: visualizando a consolidação da transição para o autocuidado.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dos participantes do estudo, 11 eram mulheres e 16 homens, esses tinham entre 33 e 77 anos, sendo predominante a faixa etária de 52 a 62 anos. O tempo de estomização variou entre dois meses a 11 anos. A causa da estomização mais recorrente foi o câncer coloretal (19), seguido de adenocarcinoma de sigmoide (1) e de carcinoma de bexiga (7). Quanto o tipo de estomia, 20 possuíam colostomias e 7 urostomias. O grau de instrução variou entre ensino fundamental incompleto (8), completo (11), ensino médio completo (6) e ensino superior (2). Desses, 13 eram aposentados, 12 desempregados e dois atuavam em serviços gerais.

5.2 NATUREZA DAS TRANSIÇÕES

A *Natureza das transições* envolve os tipos, padrões e propriedades de transição. O tipo pode ser dividido em desenvolvimental (alterações do ciclo vital), situacional (modificação de papéis), saúde/doença (mudança de condição saudável para a doença) e organizacional (mudança no meio social, político e/ou econômico) (MELEIS, 2007).

5.2.1 Transição do tipo Saúde/doença

A transição inicia-se à medida que surge uma mudança na vida da pessoa, unida à consciência desta modificação. A natureza da transição, desta forma, na pessoa com estomia, normalmente advém do processo de mudança da saúde/doença. Assim, ao instalar-se a doença observa-se que algumas pessoas iniciam seu processo de transição para o autocuidado buscando formas de superá-la.

> Eu tirei um tumor, mas ao mesmo tempo coloquei uma bolsa no lugar. Isso modificou toda a minha vida. Tive que saber viver de outro jeito. (P10).

> Descobri que tinha câncer, pois eu comia as coisas e ficava com cólica e ia no banheiro e nada. Então, procurei o médico que diagnosticou. Mas não colocaram a bolsa na primeira cirurgia, aí complicou e colocaram. Daí eu sabia que minha vida mudaria. Mas não desisti e procurei como me curar. (P6).

> No início eu tinha muita dor. Quando ia urinar, urinava quase que só sangue. Porque quando o câncer se manifestou já estava grande. Foi de uma hora para outra. Me deitei e quando levantei, fui no banheiro para urinar, senti uma ardência com uns pingos de sangue. Aí fui no posto e o médico atestou que era uma cistite. Dali para frente fiz um monte de exames. Tomei todo o antibiótico e não combateu. Fui encaminhada para o urologista. [...] ele entrou em contato com outro urologista, foi quando ele me disse. Eu já estava desconfiada. Pelas dores, por tudo. E eu disse:_ Olha só, me disseram que tenho uma massa no abdômen. E ele disse que eu tinha um câncer de bexiga invadindo útero, ovário, já estava até na uretra. Era eu e meu esqueletinho de 36 kg, fazendo quimio e levando a vida até me curar. (P11).

> Toda hora tinha vontade de ir ao banheiro e quando chegava botava só muco. Foi horrível quando eu soube do diagnóstico! Voltei pra casa como um louco chorando, porque não esperava ter que fazer a cirurgia e colocar a bolsa coletora. Mas não importa do jeito que eu sair, desta eu tinha que sair! Porque eu queria é ver meus filhos criados. (P1).

Outras pessoas iniciam seu processo de transição ao autocuidado após a cirurgia, ao tomar consciência das mudanças que estão se instalando e que surgiram em sua vida a partir da estomização. A falta de informações precisas no pré-operatório pode dificultar o processo de aquisição do autocuidado.

> Eu fiz duas cirurgias. A primeira foi aqui no hospital. Aí não deu certo, e eles não poderiam fazer a segunda. Aí fui para Porto Alegre. Na primeira cirurgia ninguém me informou nada, foi um susto quando me vi com esta estomia. Assim, levei tempo para perceber o que estava acontecendo. (P21).

> Quando eu voltei para o quarto, quando vi, quando voltei a mim, aí sim vi como eu estava. Que me disseram tudo, que fui operado por uma obstrução, que me cortaram quatro centímetros do intestino e tal. E que o meu quadro era muito crítico. Eu fiquei apavorado! Não esperava por isso! Não tinha nem ideia do depois, do que era e do que iria ser. Foi muito difícil! (P26)

> Eu me conscientizei que mais cedo ou mais tarde eu iria ter que colocar ela[a bolsa]. E que minha vida mudaria e que teria que cuidar do estoma. Mas, realmente, saber mesmo como seria e tudo que mudaria na minha vida só fui ver bem depois (P6).

A primeira fase do processo de transição inicia-se quando a pessoa com estomia consegue visualizar as mudanças que estão acontecendo em sua vida, seja pela doença

ou pela cirurgia de estomização. Ela pode ficar presa nesta fase, não conseguindo progredir para a passagem, fase da transformação à aquisição de habilidades e competências para se autocuidar, devido à revolta, angústias, ou seja, atitudes negativas que não promovem o autocuidado, podendo significar a dependência.

> No início não entendi nada! Então, compreendi o que estava acontecendo e, inicialmente, me indignei. A gente fica meio revoltado, me pegou de surpresa. Então, a reação inicial é de revolta. Não conseguia mais entender como viveria assim! Não queria me olhar e nem pensar em me cuidar! Fiquei um bom tempo sem reação. Não conseguia ir para frente. Estava em choque e não via jeito de reagir. (P22).

5.2.2 Propriedade da transição: Consciencialização

A consciencialização pode ser desencadeada pelos profissionais ao buscarem informar a pessoa com/sem estoma, o que irá acontecer com seu corpo e sua vida, enfocando a importância de adquirirem habilidades e competências para o autocuidado, assim, podendo viver de forma autônoma.

> Fui informado dentro do hospital mesmo, pelos médicos, pelos enfermeiros e pela enfermeira chefe antes da cirurgia. Buscaram me mostrar o que estava acontecendo e como poderia viver assim. Passei a compreender o que precisava fazer. Antes mesmo da cirurgia fui apresentado ao material que teria que usar. Depois, não foi tão difícil. (P12).

Visualizar as modificações diárias de viver com uma estomia propicia a conscientização do que está ocorrendo e a chance da mobilização de forças para se tornarem independentes novamente.

> Então tudo isso mudou na minha vida. As roupas, meu corpo, o trabalho, tudo mudou! É muito difícil! Mas estou tentando me adaptar. (P8).

5.2.3 Propriedade da transição: Empenhamento

A pessoa com estomia, ao conscientizar-se de seu processo de transição e da necessidade do autocuidado, pode vir a empenhar-se em adquirir conhecimentos necessários para tornar-se autônomo e ter melhor qualidade de vida.

> Embora hoje eu já sabia quase tudo, sempre vou aprendendo. Atualizo-me, me mantenho informada. Para mim é muito importante! Porque a gente tem que estar sempre atualizada. Cada cuidado novo que aprendo, cada produto novo é mais qualidade de vida, mais independência (P21).

> Nunca usei o tampão. Mas quero tentar até porque eu vou viajar de avião. Não pela roupa, pois sou muito barriguda, mais para não ter que limpar toda hora na viagem. Até porque não tem como ficar indo toda a hora no banheiro. Roupa justa é difícil de usar porque minha barriga ficou muito grande e tem mais a bolsa. O tampão vai ajudar.Com ele eu posso ficar mais livre e menos preocupada em ter que limpar a bolsa toda hora. Eu quero aprender logo! (P6).

A pessoa com estomia, ao empenhar-se frente às dificuldades para adquirir a autonomia em seu cuidado, demonstra estar passando pelo seu processo de transição de forma satisfatória. Assumir a responsabilidade pelo seu próprio cuidado apresenta-se como importante motivador para a aquisição de conhecimentos.

> Tinha dificuldade de colar! E então busquei a enfermeira que me mostrou como usar o cinto e como botar a bolsa, como limpar de um jeito mais fácil. Sempre procuro informações que me ajudem e pessoas que possam me auxiliar. Custei a assumir esta responsabilidade de cuidar sozinho disso, mas depois que comecei tudo melhorou. Me senti bem melhor! (P23).
>
> Minha vida mudou bastante e isso é muito importante. Estou me esforçando para conseguir lidar com as questões psicológicas. Adquirir conhecimento do uso da bolsa coletora, da limpeza do estoma, manusear todos os problemas e, principalmente, o fato de estar neste estado fazendo quimioterapia. (P24).
>
> Eu combino o conhecimento que o Serviço me deu com o que eu tenho! Porque eu não tenho dificuldade nenhuma! Busco me virar! Se preciso aprender alguma coisa eu pego e aprendo! Mesmo que devagar! Não vou dizer que é fácil porque não é. Mas vou devagar, por etapas e a cada conquista fico mais forte (P26).

5.2.4 Propriedade da transição: A Mudança e A Diferença

A estomização acarreta diversas mudanças na vida do indivíduo, entretanto, nem todas surgem da estomização.

> Eu já estava aposentado. Pois trabalhei até 1998 no taxi, depois parei quando adoeci. Eu já não estava trabalhando. Estava só nas horas de folga para dar folga para os empregados. Parei de trabalhar porque já estava velho e achei melhor parar. E gostei de ter parado. (P4).
>
> Quando fiz a cirurgia tinha me aposentado, mas eu tinha ideia de voltar, pois eu tinha perdido a minha mãe e eu já estava me recuperando da depressão, aquela coisa toda, mas como veio esta cirurgia complicou tudo e eu não pude mais trabalhar. Mas eu tenho outras atividades que me ocupam até bem mais.(P6).
>
> Eu com o tempo, passei a ter dificuldade de enxergar por causa da idade mesmo. Então, tive que pedir ajuda para colocar a bolsa, mas o resto eu faço, limpo e tudo!(P14).

A diferença remete a como a pessoa vê a si, o mundo e os outros, o que pode influenciar no autocuidado à medida que esse se percebe de forma negativa. Para muitas delas, a estomização altera sua autoimagem e autoconceito, exigindo-lhes uma nova adaptação e um difícil enfrentamento.

> Eu queria ser a mesma de antes, uma pessoa feliz, pois, no momento, não tenho motivo para ser feliz. Fiquei mais pessimista depois da cirurgia, às vezes penso que nem tem como alguém querer uma pessoa como eu, com fezes saindo da barriga. (P2).

> Hoje eu sou uma outra pessoa, praticamente acabada. Se eu tivesse que mostrar minha identidade de dois anos atrás, quem visse ia dizer que é uma falsificação, que não é a mesma pessoa. (P10).

> Dá-me um nervoso de uma parte de dentro do meu corpo aparecendo na barriga. Parece que todo mundo está vendo! Antes de colocar a bolsinha, me sentia muito feliz, muito mais gente. (P24).

5.2.5 Propriedade da transição: O Espaço Temporal da Transição

O tempo mostra-se um forte aliado no momento da transição, permitindo que algumas questões internas se resolvam.

> Com o tempo a indignação inicial passou. Então sou outra pessoa. Aprendi a viver assim. Se tem criança que vive assim, idoso que vive assim, por que eu não vou conseguir? Vou sim. A gente tira forças cada vez que vem na consulta e escuta a enfermeira, escuta os companheiros que estão até pior que eu. (P24).

Com o tempo, a pessoa com estomia dependente consegue adquirir forças para progredir de um cuidado compartilhado até ao autocuidado, observando que muitos verbalizam um ano ou mais, com avanços e retrocessos, para conseguir se autocuidar.

> Eu dependia dos outros para tudo e aos poucos fui conseguindo. Com o tempo eu fui me acostumando.[...]Levou um ano e pouco para isso. Depender dos outros era penoso, mas aos poucos eu reagi(P13).

> Faz um ano e pouco que eu me operei, em novembro do ano passado, e só agora tenho conseguido me sentir melhor. Aos poucos as coisas vão acontecendo. Meu marido que havia me deixado voltou e agora me sinto bem melhor! Ele precisava de um tempo e eu também. (P8).

> Quando fazia, eu acho que quase um ano, que eu estava usando me encorajei a vir nas reuniões. E consegui aos poucos me cuidar melhor e sozinha. Ainda há muito pela frente, mas com ajuda de todos eu vou indo (P14).

5.2.6 Propriedade da transição: Acontecimentos e Pontos Críticos

Ao realizar a cirurgia de estomização o indivíduo pode, inicialmente, vivenciar uma série de acontecimentos e pontos críticos que possivelmente influenciaram sua

entrada no processo de transição. O fato de tornar-se uma pessoa com estomia e não receber orientações sobre onde buscar assistência pode fragilizar a mesma mostrando-se um ponto crítico. No entanto, o seu acolhimento em um serviço especializado apresenta-se como fundamental à sua recuperação e a uma transição menos traumática.

> Ah, eu fiquei assustada, porque eu não sabia o que era. Fiz a cirurgia e me vi sem saber a quem recorrer. Então, fui informada sobre o grupo por um vizinho, que ele disse que a Vó dele tinha tido uma estomia. Quando cheguei no serviço foi maravilhoso. Fui bem recebida e me explicaram tudo, me deram material, me ensinaram a usar. Não teria conseguido sem essa ajuda especializada. Mas no início a gente fica bem perdida. Nem sabia que tinha um serviço destes na cidade. Pensei que só na capital (P25).

Ao receber as informações de como realizar o autocuidado do corpo, a pessoa com estomia pode se ver dentro de um acontecimento ímpar em sua vida, difícil de ser compreendido, podendo, até mesmo, ser confuso ao indivíduo e comprometer sua capacidade de cuidar de si.

> Até esclarecerem! Até me tirarem as dúvidas eu fiquei muito assustado e confuso! É muita coisa que a gente tem que saber do cuidado com todo o material que eles fornecem: sabão, a pasta da pele[...] A limpeza também do local [...] Que a gente pensa que é estéril, mas não é. Então, não precisa ter muito cuidado, assim, pode ser também com água do chuveiro, tudo isso eu esclareci no grupo. Não conseguia entender e fiquei muito assustado. Pensei que não ia ser capaz de fazer sozinho(P26).

A falta de adaptação e aceitação podem gerar significados e atitudes negativas frente à estomia e às dificuldades decorrentes da estomização. A pessoa pode passar a sentir-se insegura ao conviver em sociedade por medo e vergonha de que os outros vejam, de que surjam imprevistos como vazamento da bolsa coletora. Estes sentimentos podem inibir o processo de transição para o autocuidado, afastando-a do convívio com a sociedade, com a família e com os amigos, dificultando o desenvolvimento de habilidades e competências para se autocuidar de forma a contornar momentos difíceis.

> Não teve jeito de dizer para as pessoas que eu uso. Eu não consigo aceitar! Eu não consigo dizer: "eu vou ter que ir embora que eu vou ter que trocar a minha bolsa". Dá-me uma vergonha, uma vergonha! E eu tenho que sair assim desesperada sem dizer o porquê! A minha irmã fala: _Deixa de ser boba carrega uma bolsa! Mas para mim carregar uma bolsa eu tenho que carregar uma bolsa, calcinha, roupa, tudo! [...] Um dia eu estava jantando na casa da minha irmã e tive que sair correndo, pois vazou! Tive que largar a comida e sair. Vamos embora, vamos embora! Desesperada de vergonha. (P8).
>
> A única coisa que eu não gosto é quando a bolsa inventa de descolar na madrugada e eu acordo toda molhada. Porque a minha é de urina e

> me acordo toda molhada. Aí sim fico meio irritada! Tenho medo de ser humilhada se a bolsa vazar. É a única coisa que mexe comigo. (P14).

> Eu acho que o que dificulta a minha adaptação é minha pele que está sempre machucada. Tem gente que eu sei que nunca fica machucada, mas no meu caso desde que eu botei a bolsa estou sempre machucada. (P2).

> Uma vez estava no banco, pois tive que fazer meu cartão para receber, e a bolsa descolou e as pessoas que estavam na fila perceberam e começaram a pedir para os que estavam na fila para que eu fosse atendida primeiro para que pudesse ir embora para resolver o problema. Nunca mais saí de casa [choro]. Foi uma vergonha e me senti muito humilhada. (P16)

> Uma vez a bolsa estourou e eu sujei toda a cama e meu marido reclamou muito. Agora tenho medo que aconteça de novo. (P5).

> O problema é quando a bolsinha descola e vaza. Acho que a situação mais constrangedora que já passei foi no banco. Estava cheio de gente. Que vergonha. (P7).

> Eu aceitei, mas com aquele receio. Tenho medo de ter complicações por causa da estomia. No começo achei que as pessoas iam ver as fezes, sentir o cheiro. Esse era o meu medo. (P4).

> Durmo de camisa de física. Antes eu dormia sem camisa eu acho que eu fico com vergonha. Já pensaste tirar a camisa para as pessoas verem uma bolsa cheia de urina. Eu sou meio constrangido. Fica chato ficar com isso [bolsa] aparecendo. Os outros vão me criticar. (P13).

A família, em determinados momentos, auxilia ou dificulta o processo de transição, dependendo da forma como se posiciona. No entanto, a pessoa com estomia pode tornar-se dependente do cuidado deste, sendo que a perda deste familiar pode apresentar-se como um acontecimento desestruturante na vivência do cuidado, deixando o mesmo desamparado e inseguro, tendo que, de alguma forma, aprender a desenvolver o seu autocuidado.

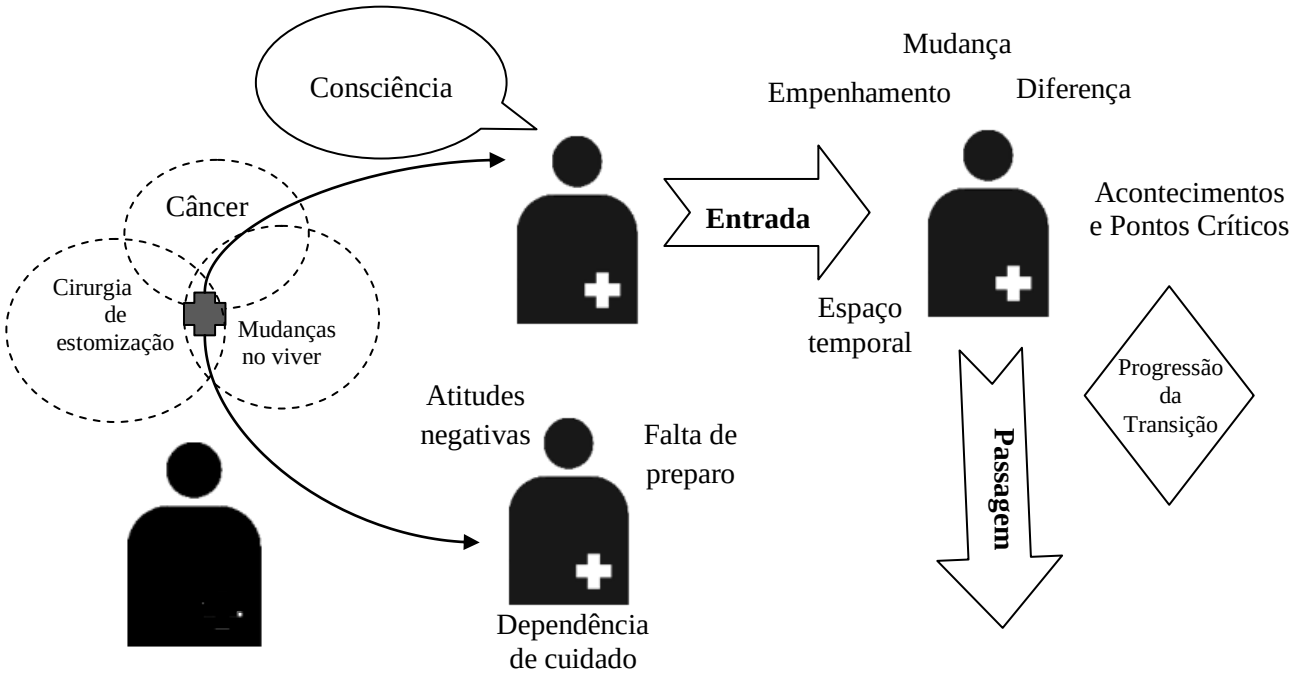
> Quem ia morrer antes era eu. Então, não aprendi nunca. Era a minha esposa quem fazia tudo. Eu nem esvaziava! Era totalmente dependente dela. Ela não se importava e, por isso, nunca me importei em aprender. Tínhamos um esquema que dava certo. Mas ai ela ficou doente e morreu. Eu fiquei sem chão! Então, tive que me virar. (P4).

A doença de outros membros da família, em especial, do cuidador, pode apresentar-se como um acontecimento complexo, mas desencadeador da necessidade da pessoa com estomia desenvolver novas formas de cuidado.

> Eu tive horas difíceis na vida. Uma delas foi quando descobri que a minha esposa estava com uns tumores na cabeça. Foi muito difícil, muito duro. E eu não havia aprendido a fazer as coisas [cuidado com a bolsa] por que nunca imaginei que minha esposa morreria antes de mim. Era uma mulher resolvida então para que eu ia precisar

> aprender! Então tive que aprender na marra a me cuidar sozinho. Passei a pedir aos filhos, à vizinha e até ao padre para trocarem minhas bolsas. Aí vi que não daria certo. Ninguém faria como ela. Mas eu passei anos vendo ela trocar e percebi que podia fazer igual. (P4).

Figura 4. Representação esquemática da Natureza da transição tipo saúde-doença e entrada na transição à aquisição de autocuidado.



5.3 FATORES CONDICIONANTES DA TRANSIÇÃO: FACILITADORES DO AUTOCUIDADO

Segundo a Teoria das Transições, além da Natureza, há o *Condicionalismo da transição.* Este apresenta fatores condicionantes que facilitam ou inibem esse processo. O *Condicionalismo da transição* pode ser classificado como condicionante de *pessoas*, tendo seu significado, crenças, culturas e atitudes, estatus socioeconômico, preparação e conhecimento; da *comunidade* e da *sociedade*. A preparação anterior à entrada no processo facilita a transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão da transição também são facilitadoras do processo (MELEIS *et al*., 2000). Os condicionantes das transições auxiliam o enfermeiro a entusiasmar a pessoa doente em direção ao bem-estar e a redirecionar ações, no caso de haver o risco de se vivenciar uma transição difícil (SCHUMACHER E MELEIS, 1994).

5.3.1 Fatores Facilitadores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Pessoa

O significado positivo da estomia, compreendendo que esta trouxe a possibilidade de seguir vivendo, mostra atitude positiva e fomenta o autocuidado diário, permitindo maior autonomia**.**

> É uma coisa que tem a mais que eu não ligo, pois me trouxe saúde e vida! (P12).
>
> Para mim, se não fosse à bolsa eu não estaria aqui. E tem tanta gente que usa a bolsa e vivem anos! E ela é melhor do que poderia acontecer. Sem ela eu teria morrido!(P8).
>
> Se eu não tivesse com a bolsa eu não estaria aqui!(P14).
> A bolsa não me atrapalha em nada. Cuido como tem que cuidar e pronto. (P6).
>
> A única coisa que faço é rezar mais, agradecendo a Deus por me permitir viver mesmo tendo uma doença grave, que mata a maioria das pessoas, e usando a bolsa coletora. (P2).
>
> A gente se obriga a se adaptar à bolsinha, pois, se não fosse ela, de repente, eu iria no banheiro e passaria necessidade.Ia estar com a saúde prejudicada, poderia ter dor ou até mesmo ter morrido. (P4).
>
> Consegui me adaptar, porque eu queria viver. Hoje para mim ser uma pessoa estomizada significa ser uma pessoa que sofreu uma mutilação, mas que, aos poucos, vai se adaptando a ser uma pessoa normal novamente.(P3).
>
> Queria viver, queria terminar de cria os meus filhos e conhecer os meus netos. (P13).

A preparação para a vivência das modificações causadas pela estomização pode influenciar na aquisição do autocuidado. O pré-operatório mostra-se como um período importante para a realização de orientações sobre a cirurgia, a estomia e as modificações decorrentes desta. Fato que pode auxiliar na aquisição do autocuidado por reduzir o impacto da cirurgia, possibilitando uma significação positiva da experiência da estomização.

> Quando eu ia me operar não tinha nem noção do que realmente iam fazer comigo e de que cuidados eu tinha que ter. Fui ao Serviço Estomaterapia e aprendi até como me alimentar, que bolsa usar. Várias coisas!(P15).
>
> O próprio médico me encaminhou para o Serviço de Estomaterapia e entendi como seria a minha vida após a estomia. (P26).

> Foi bem tranquilo. Eu já fui ao médico e ele me disse que eu teria que usar a bolsinha para sempre. Mas eu já esperava porque eu tinha a doença [câncer]. Então, o choque não foi tanto e eu pergunto muito, por isso estava bem informada de tudo. (P27).
>
> Ele [médico] explicou primeiro, antes da cirurgia, conforme seja para três meses até oito meses ficar com a bolsa, depois tornava a operar e voltaria ao normal... só que não deu para operar, pois não dava para emendar. Terminou sendo definitiva. Foi horrível, perdi a esperança. Só me restou encarar. Mas foi bom saber antes. Consegui levantar mais fácil. (P1).

A pessoa com estomia reconhece a importância de ter estabilidade psicológica-emocional para que possa se autocuidar e aceitar a nova situação de vida, sendo um processo difícil visto às características de ser estomizado.

> Se a pessoa não tiver uma cabeça boa, não tem como se adaptar e se cuidar sozinho! Pois é difícil pensar como é que vou me adaptar a uma coisa que não nasceu comigo, uma coisa cheia de cocô dentro, que fede e que deixa todo mundo com nojo de mim? (P9).

A espiritualidade/religiosidade mostra-se uma aliada no processo de transição à medida que conforta e torna a pessoa com estomia mais centrada e focada em seu processo de cuidado e saúde.

> Sou muito religioso. Só não morri porque o homem de cima não quis. Então eu agradeço a ele todos os dias e ele é que vai me dar forças para ficar normal de novo. [...] Sempre fui católica, mas depois da cirurgia comecei a ir ao centro espírita e isso me ajudou muito, me deu muita fé. (P10).
>
> E se tu tens uma religião tu te agarra. Então, aquilo foi mais fácil porque eu tive serenidade para aceitar e reagir. (P4).

Muitas pessoas preferem manter o fato de serem estomizadas escondido da sociedade por receio da atitude da comunidade/sociedade frente a esta diferença. Apesar de em um primeiro momento esta atitude parecer uma forma de negação ou fuga da situação vivida, pode permitir que a pessoa se fortaleça até ter condições para expor-se ou para exercer plenamente o autocuidado.

> Eu sei que eu uso, mas muita gente nem sabe que uso por que eu não falo para ninguém. E me sinto bem! Isso aqui para mim é normal! Claro que a gente tem que mudar, tem que saber cuidar para não ter imprevistos na rua. Mas daí a estar dizendo para todo mundo. As pessoas fariam muitos questionamentos e, ainda, não estou preparada para este enfrentamento. Até eu me sentir mais acostumada, eu pretendo manter em segredo (P12).
>
> Não contei para quase ninguém porque, se tu contas para muita gente, não entendem e te acham um doente. Que tu é um coitado, um "brocha". Quando alguém precisava saber e eu achava que era para contar eu contava. (P4).

> O bom é quando uso roupa que não marca a bolsa, não dá para ver que estou com ela, só quem sabe percebe. Os outros não percebem. (P5).
>
> Para que as pessoas não notem que eu estou usando a bolsinha, quando eu vou em algum lugar, eu uso uma faixinha, uma cinta de lycra para dar uma seguradinha e não aparecer a bolsinha. Eu vou devagar. Aprendendo a me cuidar. Mas ainda não quero ser questionado, ter que dar explicações. Não me sinto pronto para isso ainda. (P23).

5.3.2 Fatores Facilitadores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Comunidade

Para a realização do cuidado com o estoma há a necessidade de equipamentos como as bolsas coletoras e adjuvantes que são de difícil acesso no mercado, além de extremamente caros. Desta forma, o fato dos equipamentos serem fornecidos pela Secretaria de Saúde de forma gratuita a partir de um cadastro dentro de um serviço de estomaterapia, com consultas de enfermagem em livre demanda, mostra-se como um facilitador do processo de transição para aquisição de autonomia pela certeza que receberá seus equipamentos, não necessitando realizar um itinerário terapêutico em busca de cuidar.

> E eu tinha muito medo que faltasse a bolsa. Hoje não, eu venho falo com a enfermeira e ela dá um jeito. Mas nunca me faltou. Porque no início eu recebia também por Porto Alegre num posto de saúde. E antes não tinha tabela. E como sabiam que eu morava aqui então me davam bastante. E quando eu estava no hospital eu pensava que teria que comprar essas bolsas e é muito caro! Mas lá no hospital me disseram os endereços onde tinham. Mas toda vez que eu ia em Porto Alegre no hospital que eu me tratava as gurias me davam umas duas ou três do estoque delas, pois elas não davam. Ia em outro hospital, minha esposa ia, nos davam um tanto. E mais o posto que eles me davam de montão e me chamavam para as festas de final de ano com comes e bebes. E me telefonavam e eu ia às reuniões. Aqui tinha, mas eu não sei, eu não procurei . Tinha tanta facilidade em Porto Alegre que eu pegava lá. Então, eu nem sei como comecei aqui no SE. Depois que comecei aqui não fui pegar mais lá em Porto Alegre e ficou bem melhor. Facilita demais o acesso aos materiais (P4).
>
> Tenho essa preocupação de sair para buscar as bolsas. E é aquela preocupação de faltar a bolsa, de não deixar faltar. Às vezes eu estou muito bem e tenho que sair correndo como saí agora. Pois me deu um estalo que eu não vou ter, que eu não vou ter e venho buscar. Às vezes ligo para a Enfermeira ou para o Assistente social e ele: "Vem, vem aqui!" E às vezes eu não tenho e eles me dão. Ter o material faz toda a diferença. Como seria sem dinheiro e não se encontra nas farmácias. (P8).
>
> O médico disse que eu teria que colocar uma bolsa! Nós pensamos em como ia ser se tivéssemos que ir todo mês a Porto Alegre, sem saber que bolsa era. Quer dizer tudo nós aprendemos aqui dentro no Serviço

> de Estomaterapia. Ás vezes a gente pensa que tem que ir para Porto Alegre, na capital, mas aprendi tudo mesmo foi aqui em Rio Grande mesmo. Em casa. (P21).
>
> Venho no serviço para conseguir as bolsinhas e os produtos para proteger a pele, pois não conseguimos o mesmo na farmácia. É o governo quem fornece e é tudo de graça mesmo. Essa preocupação de conseguir o material e de não ter dinheiro e precisar eu não tenho. (P26).

Além do fornecimento de material para o cuidado do estoma, o Serviço de Estomaterapia conta com uma equipe interdisciplinar. Essa se mostra uma facilitadora do processo de transição à aquisição do autocuidado, visualizando a pessoa com estomia de forma global, auxiliando a resolver aspectos que possam promover a saúde da pessoa e possibilitando sua autonomia.

> A alimentação que mudou. Eu me cuido para não comer coisas cruas porque tanto a Nutricionista como a Enfermeira me explicou que coisas cruas dão gazes e acaba estufando a bolsa. (P6).
>
> Como minha carteira não estava assinada o Assistente Social pegou e me ajudou a ver os papéis, colocou como portadora de deficiência. O médico atestou. E eu fiquei recebendo. (P11).
>
> No Serviço de Estomaterapia, a gente tem o apoio. A gente sabe que os profissionais estarão lá para nos auxiliar sempre. Dão-nos muita segurança que conseguiremos viver bem, que o que depende deles eles fazem. Por isso o que depende de mim eu também faço. É um casamento de mão dupla para sempre. (P20).

O enfermeiro, dentro desta equipe, utiliza a consulta de enfermagem, as visitas no hospital ou no domicílio e também a grupoterapia como métodos para se aliar à família e à pessoa com estomia. Por meio de suas intervenções terapêuticas auxilia na aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais para a transição até o autocuidado.

> Eu não trocava a minha bolsa. Aí eu vim numa reunião com a enfermeira e me perguntou por que eu não trocava a minha bolsa? E eu digo por que eu acho que não vou conseguir. Porque eu tenho minha nora, tenho minha filha que trocam. Ela disse:_ tu vai depender sempre do parceiro, da tua nora para trocar? Então tu fazes o seguinte: quando vê que a tua bolsa vai descolar tu acorda de manhã, faz a tua higiene e troca a tua bolsa. Pois não vai ter muito líquido para sair e vai conseguir trocar. Tu vai acostumar. Mudou minha vida. Agora eu saio. Carrego minha bolsinha na bolsa e tudo bem. (P14).
>
> Ter aquela coisa toda de limpeza. Mas um dia a enfermeira explicou para mim como é que se fazia. Como se colocava, se tirava, se limpava e ai eu saí fazendo tudo. Fazia tudo. Não precisei da ajuda de ninguém mais. A partir daí ninguém fez mais nada para mim. No início tinha problema sim. Tinha umas feridinhas, mas aí vinha aqui e consultava com a enfermeira e resolvia. (P6).
>
> No início era minha nora que trocava, minha filha e uma tia minha eram que trocavam. Até um ano eu não trocava. Um dia eu vim para

> uma reunião aqui do Serviço de Estomaterapia e o enfermeiro que veio palestrar me perguntou porque eu não trocava, que eu ia viver dependendo de alguém. E eu disse que achava que não ia conseguir porque a urina não parava de sair. E ele me explicou que eu trocasse na primeira hora da manhã. Ai um dia eu troquei na primeira hora da manhã sem tomar água. Por que eu tomo muita água, é a primeira coisa que eu faço quando levanto. E aí nem água eu tomei naquele dia. Fui trocar sozinha na frente do espelho. Louca de medo. Tremendo, com medo de estragar uma bolsa. Aí comecei a trocar sozinha. Só não me animo a trocar de ninguém. Troco só de mim. (P11).
>
> A própria Enfermeira do Serviço de Estomaterapia que me informou sobre o grupo. Ela viu na escala de cirurgia que eu internaria para fazer esta cirurgia e foi no quarto me procurar. Assim, quando nós saímos da cirurgia e quando saímos do hospital já sabíamos por ela [enfermeira] da existência do Serviço que atende pessoas que compartilham o mesmo sentimento, tem a mesma coisa e é melhor para a pessoa ver que não é só ela que tem este problema. (P20).
>
> É muito bom! Além de conhecer muita gente, eu preciso do grupo, preciso da Enfermeira e de todos que trabalham aqui. Sinto-me acolhido, em casa no meio dos meus. Não sei explicar! Preciso saber que eles estão aqui, que os outros como eu estão aqui. Que se eu precisar eu venho aqui e sou entendido, sabem do que eu estou falando. (P21).
>
> A Enfermeira, ela orienta a como a gente fazer, os cuidados. Adquiri conhecimentos de como usar a bolsa, de conviver em grupo também junto com outros estomizados, os produtos que são usados para que não fique assada. Tem ajudado bastante!(P25).
>
> Eu vinha, na consulta com a Enfermeira e ela me mostrava, trocava e pedia para eu ajudar, mas eu chegava em casa e quem diz que conseguia fazer igual. Foi aos poucos, bem aos poucos. Hoje eu até rio da situação, mas foi assim mesmo. Foi bem devagar, um dia de cada vez (P26).

Os primeiros momentos após a estomização mostram-se difíceis, e a família apresenta-se como apoio ao realizar inicialmente o cuidado e, gradativamente, entregando-o à pessoa com estomia, fortalecendo-a para o autocuidado.

> Com a minha família foi ótimo. Paparicavam-me até demais. Fui para casa da minha mãe logo que saí do hospital e ela improvisou um quarto para mim na sala dela com televisão, mesinha na beira da cama para colocar água. Porque ela achou que eu ia ficar de cama. Estava sempre me apoiando a melhorar! Aos poucos fui melhorando com a ajuda deles [família] e passei a me cuidar sozinha. (P11).
>
> Primeiro meu marido vinha comigo nas consultas depois eu passei a vir sempre sozinha. Ele me ajudava a cuidar do estoma, depois nunca mais dependi de ninguém.(P14).
>
> Minha família toda me deu apoio, todos sofreram juntos e chegamos bem até aqui. E hoje consigo me cuidar bem. (P21).

A família, ao apoiar a pessoa com estomia nos momentos difíceis, permite que o indivíduo sinta-se mais seguro, que será auxiliado a contornar todos os momentos

complicados e até mesmo constrangedores como, por exemplo, o vazamento da bolsa coletora fora do domicílio.

> É difícil quando a bolsa vaza em festa ou reuniões de família, mas ainda bem que meu guri tem moto! Quando acontece eu chamo ele num canto, para que as outras pessoas não vejam e digo que aconteceu, e ele me leva embora. (P8).
>
> A família é bem unida. Eles estão sempre me incentivando todo dia. Toda vez que tem algum problema eles dão um jeito de me ajudar a contornar a situação, não deixam que eu me sinta mal. (P20).
>
> Os meus filhos que me ajudavam. Tiravam-me de "saias justas". (P25).
>
> Recebi apoio total! A força deles está sendo essencial nestes momentos. (P26).

A família, ao oferecer ajuda no cuidado e demonstrar carinho, torna-se mais próxima à pessoa com estomia, fomentando nesta o sentimento de pertença e apoio, fortalecendo-a para realizar suas atividades de cuidado.

> A mais velha até trocava para mim. Dizia:_ quer que eu troque para ti? Fica deitadinha que eu troco para ti. Principalmente nesta época de calor. Ela ligava o ventilador em cima de mim. Pegava o secador e aquecia a placa, como eu faço para a placa colar bem. Só isso também. Nunca deixei de fazer nada, mas aceito uma ajuda às vezes. (P11).
>
> Minha esposa faz tudo para mim. Não deixa fazer nada que não quero e não posso. Ficamos muito mais próximos após a cirurgia. Ela que me falou que talvez eu tivesse que utilizar a bolsinha, ainda bem que foi ela que me deu a notícia e sempre esteve do meu lado. (P18).
>
> Quando tive dificuldades minha família sempre me ajudou. Eles sempre me disseram que eu tinha que levar uma vida normal porque o que eu tive é uma coisa que acontece. (P5).
>
> Minha mãe me cuidou e tomou conta de mim depois da cirurgia. (P7).
>
> Meu esposo que teve um papel fundamental e a minha filha são as duas pessoas que conseguiram que não criasse grilos na minha cabeça. (P4).
>
> Cunhado, irmão, irmã, a mãe estavam sempre na volta, quanto a isso não posso me queixar. Se tu não tiveres um apoio e se tu fores uma mentalidade meio fraca tu até te entregas, mas se tiveres apoio te recuperas. (P13).
>
> Tive apoio de todo mundo, da minha irmã, de todos os parentes. Só o que ficou mais pra baixo foi o meu marido. (P17).
>
> No início ficou todo mundo meio abalado, mas depois foram se conformando. Todo o mundo me ajudou, mas a que mais me ajudou foi a minha guria que está sempre em casa comigo, porque a mulher trabalha. (P19).
>
> A família é bem unida, até agora eles estão fazendo comida e trocam, intercala, uma e outra, todos se revezam para estar comigo. É bem unida, ainda bem (P20).

> Todos se empenharam em estar junto e participar de uma forma ou de outra. (P24).

Observa-se que o parceiro, ao compreender as mudanças ocasionadas pela estomização e os períodos de instabilidade emocional vivenciados, auxilia no desenvolvimento de estratégias de apoio para o cuidado, motivando a pessoa com estoma a viver de forma saudável e mais autônoma.

> Meu marido me ajudou muito. Para ti ter uma noção, quando voltei do hospital eu só pedia para o meu marido ir embora de casa. Eu dizia que não queria mais viver com ele. Mas ele não aceitou e me deu todo o apoio e hoje a gente é muito feliz. (P3).
>
> Para minha família inicialmente foi difícil. Principalmente para o meu marido. Na hora da gente ir para o sexo ele ficava assim que ia me machucar, mas foi indo, foi indo, até que acostumou. Fomos criando formas de realizar de maneira segura. (P11)
>
> Tenho muito apoio até hoje, principalmente da minha esposa. Sempre está me apoiando quando preciso. (P1).
>
> Claro é difícil para tu olhares, mas como eu tenho a sorte de ter uma pessoa companheira que viveu junto comigo essa situação toda, nós estamos superando. O meu esposo conseguiu aceitar, acho que antes de mim. Ele conseguiu colocar na cabeça dele. Essa parte da minha saúde já afetou a nossa vida sexual pelo problema das fistulas. É só mais uma coisa que acrescentou na nossa vida íntima, e a gente que tem que aprender a lidar. (P4).
>
> Para minha companheira não atrapalha em nada. Eu só voltei a minha vida sexual depois que eu tirei a bolsinha de fezes. Fiquei com a de urina que é para sempre. Eu nem pensava nisso. (P13).
>
> Por parte da minha esposa não tem problema. Tu, se sentes que aquilo ali vai dar algum problema, o cara fica pensando um monte de bobagem. Mas ela nunca falou nada!Sempre me cuidou e me apoiou (P19).
>
> Sim, a principal coisa, é que minha mulher me deu toda força. Se não fosse ela talvez eu não teria vencido (P21).

Para algumas dessas pessoas inicialmente pode ser difícil visualizar uma vida com qualidade usando a estomia. Assim, quando uma pessoa com estomia, já adaptada, conversa com o recém estomizado normalmente auxilia na compreensão do que está acontecendo e pode visualizar a possibilidade de uma vida com qualidade. Em contraponto, a pessoa com estomia, já adaptada, fortalece-se ao mostrar aos outros que é capaz de viver bem e de forma autônoma.

> Adaptei-me. Fiquei bem. Nunca tive problema de depressão. Cansei da enfermeira do SE me ligar pedindo para conversar com um paciente que estivesse com problema. De aceitação ou que iria colocar a bolsa. O médico também, quando vai fazer a cirurgia em alguém, pede que eu vá conversar com o paciente. É tranquilo graças a Deus. Ajudar os outros a superar e aceitar é uma faca de dois gumes. Ao

> fazer isso, eu também passei a aceitar mais a minha condição e me fortaleci. (P11).
>
> Acho que cada um tem uma missão e a minha era essa aí. Receber a estomia, ser estomizada e daqui servir para ajudar as pessoas. Eu já encontrei muita gente com problema de aceitação. É muito, muito difícil. E parece que quem mais precisa pôr, é que menos aceita.(P6)
>
> Acho que quase todas as pessoas que eu fui visitar até hoje, geralmente, entram em depressão. Teve uma vizinha minha que colocou e teve depressão. Aí ela não aceitou, não aceitou, me ligava chorando dizendo que queria que eu fosse lá para conversar, para ela me ver. Nunca colocou bolsa de urina sempre foi a de colostomia, porque ela não aceitava colocar a bolsa para baixo, botava para o lado para não aparecer. Também não durou muito tempo. Por que quando não aceita é brabo (P11).
>
> Porque uns precisam de muito, mas outros têm mais coragem, tem que adquirir alguma coisa, a gente ali com outras pessoas também. A gente adquire coragem e aprende a viver. Nem todos tem a mesma cabeça, o mesmo pensamento, conversando é que a pessoa vai ajudando outra pessoa! Procuro mostrar que não é só ela que tem o mesmo problema, e tem que tocar a vida. A gente está viva e tem que fazer alguma coisa. Me sinto bem em ajudar os outros porque se eu tivesse tido essa ajuda, talvez, tivesse sido mais fácil para mim. Então, quero que seja melhor para os outros e me sinto bem fazendo isso. (P27).

Além das discussões individuais, o fato de integrar um grupo de apoio dentro do Serviço de Estomaterapia, que propicia a interação de pessoas com estomia e de familiares cuidadores compartilhando experiências, facilita a aquisição do autocuidado mostrando que não se está só nesta caminhada e que é possível se autocuidar e viver com qualidade.

> Acho que o grupo ajudou a me preparar para enfrentar a situação, com a troca de experiência, e a gente vai aprendendo. Tem uns que falam que tem umas técnicas que usam uns cintos para testar! A gente aprender como usar determinados equipamentos de forma diferentes, faz amizade também, é tudo. Às vezes a gente fala alguma coisa e alguém diz que já passou por isso e quando acontecer faz isso. Eles dão umas dicas bem legais de como a gente de repente suportar alguma situação de vazar, mas é bem legal. Mas não sou só eu, os outros também já passaram por isso. Na hora é horrível, mas depois no grupo quando a gente conta a gente até consegue rir das coisas que a gente passa. É importante ver que são problema. Às vezes do cotidiano, que não é só contigo. Que já aconteceu com outras pessoas. Então tu te sentes um pouco mais tranquilo, mais aliviado, pensando assim, não sou só eu que estou enfrentando esse problema, tem 30, 40 pessoas que passam as mesmas dificuldades de vida. A gente se sente solidário, confortado. (P20).
>
> Conhecer mais pessoas como eu foi bom para ver que eu não sou a única que uso uma bolsinha. Ao conversar no grupo me sinto mais compreendida e confortada. (P23)

> O Serviço me possibilita estar em contato com outras pessoas que, como eu, possuem colostomia. Eu, assim não me sinto tão diferente dos outros. Quando eu venho na reunião do grupo eu me sinto muito bem, há uma união entre a gente. Parece que quem está lá fora não entende o que nós passamos como nós. Um entende o outro, se preocupa com o outro e a gente tem vontade de vir, de estar aqui! (P26).

> O grupo é bom porque a gente vai vendo que não é só a gente, e só de estar ali passa coisas boas para outros, já ajuda! Que nem todos têm a mesma coragem, a mesma cabeça, uns aceitam e outros não. O grupo é bom porque reúne e a gente conversa. E quando não tem o que falar escuta o que os outros falam! É legal! E sempre se aprende coisas novas. (P27).

5.4 FATORES CONDICIONANTES DA TRANSIÇÃO: INIBIDORES DO AUTOCUIDADO

A seguir serão apresentados os fatores condicionantes que inibem a transição para o autocuidado relacionados à pessoa e à comunidade.

5.4.1 Fatores Inibidores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Pessoa

A forma como a pessoa compreende as modificações do corpo e o uso da bolsa coletora pela estomização podem apresentar-se como um inibidor da transição para o autocuidado, pela transformação da imagem, principalmente, nos momentos após a estomização com a presença da ferida operatória em processo de cicatrização, a presença do estoma e da bolsa coletora aderida ao abdômen.

> Só que eu engordei! Fiquei com muita barriga. A barriga ficou grande acho que foi da cirurgia, pois eu era magrinha e não tinha barriga. Operei e fiquei com a barriga grande. Muita coisa muda! A imagem que tinha ficou diferente e no início eu não conseguia nem me olhar. É difícil, principalmente, pois sempre fui muito vaidosa. (P12)

> Não vou me adaptar nunca em utilizar essa coisa[bolsa] na barriga, não nasci com isto. Não tinha uma barriga tão bonitinha, mas também não era feia. Agora sou isso aqui [choro]. (P16).

> Eu acho que depois da cirurgia eu envelheci mais, emagreci muito, minhas roupas estão tudo grandes. [...] Se eu me imaginar sem roupa na frente do espelho, acho que a bolsa não está. Ainda não consigo me ver com a bolsinha. (P5).

> Depois da cirurgia me tornei uma pessoa feia, sem motivos para ser bonita. (P10).

> É meio chato porque o ideal é quando tu fazes o que queres na hora que tem vontade. Fico meio irritada por conta disso. Me irrito com isso por não ter esse controle. Eu tinha medo que caísse a bolsinha. Tinha uns medos assim meios estranhos, tinha dificuldades de olhar, não é que eu tivesse nojo, mas eu tinha certos receios de tirar, de machucar. (P4).

> Eu me senti um lixo. Porque ficar quase sempre saindo cocô por um lado, e aí depois o cocô começa a vazar pela barriga, sem falar o mau cheiro. É horrível! (P23).

O despreparo para a vivência da doença e/ou da estomização pode inibir o processo de transição à medida que repercute, podendo gerar a sensação de inabilidade e impotência na pessoa com estomia.

> Eu não posso te explicar, porque meu estado quando eu me operei era muito crítico. Eu passei muito tempo na UTI. Então eu não tive como saber. Não tinha nem ideia do que estava acontecendo e se eu ficaria inapto para toda a vida. Mas, agora, olhando para o estoma eu me sinto diferente. Não posso dizer que estou doente, mas com saúde total, também, não (P26).

Ao tornar-se uma pessoa com estomia, passa-se por uma série de transformações que, muitas vezes, não se está preparada para vivenciar. Assim, a instabilidade emocional e psicológica para experienciar tais transformações pode inibir o processo de transição ao autocuidado pela vulnerabilidade mental/psicológica e emocional sofrida.

> Tem horas que eu nem acredito [choro] Às vezes eu me pergunto por que será que isso aconteceu comigo? Me bate uma tristeza, uma tristeza, por que eu fui ficar assim? Para que ficar assim? Depois eu aceito, melhor assim do que nada, mas é uma confusão que dá na cabeça! Aí eu já sei que volta tudo de novo. Pra que ficar assim? Então pra que ficar? Então era melhor não ter ficado! (P8).
>
> Fiquei muito nervosa e medrosa, principalmente, quando anoitece. Me dá vontade de chorar e parece que estou perto da morte, me dá uma depressão. (P5).
>
> Acordo de meia em meia hora e fico pensando que a bolsa estourou. [...] Nem sei o que representa hoje para mim ser uma pessoa estomizada. Às vezes me sinto pequena, privada de tudo. [...] Depois da colocação da bolsa, eu fiquei mais depressiva, mais carente, sei lá. (P7).
>
> Foi brabo até me acostumar não queria ninguém perto de mim, me sentia um inválido, mutilado, sofri muito. (P15).

A falta de motivação pode inibir a aquisição de conhecimentos necessários para a realização do autocuidado, e a situação de dependência pode levar ao afastamento de atividades prazerosas, de lazer e do trabalho. Mesmo que a pessoa tenha consciência das transformações em sua vida e da necessidade de se cuidar, a não aceitação de sua condição pode fazer com que não progrida em seu processo de transição.

> Depois que adoeci ficou tudo mais difícil, pois não tinha condições de fazer as coisas. Desisti das atividades que fazia na igreja, larguei o trabalho, não tinha vontade de nada. Dependia sempre de alguém para

> trocar minha bolsa, para esvaziar e limpar. Tinha consciência, mas não me sentia preparado para reagir. (P4).
>
> Todo mundo diz que é normal. Que tu podes tomar banho de praia! Mas eu fico com medo! Se já descola quando tomo banho de chuveiro! Imagina ficar de molho numa praia! Por isso eu nunca mais tomei. Às vezes eu olho a piscina dá uma vontade de entrar, mas fico pensando : _ Ah vou entrar, vai descolar, vai isso, vai aquilo. Então, desisto. Fico cansada, mas só quem usa esta bolsa sabe como é difícil. Fico desesperada, mas termino pedindo para minha filha fazer tudo. (P8).
>
> Deixei de fazer muita coisa depois da cirurgia como sair para almoçar na casa dos parentes e visitar meus netos. Agora só fico em casa. Quando me convidaram para viajar, eu disse que não ia, pois eu tinha que trocar a bolsa e não me encorajava. (P3).
>
> Eu nem saía de casa com as duas bolsinhas, passava o tempo inteiro socado em casa. Trancava a porta do meu quarto e ali ficava o dia todo. Escondia-me. (P13).

Após a cirurgia de estomização a pessoa pode apresentar, momentaneamente, dificuldades para realizar seu autocuidado por sua situação clínica no pós-operatório, necessitando de auxílio da família e amigos para realizar o autocuidado. No entanto, com o passar do tempo, é preciso que a pessoa com estomia seja incentivada e realize suas ações de cuidado. Quando esta não se motiva a realizar o autocuidado, torna-se condicionada ao cuidado da família e/ou amigos, fato que pode inibir o processo de transição e aquisição de autonomia, gerando um ser dependente e alienado.

> Todo mundo que vem aqui no Serviço de Estomaterapia troca a bolsa. Sou o único que não troca. Porque a minha esposa não ia morrer. Ela fazia tudo e trocava. Agora quem troca são meus filhos. Minha nora trocava. Meus netos trocam. Tenho uma vizinha que quando me aperto troca. No início ficava meio chateado porque é uma coisa chata tem que deitar, baixar a calça, mas eu pedi e ela troca.[...] Para trocar eu já vou no banheiro e lavo e depois eu peço para o meu filho colocar a bolsa. (P4).
>
> Hoje eu sou uma pessoa que não pode fazer nada, sou dependente para tudo! Que precisa da ajuda de todo mundo para fazer as coisas, que não consegue nem tomar banho sozinho. (P16).
>
> Sempre tem que ficar alguém comigo para trocar a bolsa, caso precise. Acho que fiquei mais dependente depois da cirurgia, de vez em quando a ficha cai. Aí me dou conta da minha situação. (P10).

Com a cirurgia de estomização podem surgir complicações como prolapsos, hérnias, dermatites, entre outros, que podem inibir o processo de transição, devido as alterações causadas por estas complicações na imagem, desfigurando o corpo, como pelas dificuldades impostas por estas para a realização do autocuidado.

> Apesar de ter quem troque eu me viro. Eu já tentei trocar, mas não sei. O meu estoma é meio embaixo e agora estou muito magro e não tenho

> barriga. E depois eu fui muito louco. Por que meu filho foi para a praia e pediu para eu cuidar da obra e acabei fazendo um hérnia, descarregando um caminhão de tijolo. Antes nunca tentei. E minha barriga é cheio de hérnia. É horrível. Quem não é forte não vê. Uma delas fiz colocando e tirando a minha esposa de maca, colocando no carro. Mas o médico disse para não mexer. (P4).
>
> Tenho diarreia sempre. Emagreci tanto que nem me olho no espelho. (P9).
>
> Não é fácil ela, além de incomodar, machuca a pele. Fica horrível então evito mexer.(P3).
>
> Uma das coisas que mais me incomoda é quando a pele na volta, fica machucada. Isso me dá coceira e me deixa irritada. Me dá um desgosto de me ver assim! (P5).
>
> Fiquei com 36 kg depois da cirurgia, não podia comer quase nada, tudo me dava vômito. (P7).
>
> Tem dias que nem posso sair de casa de tanta raiva que fico dessa bolsinha que me machuca toda a pele. (P10).
>
> Eu não estou em cima de uma cama, eu caminho, eu saio, mas tem coisas que eu fazia antes que não posso fazer hoje. Por exemplo, no meu caso tenho prolapso. Então, eu não posso fazer coisas normais como se faz em casa. Eu não posso me abaixar para pegar uma coisa do chão. Tenho uma dificuldade enorme de colocar um tênis, uma meia, de amarrar a sandália, entende, não posso me dobrar, meu movimento ficou restrito. Então, como trocar a bolsa com este prolapso? A pessoa que vai trocar tem que olhar ele de frente e encaixar a bolsa direito. (P4).
>
> O estoma ficou reto [risos] não tem aquela saliência. Sempre quando vai trocar tenho muitas dificuldades. A técnica é diferente e exige mais habilidade (P19).

O fato da família e/ou amigos realizarem o cuidado com a bolsa coletora pode mostrar-se como um inibidor do processo de transição para o autocuidado, tornando a pessoa estomizada insegura, dependente, muitas vezes, necessitando realizar uma busca para encontrar alguém que possa realizar o cuidado em seu lugar.

> Às vezes quando chega perto de trocar fico meio preocupado, mas tem uma senhora que troca. Mas troco com ela só quando não tem solução. Tem uma prima minha que é casada com um primo meu que também troca e quando estou na praia ela me quebra o "galho". Mas sempre tem estar em busca de uma pessoa com coragem que troque para mim (P4).

A forma como se enfrenta a estomização e suas mudanças influenciam no processo de transição para o autocuidado. A falta de atitudes positivas que levam a adaptação de sua condição de vida com vista a se autocuidar, como por exemplo, a mudança da imagem a partir da alteração na forma de vestir-se, pode inibir o processo

de transição para o autocuidado, gerando revolta, angústia e descaracterizando a pessoa que sente ter perdido sua identidade.

> Não poder usar uma roupa, não poder botar um biquíni, não poder. nada. Só uma bermuda. Não vou à praia, não vou a nada. Só uso saia. Não posso botar calça porque aperta, não posso botar uma calça de coton como eu usava. Nada disso posso usar porque tudo me aperta, tem que ser saia ou coisa larga. Tudo isso mudou na minha vida. Se tu bota uma calça alta ela fica solta, a bolsa. Eu, para mim usar uma bermuda, eu nunca mais pude colocar uma bermuda sem colocar aquela de lycra por baixo. Então é sempre assim muda a tua vida. Tu não poder colocar uma saia, uma calça. Tu não poder dormir como eu dormia só de calcinha nada por que eu tenho sempre que dormir com uma calça de pijama por que a bolsa fica solta e descola [choro]. Então tudo isso ai é muito difícil porque não é tu aquela pessoa que está ali.(P8).
>
> Eu me achava um inútil, um João ninguém, a bolsinha das fezes aqui, a bolsinha da urina aqui. Agora tu imaginas que roupa fica bem se usas duas bolsas, uma de cada lado e em alturas diferentes (P13).

A pessoa com estomia gostaria de esquecer o estoma e a bolsa coletora. No entanto, a eliminação constante de gases, inflando a bolsa e a deixando evidente, denuncia sua condição de estomizada. Esse fato pode causar inibição e, para evitar a mesma, procuram readequar a alimentação buscando conhecer os alimentos que produzem mais gases, evitando-os. Modificam sua alimentação também na busca por garantir uma melhor consistência das fezes e a diminuição do seu cheiro.

> Mesmo que tu queiras tentar esquecer da bolsa, quando tu menos espera ela enche ou tu vê o volume dela. Aí volta tudo de novo. Não adianta! Procurei uma nutricionista e mudei completamente a minha dieta (P16)
>
> Uma vez a bolsa encheu de gases e estourou na frente de um paciente meu. Fiquei com muita vergonha. Não queria nem trabalhar mais, isso que eu não sou envergonhada! Agora procuro alimentos que diminuam o cheiro das fezes e melhorem sua consistência (P3).
>
> Eu evito comer coisas cruas como tomate, alface. Mas se tiver que comer de vezes em quando eu como. Dá vontade eu como. Só que ai eu tenho que cuidar já não saio de casa, evito sair. Nada impede a gente, acho que tem gente que fica apavorado. (P6).
>
> Se vou sair, já fico algumas horas antes sem comer nada, porque assim não tem perigo da bolsa encher. (P7).

A não aceitação da estomização pode gerar uma visão negativa de si, ao ponto de tentarem afastar as pessoas próximas por preconceitos da própria pessoa com estomia, dificultando o enfrentamento deste período complexo e influenciando no seu cuidado, visto que essa pessoa passa a se sentir só e sem apoio.

> Deixei meu ex-marido por causa da estomização. Foi por minha conta a separação. Eu não me aceito assim e parece que ele também não gostava de me ver com a bolsinha. Sou agora uma pessoa ansiosa e doente. Tenho alguns dias felizes, mas, no geral, sou uma pessoa triste, bem diferente daquela antes da cirurgia. (P16).

> Hoje, me vejo como uma pessoa triste, que era bem interessante e hoje é uma pessoa chata que ninguém quer ter por perto. (P3).

Para algumas pessoas com estomia a bolsa coletora apresenta-se como algo externo ao seu corpo. A bolsa pode representar para a pessoa a evidencia de sua condição de estomizada para si e para a sociedade. Esta visão pode inibir o processo de transição para o autocuidado, à medida que visualizar-se desta forma pode gerar revolta e desmotivação.

> Não me adaptei e nunca vou me adaptar a esta bolsinha. Não consigo me ver com a bolsa. Eu não nasci com ela, então não tenho que ficar com ela. Odeio ser assim. Odeio olhar, tocar, saber que isto existe em mim (P3).

> Revolto-me, não nasci assim. Ela não faz parte de mim.Na hora de trocar e de limpar eu olho para outro lado. Me nego a olhar! (P1).

A pessoa ao se tornar estomizada passa a ser enquadrada legalmente como portadora de deficiência e, diversas vezes, é aposentada por invalidez em virtude do trabalho exercido antes da cirurgia não poder mais ser realizado. Desta forma, a pessoa com estomia pode sofrer um impacto em sua vida financeira, que inibe o processo de autocuidado pela falta de acesso a determinados serviços e bens, além de afetar o sentido de ser produtivo e participativo dentro da sua comunidade e da sociedade.

> Eu trabalhava em casa de família. Depois eu nunca mais trabalhei. Recebo só um benefício. Uma ajuda do governo para quem tem deficiência física. Mas eu gostava de fazer minhas coisas. Mas ninguém quer empregar alguém que mexe com fezes (P11).

> Gostaria de ser aquele que sempre fui: trabalhar, sustentar minha família, garantir o futuro de meu neto, não precisar ficar pedindo favores para os outros, não precisar andar com esta coisa na barriga cheia de cocô. (P18).

> Não tenho dinheiro e nem posso trabalhar. [...] Agora, minha vida depende dos parentes para comer e morar. Trabalhava no serviço pesado, agora não posso mais nem carregar as sacolinhas do supermercado. Sinto-me mal com isso. (P5).

> Eu não tenho mais vida agora. Não sou mais ninguém. Não posso nem trabalhar para sustentar minha família. (P7).

> Na parte profissional eu fiquei completamente prejudicada. Essa foi a maior dificuldade para mim. Não me sinto produtiva como antes. (P4).

> Hoje eu estou encostado. A minha situação financeira ficou meio parada. (P19).

5.4.2 Fatores Inibidores da Transição para o Autocuidado Relacionados à Comunidade

Dentro do processo de autocuidado, o apoio do parceiro mostra-se importante. No entanto, em especial, é comum as mulheres serem abandonadas pelos mesmos, abalando sua estrutura psicossocial para enfrentar as dificuldades de viver com uma estomia. Este fato pode inibir o processo de transição para o autocuidado, tornando a pessoa com estomia frágil e desmotivada.

> [choro] Antes eu vivia bem, depois[...] [choro] [...]então assim, não é como eu quero. Meu marido foi embora [choro] não sei se foi por isso. Acho que porque eu fiz uma cirurgia muito grande. Antes eu vivia muito bem. [choro]. Eu tenho 42 anos [choro] agora meu marido foi embora faz quatro meses por não compreender tudo que está acontecendo. Por não ter a mulher que ele tinha e eu penso: - Como é que vai ser a minha vida agora? Eu nunca mais eu vou ter ninguém! Eu sei que não! Mas mudou muito a minha vida depois de colocar a bolsa. Estou em um momento muito difícil. Só choro e fico o dia todo deitada no escuro, sozinha. É um baque após o outro. (P8).

As atitudes negativas de repúdio ou nojo da comunidade/sociedade, família e/ou dos amigos frente à estomização apresentam-se como uma forma inibidora do processo de aquisição do autocuidado por desmotivar a pessoa com estomia a realizar seu autocuidado, gerando, muitas vezes, medo e vergonha.

> Só tem uma coisa, até hoje a minha filha mais nova e ele [esposo] não ficam quando estou trocando a bolsa. Não gostam de ver. Dizem que têm nojo. Uma vez fomos na minha mãe e tomamos muito chimarrão e aí quando eu estava na parada do ônibus senti que minha bolsinha começou a encher. Então eu disse que precisava esvaziar ali mesmo. E ela ao invés de me ajudar foi para o outro lado da rua. E disse:_ Eu não estou contigo! E eu fui atrás do poste. Aí passou um cara de carro, ficaram me olhando. Fiquei envergonhada. Mas se eu não esvaziasse a bolsinha ia rebentar e eu não tinha outra. Então é assim. Eles têm nojo de mim. (P11).
>
> Você já sentou ao lado de uma pessoa com uma bolsinha? Ficar ouvindo os outros dizerem: tá horrível o odor aqui, será que tem alguém sujo. É horrível, horrível, horrível. A sensação é de explodir de revolta. (P1).
>
> Tinha um cheiro horrível eu me sentia que cheirava, assim, horrível, parece que as pessoas chegavam perto de mim e sentiam um cheiro horroroso e acabavam se afastando. (P4).
>
> Meu marido ele não me deu o apoio, devido à vida sexual ativa que tínhamos. Ele ficava com nojo. (P22).
>
> Minha família meio que me rejeita, dizem que eu sou podre por dentro. Não aceita muito a minha situação (P23).

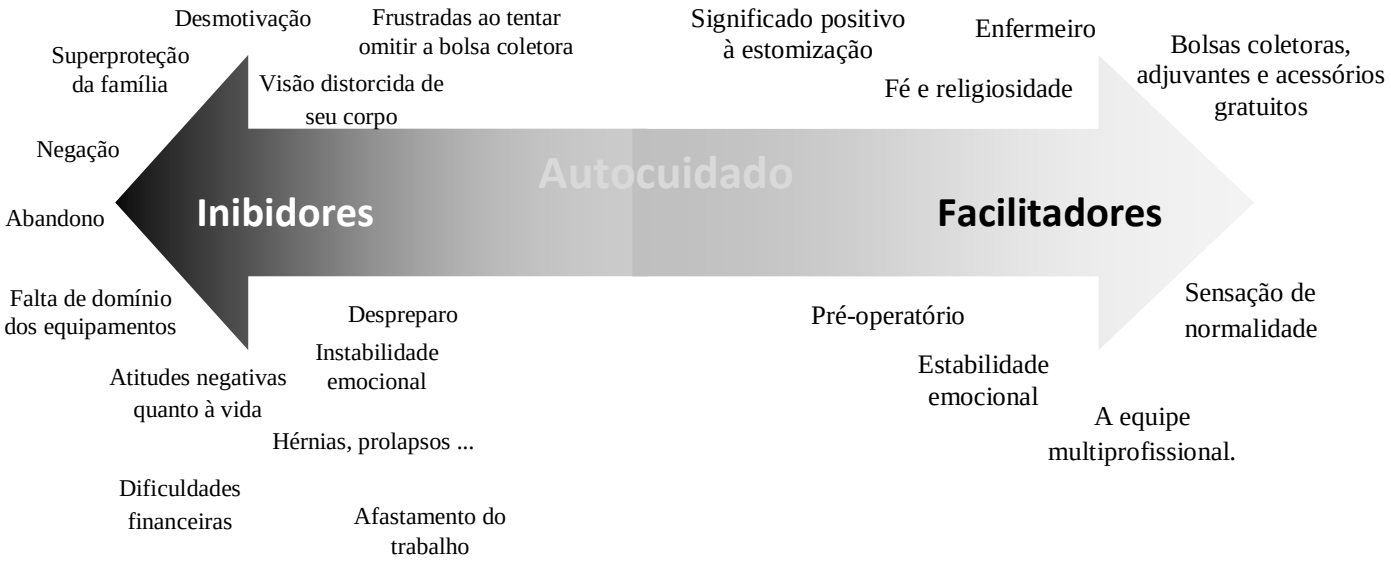
A bolsa coletora e a estomia para muitos é algo estranho e inesperado, podendo causar certa surpresa com atitudes de curiosidade que podem inibir o processo de autocuidado por vergonha de sua nova condição.

> Preconceito não é todos, mas alguns sempre têm. Outros ficam querendo saber se eu realmente estou com a bolsinha e o que ela é. (P19).

Apesar dos equipamentos de cuidado com o estoma serem fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde há um limite em número para cada pessoa com estoma. Desta forma, a pessoa pode conviver com o medo da falta de equipamentos como bolsas coletoras e adjuvantes necessários para seu cuidado, passando, assim, a preferir que outros façam a troca da bolsa coletora com medo de não fazê-lo direito e estragarem o material. Alguns reclamam da qualidade dos materiais fornecidos. A baixa qualidade do material pode resultar em vazamentos, gerando ansiedade e medo na pessoa com estoma. Este fato faz com que evitem atividades normais, além de dificultar o cuidado e gerar complicações como dermatites.

> Antes dava para fazer uma reserva, pois forneciam mais bolsas. Mas a qualidade não é a mesma. Porque uma bolsa desta me dura cinco a sete dias quando era de melhor qualidade. E começa a descolar mais seguido. O difícil foi isso quando eu não trocava tinha que pedir pra outras pessoas, pois tinha medo de errar e ficar sem. (P11).
>
> Antes elas duravam dez dias e não se usava nada de esparadrapo e duravam dez dias e às vezes deixava até vazar. Agora não. Além da quantidade recebida ter diminuído a qualidade também piorou (P4).

Figura 5. Representação esquemática dos fatores condicionantes da transição facilitadores e inibidores do autocuidado.



5.5 PADRÕES DE RESPOSTA: VISUALIZANDO A CONSOLIDAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA O AUTOCUIDADO POR MEIO DE INDICADORES

Os dados mostram diferentes indicadores da consolidação do processo de transição para o autocuidado: indicadores de processo e indicadores de resultado.

5.5.1 Indicadores de processo

À medida que o processo de transição para o autocuidado vai ocorrendo, a maioria das pessoas passa a ser capaz de expressar respostas positivas, demonstrando confiança para realizar as atividades de vida diária, laborais e outras, sentindo-se necessários e produtivos, demonstrando autonomia e confiança.

> A única coisa que eu não pego é peso e não faço faxina! Mas no resto não mudou, crio uma neta. Eu a levo para a escolinha, eu participo das reuniões, eu faço pão. No aniversário dos netos, eu tenho três netos, eu faço salgadinho para eles. Se tiver que fazer bolo eu também faço, eu pego um saquinho de confeitar e enfeito! Eu me viro! Nas eleições anteriores mesmo, trabalhei bastante! Largava ela na escolinha às 13:30h e caminhava o bairro todo panfletando. (P14).

> Antes tu me perguntavas de televisão eu sabia tudo. Eu procurava viver sempre escondido. Hoje eu já procuro compartilhar mais com as pessoas. Vou à praia, só não tiro a camisa lá para não aparecer a bolsinha. (P13).

A aceitação mostra-se um processo simultâneo ao processo de aquisição do autocuidado. Isso é importante para a pessoa com estoma e para a transição de seu autocuidado, visto que quando aceita sua condição possui mais estabilidade para desenvolver suas ações de cuidado.

> A minha maior dificuldade foi em relação a mim mesma. Eu não me aceitava do jeito que eu estava. Não aceitava que tinha acontecido isso justamente comigo. Tive dificuldade em me aceitar; na verdade tenho dificuldades ainda. Mas aos poucos vou conseguindo melhorar e me cuidar. (P3).

A pessoa com estomia mostra-se dentro do processo de transição, quando demonstra confiança na realização do autocuidado, chegando até mesmo a interagir de forma a motivar outras pessoas a aceitar sua condição de vida em busca de um viver melhor.

> Eu não queria voltar a ser aquela de antes da cirurgia. Acho que agora passei a dar valor às coisas e consigo ajudar outras pessoas com o mesmo problema. (P2).

> E aí tem restrições, porque além de eu ter a bolsinha, eu tenho um efeito colateral de um medicamento que me deu uma dormência, um

> formigamento nas pernas, isso me impossibilita de fazer muitas coisas. Esse é um problema que está começando a me incomodar, não por causa da estética, mas por causa da estomia, das dobras. Estou tentando me adequar a alguma coisa que me ajude. Hoje faço os cuidados, mas há um caminho ainda pela frente (P4).

A visão positiva de sua vida após a aquisição do autocuidado mostra que a pessoa com estomia atingiu um viver saudável e autônomo.

> Consigo levar uma vida normal. Nem imaginava que iria me sentir assim de novo. Para mim é uma vitória poder estar falando contigo agora, sem medo ou vergonha. Hoje posso dizer que tenho uma saúde normal. (P3).

A forma como a pessoa com uma estomia interage com seu cuidado, mesmo que por vezes atue um famíliar cuidador, mostra uma relação saudável com seu corpo e sua vida.

> Olha, eu para trocar a bolsinha virei preguiçoso porque quando estou em casa quem troca é minha esposa. Mas troco quando ela está trabalhando; até troco sem problema nenhum. Hoje consigo viver bem com o meu corpo e a minha nova vida. (P1).

5.5.2 Indicadores de Resultado

Quando a transição para o autocuidado consolida-se e encontra-se em estado final, a pessoa com estomia a expressar atitudes que mostram o domínio de novas competências de cuidado e a reformulação da identidade, podendo reconhecer a estomia e suas necessidades como algo normal e parte do seu ser.

> Até agora, no hospital que estive internada por causa de um cálculo renal, eu pedi uma bacia, umas luvas e disse: pode deixar comigo que eu estou acostumada. Não tem necessidade de ninguém fazer isso por mim! Eu sou assim! Então para mim é normal! É parte de mim! Eu sei como é que é. Graças a Deus não tive problemas. Eu já estava trabalhando mentalmente a aceitação. Hoje me sinto muito bem! Estou me adaptando bem de qualquer forma. Sem dúvida. Estou superintegrada. (P6).

O conhecimento do seu corpo e o desenvolvimento do *coping* possibilitam o planejamento das atividades de cuidado e permitem que a pessoa com estomia sinta-se mais segura para ser autônoma, realizando o autocuidado de forma plena.

> Hoje sei como eu tenho que me cuidar. De três em três dias eu mudo a bolsa![riso] Uma coisa que tenho, de três em três dias eu sei que tenho que mudar, que já faz parte de mim! E às vezes até me esqueço que uso [a bolsa].(P12).

> Eu nem me lembro da bolsa. Vou para a praia. Sei os dias que tenho que trocar para não chegar a vazar. No início não sabia como ia fazer para dormir, pois tenho uma urostomia e tinha que usar a bolsa de perna que é só um litro e não dava para passar a noite, que acordava todo molhado! Depois eu fui estudando e depois adaptei um garrafão de dois litros. Nas primeiras noites que eu coloquei aquela mangueira no meio das pernas às vezes me virava e me enredava nela, e quando eu via estava todo urinado. Agora estou tão acostumado que me viro só meia volta. Quando eu bebo um pouquinho a mais eu chego a dois litros, mas normalmente é um litro e meio. Além disso, minhas camas são forradas para não molhar o colchão. Se não molha o colchão, os lençóis, tudo. Eu tenho a minha caixa que carrego minhas bolsas e os meus medicamentos. Fiz um calendário e colei na tampa aí eu programo o dia de trocar. (P4).
>
> Se tiver que chegar em qualquer banheiro e trocar sozinha eu troco. Não preciso nem do espelho mais. Que antes eu olhava no espelho. Agora eu só olho assim, cálculo e colo sozinha.(P14).
>
> Aplicava a medicação como me explicavam. Sabia que onde colocava não iria colar a bolsa, mas ia recuperando, recuperando e hoje não tenho nada. Aprendi a conhecer meu corpo e me cuidar. Eu fazia atividade física em especial abdominal por causa da barriga, mas agora é uma coisa que eu não posso fazer. Mas continuo fazendo outros exercícios, mas em casa! Não faço em academia. Só as abdominais que não faço por causa da bolsa. E se, por exemplo, eu me esticar muito para cima então, assim, se eu for fazer uma limpeza em casa eu já faço no sábado a limpeza, porque se descolar é o dia de trocar. Algumas limitações tem que ter. É obrigado a ter. Mas se cuidar a gente vai acomodando as coisas e dá certo. (P6).
>
> Para dormir me atrapalhava antes de saber fazer umas adaptações que era difícil. Mas agora durmo bem. Coloco a mangueira no meio das pernas. Viro para um lado, viro para o outro. No trabalho só não pude mais fazer força. Mas o médico me recomendou por causa das hérnias e tudo mais. Não lavo forro e parede também. Mas o resto faço. Faço comida, lavo roupa, coloco roupa na máquina, coloco na corda, dobro e guardo. Faço salgadinho nos aniversários. (P11).
>
> Na minha casa já se tornou natural ter uma bolsinha de estomia. É a bolsinha, a molinha, a pouchetizinha (risos) já se tornaram uma coisa natural. (P4).
>
> Vou direto a churrascos, festas, mas isso só depois que eu tirei a bolsinha das fezes. Até, hoje, de bicicleta eu ando. Depois que eu tirei a bolsa das fezes e fiquei só com a bolsa da urina, virei gente. Eu me sentia constrangido com aquela bolsa das fezes. Não me incomoda em nada, a única coisa que não posso fazer agora é força. (P13).
>
> A única coisa que não faço é carregar peso em excesso porque o resto faço tudo normal. (P17).

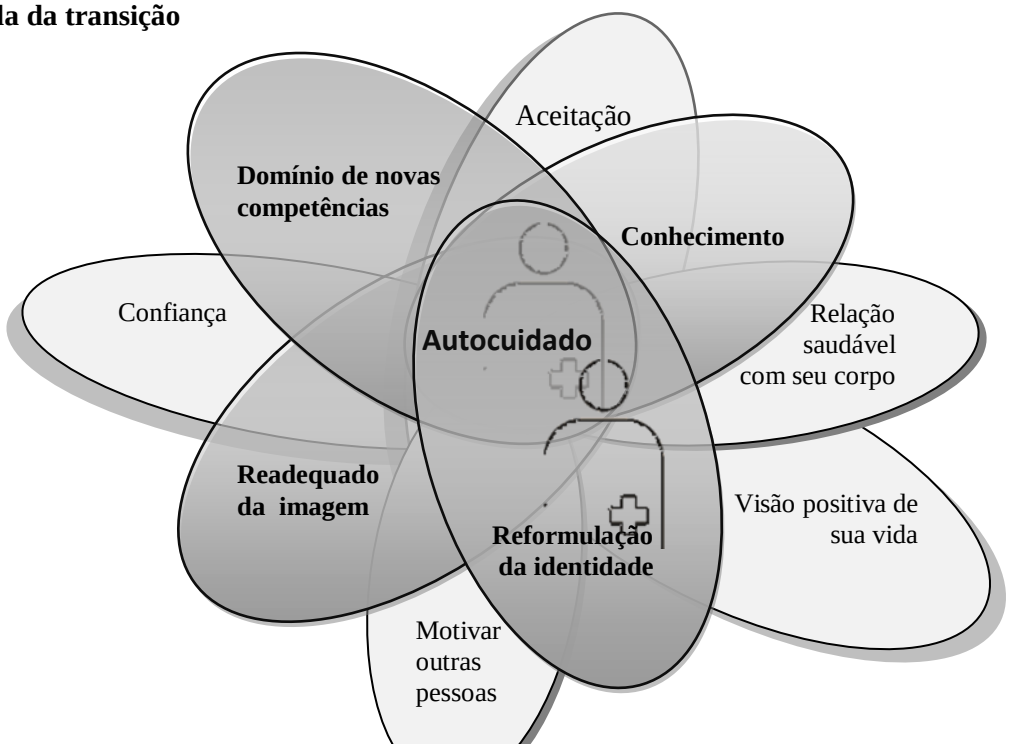
A imagem que se exterioriza ao mundo acaba expressando a sexualidade, crenças, valores e outros, sendo readequada à medida que a pessoa reformula-se como ser estomizado.

> Calça jeans não posso usar. Eu botei a calça por cima do coletor, mas apertou e vazou. A calça que eu tenho que usar é embaixo da bolsa. E as blusas são mais compridinhas. (P13).
>
> Não posso mais usar roupas de brim tem que ser roupas soltinhas, eu adorava usar calças de brim com lycra, mas não pude usar mais. Hoje uso calças mais soltinhas e combino com blusas mais soltas e convivo bem com isso. (P17).

Ao alcançarem o autocuidado demonstram uma reformulação da identidade e bem-estar, provando que o processo de transição chegou ao fim. No entanto, em virtude da complexidade dos processos, outras transições perderam de dar entrada, estar em passagem ou ter atingido a saída.

> Hoje eu sei o que posso e o que não posso fazer. Sei que agora é uma fase nova é uma vida nova, uma vida diferente. Mas uma vida melhor. E não quero mais ser a pessoa de antes da cirurgia. Hoje a minha vida é uma maravilha, voltei a trabalhar e consegui passar num concurso aqui na prefeitura. (P2).
>
> Sinto-me mais atraente, hoje, depois da cirurgia, mesmo com a bolsinha. Adaptei-me tão bem que ela não atrapalha em nada. (P18).
>
> Não gostaria de ser outra pessoa, nem a de antes. A bolsa me incomoda hoje em dia muito pouco. Se eu me imaginar sem roupa a bolsa tá presente, com certeza. Eu sei que ela não vai mais sair daqui né? Então, se tornou parte de mim. Agora sou uma pessoa saudável, tive um período de dependência, mas depois consegui me adaptar e levar uma vida normal. (P7).
>
> Não posso querer ser outra pessoa. Estou bem assim. Foi isso que Deus quis, é assim que eu devo ficar até o dia de minha morte. (P10).
>
> Eu enxergo como eu era e com um acessório a mais. (P4).
>
> Eu aceitei bem. Sempre disse, eu continuo sendo a mesma mulher (risos). (P17).

Figura 6. Indicadores de processo e de resultado que demonstram a progressão para a saída da transição



6 DISCUSSÃO DOS DADOS

A vivência do câncer e da estomização mostram-se como transformadores da vida da pessoa. Para compreender a transição e desenvolver intervenções de enfermagem contextualizadas há a necessidade de que sejam visualizados os fatores sociodemográficos e clínicos como sexo, idade, nível de instrução, motivo e tempo de estomização, além da profissão.

Dos 27 participantes deste estudo, quanto ao sexo, em sua maioria eram homens (16). Observa-se semelhança com outro estudo no qual buscou-se identificar os fatores condicionantes para o autocuidado em pessoas com estomias. Este, também, verificou que tais pessoas atendidas no serviço eram na maioria homens com idade superior a 51 anos, com ensino fundamental completo, procedente da capital, casados e de baixa renda (MENEZES; GUEDES; OLIVEIRA; OLIVEIRA; MENESES, CASTRO, 2013). A faixa etária concentrou-se entre 50 anos ou mais, sendo essa um fator importante no momento em que se pensa na aquisição de autonomia, visto que a etapa e transição do ciclo vital, infância, adolescência, a vida adulta e a idosa influenciam o tipo de orientação e ação de cuidado a ser ofertada a pessoa com estomia a partir de sua capacidade cognitiva e motora.

O sexo da pessoa influencia na medida em que homens e mulheres podem responder e ter necessidades distintas a partir da estomização. Estudos mostram que a mulher, ao viver com uma estomia, pode enfrentar dificuldades de adaptação e reabilitação que intervêm nas relações sociais, na imagem corporal e na autoestima, além da atividade sexual (KIMURA; KAMADA; GUILHEM; FORTES,2013; GOMES; BITENCOURT; MADRUGA; CASTRO; GOMES, 2012).

Já o homem com estomia foca sua atenção na doença e em seu sofrimento pela vivência, principalmente, do câncer, além das dificuldades de lidar com os padrões hegemônicos de masculinidade e sua nova identidade pela situação em que se encontra (DÁZIO; SONOBE; ZAGO, 2009). Eles valorizam os prejuízos sexuais e os aspectos físicos como fatores de qualidade de vida (PEREIRA, CESARINO, MARTINS, PINTO, NETINHO, 2012).

O estudo evidenciou que a principal causa da estomização é o câncer colorretal. Este é a quarta causa mais frequentemente diagnosticada no mundo, estando na frente do câncer de mama e do câncer de colo e útero, correspondendo a 608.000 mortes ao ano no mundo (WHO, 2013). Nos homens, o câncer colorretal é o terceiro mais comum

com 663.000, e a segunda causa em mulheres com 570 mil casos em todo o mundo (FERLAY; SHIN, BRAY; FORMAN; MATHERS; PARKIN, 2010).

Anualmente eleva-se o ônus global do câncer, sobretudo pelo envelhecimento e crescimento da população mundial, além de uma crescente adoção de comportamentos que causam câncer em especial nos países em desenvolvimento econômico (JEMAL; BRAY; CENTER; FERLAY; WARD; FORMAN, 2011). Assim, as projeções sobre como cuidar dessa população precisam ser discutidas entre gestão e profissionais da saúde que mantêm um contato próximo às pessoas com câncer, visualizando as necessidades destes, bem como identificando os fatores que levaram a desenvolver o câncer, vislumbrando a redução de sua incidência globalmente.

Os participantes do estudo possuíam estomias definitivas, em sua maioria colostomizados, com tempo de estomização entre dois meses e 11 anos, mostrando que a estomização, como parte do tratamento do câncer, prolonga a vida da pessoa, sendo imprescindível intervir junto às pessoas quanto ao exercício do autocuidado focado em um viver saudável e com qualidade.

Estudo, que objetivou caracterizar as pessoas com estomias residentes no município de Ponta Grossa, Minas Gerais, assemelha-se ao tipo de estomia e motivo da estomização. No presente estudo constatou-se que essas pessoas eram, em sua maioria, colostomizadas por câncer de reto. Observam-se semelhanças também quanto ao tempo de permanência com a estomia, mostrando que em uma amostra de 12 pessoas metade era estomizada há menos de um ano e outra parte há mais de 16 anos, mas a maioria era estomizada há dois anos ou mais (FERNANDES, MIGUIR, DONOSO, 2010).

Quanto ao grau de instrução dos participantes predominou o ensino fundamental completo (11). Este dado aproxima-se ao encontrado em um estudo que objetivou identificar fatores sociodemográficos e clínicos de pessoas com estomias definitivas, onde o grau de instrução variou do analfabetismo ao ensino fundamental completo, sendo mais prevalente o último. Esse dado reflete não o fato do serviço de atendimento ser público, onde se coletou os dados, mas o nível de instrução do país (PEREIRA; CESARINO; MARTINS; PINTO; NETINHO, 2012). Este fator pode repercutir de forma significativa, refletindo na maneira como a pessoa com estomia compreende as orientações e esclarecimentos sobre sua doença e tratamento, interferindo no processo de autocuidado e no processo educativo a ser desenvolvido (MENEZES; GUEDES; OLIVEIRA; OLIVEIRA; MENESES; CASTRO, 2013).

A maioria das pessoas com estomias, na pesquisa, são aposentados (13), seguido de desempregados (12) e dois serviços gerais. Observa-se que quatro participantes perderam seus empregos em vista do adoecimento que precedeu a cirurgia, e dois em virtude do tipo de trabalho que não poderia ser realizado devido ao risco de complicações como hérnias e prolapsos. Estes passaram a receber subsídios do governo para manter suas despesas, no entanto, o valor fornecido nem sempre representa o necessário ou equipara-se ao recebido anteriormente, enquanto trabalhava de fato, o que pode repercutir na sua saúde financeira.

Parte significativa das pessoas com estomia tornam-se aposentadas, muitas vezes, por vontade própria, e os que desejam continuar trabalhando têm dificuldade de reinserir-se no mercado formal de trabalho (LENZA; SONOBE; ZAGO; BUETTO, 2013), isso acontece tanto devido à estomização e ao uso da bolsa coletora como por causa do nível de escolaridade.

A transição surge a partir de uma mudança na vida da pessoa, acarretando transformações obrigatoriamente positivas na vida da pessoa, à medida que se cresce como ser humano a cada acontecimento da vida (MELEIS, 2000). Assim, a transição das pessoas com estomia, da dependência à aquisição de autonomia, tem sua natureza nas questões de saúde/doença, ou seja, das modificações de uma condição saudável para a doença.

Essas pessoas, a partir da experiência do câncer e da estomização, poderão, além da saúde/doença, vivenciar alterações no ciclo vital (desenvolvimental), modificações de papéis (situacional) e mudanças no meio social, político e/ou econômico (organizacional), quase simultâneas. No entanto, a natureza da transição desta pesquisa tem sua gênese na saúde/doença, devido esta desencadear as demais etapas do processo.

Por tratar-se de pessoas com estomias, a transição é classificada como do tipo saúde/doença, visto que se observa o início do processo de dependência com os sintomas do câncer e suas necessidades de tratamento, entre eles a estomização. Visualiza-se que a pessoa torna-se mais vulnerável e sensível, passando a tomar consciência da estomização, buscando formas de superar a doença e conviver de forma autônoma com a estomia.

Todos os participantes desta pesquisa submeteram-se a estomização devido a câncer do aparelho genitourinário ou intestinal. Observa-se que a experiência do câncer inicia-se com a confirmação do diagnóstico e acompanha a pessoa para o resto da vida (CARDOSO; MUNIZ; GUIMARÃES; VIEGAS; PINTO; LAROQUE, 2012). Assim, a

forma como essa etapa é vivenciada influenciará, positiva ou negativamente, as outras que seguirão. Segundo a teoria de Meleis, a entrada no processo de transição, muitas vezes, é descrita como uma fase marcada por incertezas e temores (CHICK; MELEIS, 1986). O prognóstico da doença e as possíveis alterações em sua vida após a cirurgia, além das dificuldades do controle de sintomas físicos, como dor, inapetência e limitações, prejudicam a qualidade de vida e a autonomia da pessoa com estomia (CARDOSO; MUNIZ; GUIMARÃES; VIEGAS; PINTO; LAROQUE, 2012).

Desde o diagnóstico até o tratamento, superar o câncer apresenta-se como um desafio para a pessoa que o vivencia. A saúde e o cuidado tornam-se temas interligados, conforme descritos a partir de experiências com o diagnóstico e tratamento, além das situações iniciais com a estomia. A consciência da estomização e dos pontos positivos ou negativos para o exercício do cuidado advém da experiência da necessidade de cuidados que incluem o acesso ao atendimento de saúde qualificado (SUN, et al, 2014).

Muitas vezes, a pessoa torna-se estomizada de forma inesperada e sem a compreensão do que mudou em sua vida e das necessidades de cuidado que advém da cirurgia. Esse fato pode dificultar o retorno à autonomia, gerando sentimentos de revolta e angústia e atitudes negativas, podendo reter a pessoa na entrada do processo de transição, impedindo-a de progredir para as outras etapas do processo de aquisição de autocuidado, mantendo-a em um estado prolongado de dependência.

Dependência não significa um estado permanente, mas um processo dinâmico, no qual a evolução da situação vivenciada pode modificar-se, ser prevenida e/ou reduzida (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011). O estado de dependência de cuidado, no entanto, pode trazer problemas com implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e financeiras tanto à pessoa dependente como à pessoa que a cuida (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Os cuidados com as estomias exigem o uso e manuseio de diversos materiais e equipamentos. Conviver com a dependência/necessidade de uma tecnologia de cuidado não é uma condição fácil. Há a necessidade de incorporar novos saberes e práticas desconhecidas em seu cotidiano (GERALDI; ARUTO; HONORATO; SOUZA; ANDERS, 2012). No entanto, a necessidade de um equipamento como tecnologia de cuidado não representa a dependência de outras pessoas para a sua manutenção. No entanto, dificuldades de realizar atividades e de adaptar-se a elas pode gerar a dependência da pessoa com estomia de outras pessoas (MOTA; GOMES, 2013).

Verificou-se que a dependência de cuidado nessas pessoas pode surgir devido ao impacto de viver com a estomia ou até mesmo pela falta de apoio para enfrentar esta experiência. No entanto, quando a pessoa recebe o auxílio contextualizado, sendo incentivada a aprender a se cuidar é possível tornar-se autônoma (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011). Dessa maneira, ao manter a pessoa ativa dentro de suas limitações, possibilita-se que esta perceba ser capaz de adquirir novas habilidades e competências de cuidado e que a dependência seja diminuída (CARDOSO; MUNIZ; GUIMARÃES; VIEGAS; PINTO; LAROQUE, 2012).

Observa-se que os estudos que abordam a dependência de cuidado, em sua maioria, trazem a questão do idoso (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011; ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2012). Neste estudo observou-se que parte significativa dos participantes tinham idades próximas aos 60 anos ou mais. Fato que precisa ser levado em consideração ao objetivar-se a autonomia da pessoa, visto que o processo natural de envelhecimento, fase em que há redução das habilidades motoras e maior dificuldade de realização das atividades da vida diária, interferem diretamente na transição.

Com o aumento da idade, mudanças fisiológicas surgem e podem afetar negativamente a gestão da estomia. Entre elas estão o déficit cognitivo, alterações músculo-esqueléticas, déficits sensoriais, digestivas e metabólicas, alterações urogenitais, alterações na pele, e modificações nas habilidades funcionais. Essas podem resultar em dependência e dificuldades de realizar o autocuidado (SKEPS et al, 2013).

Para que se dê entrada ao processo de transição, há a necessidade de que a pessoa com estomia tome consciência do câncer, da estomização e das mudanças que procedem dessas. Segundo a Teoria das Transições, a consciencialização refere-se à identificação e compreensão das transformações, sendo essencial para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem na transição (CHICK E MELEIS, 1986).

A consciência das transformações pode ser desencadeada pelos profissionais ao orientarem sobre as mudanças decorrentes da experiência de viver com uma estomia e/ou no cotidiano da própria pessoa ao vivenciar a estomia gradativamente. Durante um período a pessoa com estomia reflete sobre sua vida, seu futuro, seus anseios, sua vida profissional e conjugal, surgindo dúvidas e medos. Pode sentir-se confusa e, até mesmo, visualizar as mudanças pela estomização de forma negativa (VIEIRA; RIBEIRO; GATTI; SIMEÃO; CONTI; VITTA, 2013). No entanto, à medida que ela se

conscientiza das modificações, surge a possibilidade de mobilizar forças para sair da dependência e direcionar-se à autonomia.

A pessoa com estomia, ao tomar consciência do processo pelo qual está passando, pode gerar um força positiva interna que motiva, mobiliza e direciona sua vontade no sentido de conviver com a estomia, fazendo com que se dedique e envolva-se com o processo de transição, sendo essa força o empenhamento. Segundo Meleis et al (2000), o empenhamento é o que possibilita o indivíduo a desenvolver estratégias adaptativas. Assim, a pessoa com estomia demonstra seu empenho ao procurar desenvolver competências e habilidades, sobrepujando as dificuldades, progredindo em seu processo de transição, nesse momento de passagem ocorrem a aquisição e a transformação do conhecimento.

Inicialmente, podem surgir dificuldades para o autocuidado devido às modificações drásticas de sua vida. No entanto, após algum tempo da melhora de sua condição física pode sentir-se capaz de aprender o autocuidado (MORAES; SOUSA; CARMO; 2012), à medida que adquire o conhecimento necessário para tornar-se segura neste fazer (MOTA, GOMES, 2013).

De acordo com a Teoria da Transição, há transformações no viver que não tem sua origem nesse processo (MELEIS et al., 2000). Assim, nem toda a mudança que interfere no autocuidado tem relação com a cirurgia de estomização ou com a bolsa coletora. Algumas questões são anteriores à estomização ou, até mesmo, processos naturais do ser humano que podem levar a dificuldades para a realização do autocuidado como, por exemplo, o envelhecimento.

As modificações que surgem na vida influenciam a percepção da pessoa com relação a tudo. Desta maneira, a diferença, segundo a teoria, remete a forma como a pessoa enxerga a si, os outros e o mundo a sua volta (MELEIS et al., 2000). Dentro das modificações de percepção quanto à estomia, comumente se observam verbalizações quanto ao corpo e sua funcionalidade, podendo surgir tanto visões positivas como negativas de si em relação ao mundo.

Verifica-se que a estomização transforma o corpo e ao fazê-lo modifica-se a percepção de si próprio, sua relação com a estomia e com os outros, levando, geralmente, a uma visão negativa de si. A mudança em sua imagem corporal pode gerar medo do estigma de ser estomizado (PITTMAN; KOZELL; GRAY, 2009). Tal percepção pode levar a uma sensação de ser diferente do resto da sociedade (SALES,

VIOLIN, WAIDMAN, MARCON, SILVA, 2010) e, por isso, uma sensação de anormalidade que pode acarretar em isolamento (MOTA; GOMES, 2013).

Diversas são as mudanças que surgem e que influenciam o processo de transição à aquisição do autocuidado. Vê-se, então, que há uma propriedade essencial para a pessoa com estomia, mobilizar-se para o autocuidado: o espaço temporal. Esse é variável, dinâmico e até mesmo indeterminado (MELEIS et al., 2000).

A transição é um processo independente e individual em que cada pessoa avança e retrocede fases, conforme suas experiências, repercussões e respostas às modificações, sendo o tempo importante não apenas por compreender o início e o fim da transformação, mas o período necessário para que se desenvolvam habilidades para o autocuidado. O tempo possibilita que cada pessoa vá se ajustando a sua nova forma de viver e a melhor compreensão do que ocorreu ou está acontecendo, permitindo a adaptação.

Muitas são as mudanças e as dificuldades que surgem com a estomização. No entanto, o tempo faz com que essas dificuldades sejam superadas. O tempo de adaptação pode ocorrer de forma lenta e ser influenciada por experiências vividas (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013), possibilitando a reorganização de conflitos internos, elaborando seus lutos e repensando conceitos (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010). A pessoa, ao longo do tempo, organiza sua vida em um novo contexto, de forma individual, envolvendo uma série de aspectos quanto ao cuidado com a estomia (NASCIMENTO, TRINDADE, LUZ, SANTIAGO, 2011).

Diferentes momentos, durante o processo de transição ao autocuidado, fazem com que a pessoa com estomia apresente-se fragilizada, pois ao longo do seu processo de transição vivencia diversos acontecimentos e pontos críticos (MELEIS et al., 2000). Observa-se que ela se torna vulnerável ao não receber orientações adequadas acerca da estomização, podendo sentir-se confusa acerca disso, experimentando insegurança, medo, vergonha e incerteza quanto ao futuro.

Existir com uma estomia não é algo fácil, constantemente surgem incertezas e sentimentos que envolvem sua perspectiva de vida e sensação de instabilidade associada a dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (SALES, VIOLIN, WAIDMAN, MARCON, SILVA, 2010).

A Natureza da transição, com suas propriedades, define como a pessoa dá entrada no processo de transição, neste caso, da dependência à aquisição do

autocuidado. A progressão da entrada para a passagem e finalmente a saída do processo é influenciada pelo Condicionalismo da transição. Este é dividido entre os fatores facilitadores e inibidores de processo relacionados com a pessoa, a comunidade e a sociedade (MELEIS *et al*., 2000). Conhecer esses fatores pode ajudar o enfermeiro a estimular a pessoa no sentido do bem-estar, propiciando que essa passe por uma transição menos difícil (SCHUMACHER E MELEIS, 1994).

Entre os fatores condicionantes facilitadores relacionados à pessoa, observa-se que ao atribuir significado positivo a estomização gera-se a possibilidade de seguir vivendo, estimulando-a ao autocuido. Uma boa relação com a experiência da estomização permite que a pessoa sinta-se tranquila e confortável para aprender e lidar melhor com a estomização e suas demandas de cuidado atingindo a autonomia física, psicológica e emocional.

Alguns visualizam e significam a estomia a partir das mudanças que esta ocasiona na sua forma de viver (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). No entanto, a cirurgia de estomização apresenta-se como um momento marcante na vida das pessoas as quais, por vontade de seguir vivendo, procuram adaptar-se sem problemas a nova condição para dar continuidade a sua vida (MOTA; GOMES, 2013).

Para uma significação positiva da estomização, que motive o autocuidado, faz-se necessário preparar a pessoa para a vivência desta experiência. Assim, as orientações precoces, desde o pré-operatório, são importantes para a realização de esclarecimentos sobre a estomia e as modificações no viver, preparando a pessoa para a experiência cirúrgica. A preparação reduz o impacto, permitindo um enfrentamento e o desenvolvimento de estratégias adaptativas que auxiliam a pessoa em seu autocuidado.

Receber as orientações precocemente, em especial durante a internação, relacionado com o cuidado com o estoma e a vida com esse, é importante a partir do momento que se vislumbra a autonomia da pessoa. No período que antecede a cirurgia, o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, precisa estar preparado para orientar a pessoa quanto ao procedimento cirúrgico, as possíveis complicações, além de propiciar-lhe apoio emocional (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010; LENZA; SONOBE; BUETTO; SANTOS; LIMA, 2013), tornando esse processo menos traumático. Observam-se, ainda, que as dimensões físicas e psicológicas podem ser afetadas negativamente pelo não recebimento de orientações adequadas no pré-operatório, dificultando o enfrentamento do pós-operatório imediato (PEREIRA, CESARINO, MARTINS, PINTO, NETINHO, 2012).

Com o conhecimento do diagnóstico e da necessidade do estoma com a cirurgia, a pessoa pode vivenciar sentimentos de desorganização emocional (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010). Além disso, a instabilidade surge devido à mudança radical no estilo de vida, trazendo prejuízos fisiológicos e psicológicos por problemas relacionados com o estoma. (KWIATT; KAWATA, 2013). No entanto, a pessoa com estomia deve ser auxiliada a manter-se estável psicológica e emocionalmente para que tenha condições de direcionar seus esforços na aquisição de autocuidado.

A religiosidade emerge de forma significativa, como forma de encontrar respostas às dúvidas e aos anseios, além de trazer conforto (SANTANA et al, 2010;VIEIRA; RIBEIRO et al, 2013). A fé religiosa conecta-se com algo superior e sobrenatural podendo aliviar o sofrimento, ao permitir mudanças nas representações subjetivas da doença e da situação em que se encontra, refletindo no significado da vida, no modo como foi vivida e sua finitude (SOUSA; BRITO; BRANCO, 2012). Dessa forma, facilita-se o processo de transição ao confortar a pessoa, permitindo que suas forças direcionem-se à saúde e à autonomia.

A imagem do corpo físico conecta-se à beleza e à força, sendo que a sociedade pode excluir e rejeitar os que não corresponderem ao padrão estabelecido por ela (CASSERO; AGUIAR, 2009). Embora inicialmente esconder a estomização possa parecer negativo, ao desenvolver formas de deixar a estomia inaparente e ao conseguir atingir esse objetivo, a pessoa pode sentir-se mais segura e próxima à imagem anterior a cirurgia, possibilitando que se tenha o tempo necessário para aprender e realizar o autocuidado.

A pessoa se projeta no meio social, na expressão das emoções e dos seus papéis sociais por meio da imagem corporal modificada pela estomização. Deste modo, retomar a normalidade é um objetivo ansiado para conseguir senso de controle sobre as normas sociais (DÁZIO; SONOBE; ZAGO, 2009). Para isso é necessário o aprendizado constante do viver cotidiano, permitindo o desenvolvimento da habilidade do autocuidado, imprescindível para a reabilitação (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010). Assim, a mudança da roupa aparece como uma medida comum no momento de esconder a bolsa coletora (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013; MOTA; GOMES, 2013). Esta mudança, apesar de poder descaracterizar a pessoa, cria um novo estilo mais adaptado à realidade atual (GOMES; BITENCOURT; PIZARRO; MADRUGA; CASTRO; GOMES, 2012).

O processo de transição para o autocuidado não é influenciado apenas pelos fatores facilitadores relacionados à pessoa, mas também à comunidade. Assim, como seres sociais, as relações entre pessoa e comunidade podem promover o avanço nas fases da transição à medida que auxiliam a pessoa a fortalecer-se para se autocuidar.

Observam-se como fatores facilitadores relacionados à comunidade o fornecimento de equipamentos para o autocuidado como as bolsas coletoras e adjuvantes de forma gratuita pela Secretaria de Saúde, além de acesso a um espaço de referência em cuidados especializados como o Serviço de Estomaterapia com consultas de enfermagem e demais profissionais. Esses facilitam a transição à medida que evitam a pessoa com estomia de realizar um itinerário terapêutico na busca de cuidado.

A obtenção de equipamentos para o cuidado com o estoma em países desenvolvidos ocorre, em parte ou totalmente, por meio de sistemas de saúde do Estado ou de seguros de saúde, podendo a pessoa com estomia escolher entre diversos tipos a bolsa coletora que se adapte melhor a suas necessidades. Em contraponto, os países em desenvolvimento normalmente encontram mais dificuldades para adquirir os equipamentos, pois os mesmos são fabricados por empresas internacionais e importados, com alto custo no mercado. Assim, o desafio para os que não têm acesso a estes materiais por vias do governo é grande. Muitas vezes, estes são incapazes de comprar esses materiais sem o custeio público (BUCKLEY; GONZALEZ; RAZON-GONZALEZ; LOPEZ, 2012).

No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garante à pessoa com estomia atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar, prestar assistência especializada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estomia e pele, à periestomal, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Receber o material para o cuidado não significa que a pessoa com estomia vá facilmente adaptar-se-á a ele, nem que o mesmo terá a durabilidade esperada. A existência de produtos que sejam de boa qualidade, trazendo segurança, conforto e discrição são de suma importância para a pessoa com estomia.(WILLIANS, 2008). A relação entre autocuidado e o desenvolvimento de habilidades de cuidado é direta, sendo que para isso são necessários equipamentos de qualidade que facilitem esse

processo, ou seja, que não causem vazamento ou dermatites de contato ou umidade. O fornecimento de materiais é garantido pelos serviços de saúde, entre eles estão a bolsa coletora, barreiras de proteção a pele e outros que favorecem o autocuidado (BRASIL, 2009)

Desta forma, o atendimento da pessoa com estomia não se limita à distribuição dos equipamentos de cuidado, mas busca contemplar toda a complexidade do ser humano, contando, assim, com uma equipe interdisciplinar. Esta possui grande importância na reabilitação da pessoa ao fornecer um suporte que engloba todas as reais necessidades do usuário do programa (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010). Com o auxílio dessa equipe a pessoa atinge a autonomia ao utilizar oficinas educativas e grupos de troca de experiência (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2010), sendo primordial para atingir o autocuidado (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011). Além disto, o atendimento interdisciplinar é previsto por meio da Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009, que estabelece a composição básica dos serviços de estomaterapia de duas classes: a classe I com enfermeiro, médico clínico e assistente social, ou classe II com enfermeiro, médico generalista ou especialista na área cirúrgica, assistente social, nutricionista e psicólogo (BRASIL, 2009).

Independente da classe do serviço, o enfermeiro compõe a equipe que atende a pessoa com estomia, objetivando sua saúde por meio do autocuidado. Dentro do contexto da aquisição do autocuidado, o enfermeiro emerge como agente transformador da saúde ao atuar como educador de pessoas com estomias e suas famílias, utilizando tecnologias educativas que ajudam a facilitar a compreensão do conhecimento, tornando o processo de aprendizagem mais simples e exequível (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

Assim, os Enfermeiros são elementos essenciais no processo de reabilitação das pessoas com estomias, pois se fazem presentes no início do diagnóstico, ao participar da decisão da realização da cirurgia de estomização ainda em ambiente ambulatorial ou hospitalar, no pré-operatório, na hospitalização, na alta e no pós-operatório tardio, seja nos Serviços de Estomaterapia, postos de saúde e equipes de saúde da família (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

Esse profissional, ao valer-se da educação em saúde como instrumento facilitador da assistência de enfermagem, realiza orientações que objetivam a promoção da saúde da pessoa e sua família (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO,

2011). O enfermeiro que atua nos Serviços de Estomaterapia, comumente, é generalista. No entanto, ao se especializar, tornando-se um estomaterapeuta, torna-se um profissional com conhecimento, competências e habilidade para o cuidado com qualquer tipo de ferida aguda ou crônica, bem como para o manejo das estomias, devendo garantir e melhorar o nível de saúde individual e coletiva dessas pessoas, embasando-se em um trabalho especializado (SELLMER; CARVALHO; CARVALHO; MALUCELLI, 2013). Generalista ou estomaterapeuta, o enfermeiro consegue intervir nos problemas que surgem com a estomização e facilitar o processo de transição à aquisição do autocuidado.

Nos momentos iniciais, após a cirurgia, a pessoa com estomia pode sentir-se fragilizada para realizar o cuidado com a bolsa coletora e enfrentar a sociedade, mantendo-se mais isolada. A experiência da estomização é um processo difícil, permeado por medos, constrangimentos, desconfortos e dúvidas, no qual o apoio da família é indispensável, fortalecendo a pessoa para retomar sua autonomia, resignificando a identidade da pessoa, melhorando sua autoestima e reinsersão social (CETOLIN; BELTRAME; CETOLIN; PRESTA, 2013).

Desta forma, a família e/ou amigos, muitas vezes, assumem o cuidado da pessoa. Entretanto, se continuarem a fazê-lo por muito tempo poderão inibir o processo de transição da pessoa com estomia para o autocuidado, pois esta pode não se tornar autônoma, ficando insegura e dependente. Em alguns casos, no entanto, ocorre o contrário, e a pessoa com estomia pode ser estigmatizada por seus familiares, não sendo aceita, desencadeando seu isolamento (WEILAND; CAZOLI; NEUMAN; ROSANELLI; LORO; KOLANKIEWICH, 2011).

Entretanto, na maioria das vezes, a família inicia a realizar os cuidados com a estomia e, gradativamente, o repassam à pessoa, iniciando um processo de compartilhamento de ações de cuidado, respeitando os limites da pessoa com estomia, permitindo que esta torne-se independente de acordo com suas possibilidades, mesmo que parcialmente, por ser idosa ou estar em fase adiantada da doença. A família é uma unidade complexa e fundamental para o processo do viver humano, embora possa estar fragilizada e necessitar, assim, como a pessoa com estomia, de apoio psicológico e orientações para que tenha condições de amparar seu familiar nos momentos difíceis (WEILAND; CAZOLI; NEUMAN; ROSANELLI; LORO; KOLANKIEWICH, 2011). Ela é uma unidade integradora que facilita a aceitação da estomização, sendo capaz de

desmistificar as incertezas por auxiliar diariamente a pessoa no seu cuidado (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDAMANN, 2012).

A família oferece o suporte que sustenta a fragilidade da pessoa com estomia e a auxilia a superar situações de crises, insegurança, revolta, angústias e medos. Para fornecer ajuda a seu familiar, é comum a família deixar de lado todas as desavenças para tornarem-se unidos e solidários em busca da sua recuperação (SOUZA; COSTA; MARUYAMA; COSTA; RODRIGUES; NAVARRO, 2011).

As dificuldades na manutenção da bolsa coletora, o constrangimento com o odor e os gases podem desmotiva-la, levando-a ao isolamento e a dependência. No entanto, a ajuda da família e dos amigos auxilia ao fornecerem carinho e atenção nesses momentos (VIEIRA; RIBEIRO; GATTI; SIMEÃO; CONTI; VITTA, 2013). O carinho da família para a pessoa com estomia é marcante, pois possibilita que esta sinta-se parte importante do núcleo familiar. (LIMA, 2013).

Como parte da família, o esposo possui um papel importante junto a pessoa com estomia, fazendo com que ela sinta-se segura e menos vulnerável. Verifica-se que compreendem as mudanças pela estomização e os períodos de instabilidade emocional, amparando e motivando o desenvolvimento de estratégias que colaborem com um viver saudável e autônomo. Entretanto, algumas pessoas, em especial mulheres, são abandonadas pelo(as) parceiro(as) por acreditarem não ter condições psicológicas para enfrentarem este momento difícil, o que pode repercutir em vulnerabilidade e desmotivação, inibindo a transição.

Para que o(a) parceiro(a) consiga desempenhar a função de apoio, faz-se necessário prepará-lo(a), inserindo-o(a) no plano terapêutico de forma efetiva e diferenciada. Deste modo, as orientações prévias acerca do que pode acontecer durante o tratamento, além do contato com outros(as) esposos(as) que estejam passando pela mesma situação, mostram-se eficientes para a redução do impacto, especialmente, psicológico tanto para a pessoa em tratamento como para seu/sua companheiro(a). Não apenas o(a) esposo(a) necessita, mas a família, de forma geral, também requer orientações e apoio para que se sinta acolhida e fortalecida, reforçando os laços afetivos que os unem (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011).

Além do apoio da família, a pessoa com estomia necessita de outras formas de sentir-se integrada e apoiada. Assim, o contato com outras pessoas que passaram pelas mesmas experiências que ela, permite que visualize de forma materializada e real a possibilidade de viver bem com uma estomia e de forma autônoma. A interação com

pessoas em situação semelhante permite uma melhor aderência ao tratamento e aceitação da sua nova condição de vida (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010), possibilitando uma transição para a autonomia de forma mais rápida.

Desta forma, os grupos de apoio propiciam de forma fácil esta interação, contribuindo para que a pessoa compartilhe experiências e possa passar essas fases de forma mais rápida e menos traumática. Nessas atividades em grupo, há o fortalecimento para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, contribuindo para melhorar a aceitação e a qualidade de vida de pessoas com estomias (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2010). Nesses momentos são rompidos os paradigmas sociais existentes, exercitando a inclusão social e o desenvolvimento de inovações para o enfrentamento do processo saúde-doença (RODRIGUES; BUDÓ; SIMON; GEWEHR; SILVA, 2013), em um espaço de convívio periódico, num ambiente educativo, desenvolvendo sua autonomia por meio do fornecimento de informações ligadas ao seu contexto de vida (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

Observam-se os fatores facilitadores do processo de transição pelo apoio à pessoa com estomia da família, dos amigos, do trabalho, da religião e dos outros pacientes. Este apoio constitui-se em uma relevante forma de auxílio e motivação para a superação das adversidades (CARDOSO; MUNIZ; GUIMARÃES; VIEGAS; PINTO; LAROQUE, 2012). Por meio destes, a pessoa pode visualizar que é possível conviver com uma estomia, de forma saudável, inserido no mundo social, em um ambiente rodeado pelos amigos, permitindo-se vivenciar um maior prazer pela vida (SANTANA; DUTRA; TAMEIRÃO; SILVA; MOURA; CAMPOS, 2010). Assim, a pessoa com estomia, ao sentir-se segura e apoiada, pode realizar o autocuidado de forma plena. (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

O processo de transição da dependência à aquisição de autocuidado não é influenciado apenas pelos fatores facilitadores. Há também, fatores inibidores da transição. Esses podem dificultar o processo à medida que o freiam, e a pessoa permanece em determinada fase, significando mantê-la dependente de cuidados.

Assim como os fatores facilitadores, os inibidores também se dividem em relacionados à pessoa e à comunidade. No que se refere à pessoa, observou-se que as modificações do corpo e o uso da bolsa coletora podem gerar desestabilidades emocionais com atitudes negativas quanto a si e ao mundo, podendo ser representadas na forma de revolta, angústia e descaracterizar a pessoa, além da sensação de falta de

apoio e afastamento das pessoas próximas, favorecendo atitudes negativas e gerando mais dependência de cuidados.

A ideia da pessoa estomizada sobre o corpo alterado, sem controle esfincteriano e sem segurança, pode levar a um desequilíbrio psicológico. Esses aspectos influenciam suas respostas frente à doença e à busca de ajuda ou negação dessa sua nova condição (COELHO,SANTOS, POGGETTO, 2013). As modificações do corpo repercutem no nível emocional interligado com a imagem corporal transformada, podendo levar à perda da autoestima, a preocupações quanto ao estilo de vida, relacionamento social e sexual, medos e angústias, acarretando isolamento psicológico e social, muitas vezes difíceis de serem superados (LUZ; SILVA; LUZ, 2013). Ao tornar-se uma pessoa com estomia, há a mudança na imagem corporal com afastamento dos padrões de beleza culturalmente instituídos, sendo que o conceito do corpo e suas interações são fundamentais para uma vida saudável (GOMES; BITENCOURT; PIZARRO; MADRUGA; CASTRO; GOMES, 2012).

O desconhecimento do que é uma estomia e sua função é evidenciado em uma parte significativa das pessoas que vivenciam a estomização. Esse fato pode repercutir emergindo a incompreensão e a surpresa, refletindo na incerteza sobre o futuro, angústia e preocupação. Ao serem surpreendidos, podem sentir-se abalados emocionalmente, tendo dificuldades de realizar seu autocuidado (SOUZA; GOMES; XAVIER; ALVAREZ; OLIVEIRA, 2013). O despreparo para a experiência da estomização é, normalmente, gerado pela falta de orientação a respeito do desdobramento da cirurgia, agravado pela dificuldade de entender o momento em que se encontra (VIEIRA; RIBEIRO; GATTI; SIMEÃO; CONTI; VITTA, 2013).

A pessoa com estomia pode apresentar-se desmotivada para adquirir o conhecimento a fim de realizar o seu cuidado físico e mental, afastando-se de atividades prazerosas, de lazer e do trabalho. Essa desmotivação pode ser associada à depressão, podendo a pessoa com estomia apresentar tristeza, abatimento e diminuição ou perda de prazer nas atividades da vida que antes eram executadas com satisfação (SILVEIRA; PEIXOTO; FERREIRA, 2013). A desmotivação pode conduzir à estagnação, à deterioração, à desintegração e à falência organizacional. Por sua vez, a motivação expressa a tendência à ação e ao movimento (QUELHAS; GOMES, 2003). Esta surge como elemento gerador de energia auxiliadora do indivíduo para alcançar um objetivo especifico, por meio do uso de diferentes estratégias de ação (CUNHA; BORUCHOVITCH, 2012).

Desta forma, para que a pessoa com estomia motive-se para o autocuidado, fazem-se necessário ações de educação para o cuidado do estoma que estimulem a atuação eficaz em saúde (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDAMANN, 2012). Como formas de motivá-la estão a família, amigos, trabalho, religião e outros pacientes, além do estabelecimento de projetos e objetivos de vida, a longo ou curto prazo, que fazem com que a pessoa com estomia pense em um futuro e na forma de se adaptar à realidade condicional que se impõe, sobretudo porque essas metas podem trazer-lhe esperança e motivação para continuar vivendo (CARDOSO; MUNIZ; GUIMARÃES; VIEGAS; PINTO; LAROQUE, 2012).

Observou-se a busca por esquecer a estomização. Entretanto, a bolsa coletora poderá inflar com os gases, chamando sua atenção e a dos outros, inibindo a transição à medida que a pessoa sente-se constrangida para expor-se na sociedade. Isso pode levar a visão de que a bolsa não faz parte de si e de seu mundo, podendo gerar revolta e desmotivar a pessoa. A pessoa com estomia pode visualizar a bolsa coletora como algo externo ao corpo que não pertence a ela (ALMEIDA; REZENDE; SCHALL; MODENA, 2010).

Além das dificuldades em relação à aceitação do uso da bolsa coletora e a gestão de cuidados da mesma, podem ocorrer complicações decorrentes da cirurgia, da bolsa e do manejo errôneo dos equipamentos, dificultando o exercício do autocuidado. As complicações mais comuns incluem a construção da estomia em localização errada, dermatites, isquemia local, retração, hérnias paraestomas e prolapsos (KWIATT; KAWATA; 2013; MOTA; GOMES, 2013). Além dessas, podem ser observadas ainda vazamentos, dermatite associada à umidade peristomal, dor no estoma e sangramento (PITTMAN; BAKAS; ELLETT; SLOAN; RAWL, 2014). Para prevenir essa situação, a educação é de fundamental importância em relação ao autocuidado, pois orientar corretamente a técnica de troca da bolsa coletora, bem como a avaliação do estoma pelo enfermeiro, ajudam a evitar complicações e tornar a vida da pessoa mais segura e autônoma (LUZ; SILVA; LUZ, 2013).

A estomização pode impedir a pessoa de realizar determinadas ações culminando no abandono, com sensação de inutilidade; ou na adaptação ao trabalho que exercia antes da cirurgia, com sentimento de dependência e inaptidão (MOTA, GOMES, 2013). Ter ou não uma atividade remunerada torna-se importante para a realização do autocuidado tanto pela questão da pessoa com estomia sentir-se produtiva como o impacto financeiro de afastar-se do trabalho, visto que o poder aquisitivo

reduzido poderá representar dificuldades na obtenção de equipamentos necessários para o autocuidado (MENEZES; GUEDES; OLIVEIRA; OLIVEIRA; MENESES, CASTRO, 2013).

O afastamento do trabalho realizado anteriormente à cirurgia mostra-se como inibidor do processo de transição à aquisição de autocuidado à medida que repercute nos aspectos financeiros e no sentimento de ser útil à família e à sociedade.

Mesmo amparados pela Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010) e da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999), a pessoa com estomia é enquadrada como portadora de deficiência física, tem dificuldade de reinserir-se laboralmente.

Em especial, o retorno ao trabalho pode fazer com que se sinta ativa e importante socialmente, visto que pode contribuir na produção de bens de consumo, voltar a conviver com outras pessoas além de familiares e amigos, contribuir ativamente com o sustento de sua família e melhorar sua autoestima. Nem todos retornam ao trabalho formal, alguns passam a receber auxílio-doença ou aposentam-se por invalidez. Entretanto, mesmo conscientes de que não devem retornar ao trabalho, o fazem como complemento financeiro e/ou pela sensação de bem-estar gerado pelo exercício do trabalho. Faz-se importante esta questão na aquisição do autocuidado, pois voltar à atividade laboral pode representar estar apto a desenvolver as ações de autocuidado (MAURICIO, SOUZA, LISBOA, 2013).

O processo de transição é dinâmico e conclui-se ao adquirir estabilidade indicado no bem-estar, no domínio de papéis e nas relações (SCHUMACHER; MELEIS, 1994). Assim, à medida que a transição da dependência para o autocuidado progride e a pessoa com estomia desenvolve suas ações de cuidado, compartilhada com cuidadores ou totalmente independente, verificam-se os padrões de resposta das que estão em processo final de transição ou que já atingiram a saída: o autocuidado.

Assim, observa-se o fim do processo, quando a pessoa expressa respostas positivas a partir da realização do autocuidado, demonstrando confiança para expor-se socialmente. Ao atingir a autonomia, interage positivamente com seu corpo e visualiza sua vida de forma prazerosa e alegre; podendo, a partir deste momento, conscientizar outras pessoas da possibilidade de viver com qualidade mesmo com a estomia, desencadeando o processo de transição, da dependência para o autocuidado, em seus pares.

Atingir o autocuidado significa que a pessoa será capaz de realizar suas ações de cuidado, contribuindo, consequentemente, para a redução de complicações e reinserção social (LUZ; SILVA; LUZ, 2013). Assim, ao consolidar o autocuidado, saindo do processo de transição, a pessoa reconstrói o seu cuidado passando a conhecer seu corpo, a planejar e dominar as ações que promovem a sua saúde e a qualidade de vida.

A aceitação surge como um processo simultâneo à aquisição de habilidades e competências de cuidado que interage com a transição para o autocuidado ao favorecer o equilíbrio psicológico, o que auxilia no aprendizado das atividades de cuidado. Observa-se que essa aceitação/adaptação, ao tornar-se um ser estomizado, parte da reconfiguração da imagem corporal, ou seja, da figura mental ou percepção projetada do corpo (MENEZES; QUINTANA, 2008)

A pessoa com estomia, ao inserir-se na sociedade atual a qual elenca o corpo como fonte de identidade, pode ser vista como alguém fora dos padrões culturais e sociais (MEIRELES; CUSTÓDIO, 2011). Verifica-se que o autocuidado permitirá o surgimento de uma nova identidade, melhorando sua autoestima e autoconceito, possibilitando a reinserção social (CETOLI; BELTRAME; CETOLIN; PRESTA, 2013). A principal evidencia da saída da transição é a reformulação da identidade. Desta forma, ela passa a visualizar-se como uma pessoa com estomia e sentir conforto e bem-estar com isso, redescobrindo uma nova chance de viver plena, prazerosa e autônoma.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

Os dados do estudo possibilitaram conhecer como a pessoa estomizada vivencia o processo de transição da dependência de cuidados à aquisição do autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Este conhecimento possibilita a realização de diversas intervenções terapêuticas de enfermagem com vistas a um viver, dessas pessoas, com melhor qualidade, contribuindo para a realização do autocuidado.

A dependência de cuidado não é algo definitivo, pode sofrer mudanças, e para isso são necessários profissionais de saúde qualificados e comprometidos com a assistência (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011). Para que se atinja a meta de tornar o indivíduo autônomo, o enfermeiro possui papel fundamental como o profissional indicado para desenvolver ações de promoção do autocuidado. Assim, a partir da visão da Teoria da Transição, as intervenções de enfermagem possibilitam que o enfermeiro estabeleça as estratégias indicadas para a manutenção e promoção da saúde das pessoas (CHICK; MELEIS, 1986).

Para que o enfermeiro consiga desenvolver as ações de cuidado é necessário que se encontre próximo da pessoa a ser cuidada. Assim, por meio da consulta de enfermagem, este pode acompanhar diretamente o cliente, prevenindo complicações relacionadas ao estoma, auxiliando-o no enfrentamento das dificuldades decorrentes das mudanças após a estomização (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

A consulta de enfermagem regular propicia segurança para o autocuidado à medida que a pessoa com estomia desenvolve tais habilidades e, portanto, contribui para a sua adaptação, visto que nessa consulta os problemas são identificados e, em conjunto, determinam-se as ações e o tipo de intervenção apropriada, tendo como resultado o autocuidado e a reabilitação da pessoa (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

O enfermeiro, por meio de seu conhecimento científico, reavalia a pessoa com estomia em cada fase da reabilitação, sendo uma conduta constante e necessária para a identificação das necessidades fisiológicas e emocionais, de forma que o enfermeiro elabore as intervenções adequadas (SANTANA; SOUZA; DUTRA, 2011). Ressalta-se que as intervenções de enfermagem junto a estas deve ultrapassar a especificidade do cuidado técnico com o estoma. Para isso é preciso reestruturar a assistência prestada, objetivando atingir os princípios da universalidade, equidade e integralidade

(FERNANDES, MIGUIR, DONOSO, 2010; RODRIGUES; BUDÓ; SIMON; GEWEHR; SILVA, 2013).

As orientações à pessoa com estomia precisam ser divididas entre pré e pós-operatório imediato e tardio. O indivíduo possui o direito, assegurado pela Declaração Internacional dos Direitos dos Estomizados, de receber cuidados de enfermagem especializados no período pré, trans e pós-operatório, no hospital e na própria comunidade (POGGETO; ZUFFI; LUIZ; COSTA, 2012; IOA, 2007).

No período que precede a cirurgia, o enfermeiro precisa fornecer orientações que auxiliem a pessoa na vivência desse momento. Assim, esta deve concentrar-se no que é uma estomia, nas necessidades imediatas de cuidado, nos aspectos sobre o procedimento cirúrgico, na recuperação e como seu corpo apresentar-se-á após a cirurgia. Assim, acredita-se poder reduzir o impacto da estomização. A consulta de enfermagem no pré-operatório mostra-se importante para que o enfermeiro, além de orientar a pessoa em relação aos cuidados com a estomia, como o cuidado com a pele periestomal e a troca da bolsa coletora, possa realizar a demarcação do o local onde será inserida a estomia (MENDONÇA; VALADÃO; CASTRO; CAMARGO, 2007).

A demarcação do estoma realizado pelo enfermeiro, preferencialmente estomaterapeuta, trata-se de um procedimento fundamental a ser realizado no pré-operatório, pois é considerado importante no processo de reabilitação, refletindo-se na qualidade de vida pós-cirúrgica (PEREIRA; CESARINO; MARTINS; PINTO; NETINHO, 2012). Essa demarcação, ao ser realizada corretamente previne complicações, visto que sua localização em proeminências ósseas, locais de difícil acesso ou desconforto ao paciente podem dificultar o cuidado (POGGETO; ZUFFI; LUIZ; COSTA, 2012).

Durante o pós-operatório imediato, a enfermeira precisa reforçar as orientações realizadas no pré-operatório, utilizando o período da internação como momento de aquisição de conhecimento. Mesmo que a internação seja um momento ímpar e, inclusive, de estresse, precisa ser compreendido como um período de aprendizado (FROTA; SILVA; MORAES; MARTINS; CHAVES; SILVA, 2013). No pós-operatório tardio a pessoa retorna ao domicílio e passa a vivenciar todas as dificuldades das tentativas de viver normalmente, podendo sentir-se incapaz de autocuidar-se. Desta forma, o enfermeiro precisa reconhecer o ambiente que essa integra, sua rede de cuidado, os fatores facilitadores e inibidores do processo de autocuidado, fazendo-o a partir do reforço de orientações dadas e do fornecimento de novas informações

contextualizadas com o momento em que se encontra, podendo promover a autonomia de forma conjunta.

O desenvolvimento de ações conjuntas deve ser pautado na compreensão e na escuta atenta e sem preconceitos do enfermeiro. A pessoa com estomia, normalmente, pode sentir necessidade de falar da descoberta da doença e suas consequências, bem como dos aspectos do tratamento e as transformações na vida, evidenciando sua nova condição existencial (ALMEIDA; REZENDE; SCHALL; MODENA, 2010). A fala dessas pessoas são carregadas de significados e informações pertinentes para a compreensão do processo de transição pelo qual estão passando, podendo a partir desse conhecimento desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem direcionadas a elas.

Durante a consulta de enfermagem, é possível confortar a pessoa à medida que essa expressa suas angústias, medos e dificuldades que, muitas vezes, não conseguem verbalizar para a família. O apoio emocional proporcionado pelo enfermeiro pode subsidiar uma melhor aceitação da condição de pessoa com estomia, amenizando as dificuldades emocionais, como depressão e tantos outros sentimentos ruins que assolam a sua vida (SANTANA; SOUZA; DUTRA, 2011).

Diversas são as formas de cuidar e organizar o cuidado, entre elas destaca-se o uso do Processo de Enfermagem. Esse é essencial no processo de orientação a essa clientela por possibilitar desenvolver ações sistematizadas, iniciando esta abordagem gradativamente nos encontros com as pessoas com estomias (MAURICIO, SOUZA, LISBOA, 2013). Isso é a maior representação do método científico na enfermagem e possibilita a organização e o bom desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem, tendo o enfermeiro como responsável (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

O desafio do planejamento da assistência pelo enfermeiro consiste em integrar as consequências fisiológicas e psicossociais, unindo esforços da pessoa com estomia e família, favorecendo e preparando-as para o enfrentamento e alcance do autocuidado. Para o planejamento da assistência junto aos Programas de Ostomizados há a necessidade de organização da estrutura física, do trabalho da equipe profissional, além da identificação das necessidades dessas para o autocuidado (SOUZA, FIGUEIREDO, LENZA, SONOBE, 2011). Para planejar as intervenções de enfermagem, o enfermeiro precisa identificar os déficits e estabelecer seu plano de ação, fundamentando-o nas

necessidades de autocuidado e na capacidade da pessoa com estomia para executá-lo (LUZ; SILVA; LUZ, 2013).

Entre as ações do enfermeiro, como intervenção terapêutica de enfermagem, está a identificação do dispositivo mais adequado e discussão junto à pessoa com estomia sobre a bolsa coletora e os materiais necessários para o autocuidado, visto que hoje existem as mais diversas bolsas coletoras e materiais adjuvantes. É fundamental que o enfermeiro tenha condições de avaliar e escolher os equipamentos adequados para cada pessoa de acordo com sua característica e vontade (WILLIAMS, 2008).

O enfermeiro é o profissional responsável por orientar a pessoa com estomia sobre os cuidados com o estoma, higienização e cuidados com a pele, cuidados com a alimentação, as atividades de vida diária e abstinência de atividades que demandem excesso de esforço físico, o retorno ou não à atividade laboral, preparando-as para o autocuidado e retomada de suas vidas (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013). Para atingir esse objetivo a educação em saúde mostra-se uma grande aliada.

Entre os pontos a serem abordados pelo enfermeiro por meio da educação em saúde estão a bolsa coletora; o tipo e colocação (drenável e fechada); a manutenção diária da bolsa coletora; a autoirrigação; o uso de adjuvantes (barreira protetora de pele em pasta e pó, lubrificante desodorante); as complicações tardias mais comuns como dermatites, prolapsos e hérnias; os acessórios como a cinta e o adesivo fixador; a importância, o tempo e a privacidade para o banho de sol para prevenção de lesões; as formas de proteção do equipamento durante o banho diário; como levar uma vida social, familiar e laborativa saudável; a vivência da religiosidade e espiritualidade; a vivência da sexualidade; a realização de atividade física; lazer; seus direitos e deveres; a adaptação do vestuário e da alimentação, entre outros aspectos importantes para seu viver (MARTINS; ALVIM; FIGUEIREDO; TEIXEIRA, 1012).

A educação é capaz de desenvolver a consciência crítica para a origem real dos problemas, além da disponibilidade para atuar no processo de mudança, sendo necessária a participação conjunta das pessoas a serem cuidadas, dos cuidadores e dos profissionais para o sucesso da reabilitação da pessoa com estomia (SANTANA; SOUZA; DUTRA, 2011). O enfermeiro desenvolve ações educativas em todos os encontros, incentivando a regularidade às consultas, além de dinâmicas interativas entre as pessoas na mesma situação de forma a favorecer o compartilhamento de vivências e experiências (NASCIMENTO; TRINDADE; LUZ; SANTIAGO, 2011).

Para o cuidado do estoma, a educação visa estimular a motivação para a realização de ações que conduzam a uma atuação eficaz em saúde, integrando o idoso estomizado e sua família ao seu meio social, retirando-o da situação de isolamento e vulnerabilidade pessoal (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012). Ela é determinante para a aquisição do autocuidado com as estomias, visto que orienta, entre outros, a técnica de troca da bolsa coletora, bem como a observação do estoma durante a troca, possibilitando que o enfermeiro avalie e previna complicações, tornando a vida da pessoa mais segura e direcionada ao processo de autocuidado (LUZ; SILVA; LUZ, 2013).

A todo o momento surgem novas tecnologias e formas de cuidado, sendo assim, o enfermeiro deve constantemente renovar seu conhecimento na busca de um cuidado especializado. Essa contínua reconstrução permite que o enfermeiro oriente sobre os cuidados que a pessoa com estomia deverá seguir de forma pautada na humanização, esclarecendo suas dúvidas, possibilitando-a a expressão de seus sentimentos (VIEIRA; RIBEIRO; GATTI; SIMEÃO; CONTI; VITTA, 2013).

Para atingir as metas e conseguir auxiliar a realização do autocuidado na pessoa com estomia, o enfermeiro precisa ser criativo e utilizar as mais diversas formas e recursos para a realização do processo de educação em saúde. Assim, entre outras, a cartilha educativa mostra-se um recurso pedagógico, facilmente disponível e de baixo custo, eficaz e eficiente que permite a integração dialógica entre o enfermeiro, a pessoa com estomia e sua família (BARROS; SANTOS; GOMES; ERDMANN, 2012).

O enfermeiro deve ser sensível com a condição da pessoa e sua família, de forma a compreender as singularidades destas, vislumbrando o diálogo e a humanização (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011). Portanto, a família precisa de atenção especial, pois essa é determinante para o sucesso das intervenções terapêuticas de enfermagem.

O reconhecimento pelos enfermeiros do papel da família mostra-se fundamental devendo esta ser inserida no contexto do cuidado físico e mental da pessoa com estomia. Neste sentido, o atendimento às pessoas com estomas deve incluir a orientação da família com informações claras e precisas a respeito do estoma e suas necessidades de cuidado (SOUZA; COSTA; MARUYAMA; COSTA; RODRIGUES; NAVARRO, 2011). Pelo menos um familiar precisa aprender os cuidados juntamente com a pessoa com estomia, visto que podem surgir dificuldades no manuseio dos equipamentos ou complicações decorrentes da doença necessitando que outra pessoa realize os cuidados.

Saber que há um familiar preparado para auxiliar pode deixar a pessoa mais tranquila e segura, além de sentir-se apoiada.

Além disso, a família, como parte das intervenções terapêuticas de enfermagem, precisa também ser cuidada, pois é passível de adoecimento e desestruturação em virtude da doença e das dificuldades com a pessoa com estomia. Neste contexto, a família pode sentir a necessidade de ser acolhida e orientada mesmo em momentos mais breves, visto que essa espera compartilhar suas dúvidas, angústias, desafios e vivências (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011). Assim, o enfermeiro deve aproveitar todo o momento próximo, seja da pessoa com estomia ou de sua família, para realizar orientações tanto de cuidados como fornecer apoio emocional que promovam o autocuidado e um viver saudável da pessoa e sua família.

Outra forma de intervenção terapêutica, que pode ser realizada tanto com familiares ou pessoas com estomias, são os grupos de apoio mútuo ou grupoterapia, tais grupos podem fortalecer o vínculo entre pessoa-família-enfermeiro mostrando que não estão sós, além de visualizarem as possibilidades de viver bem com uma estomia. Retornando às questões educacionais, o grupo de apoio torna-se um ambiente educativo periódico, no qual pode ser desenvolvida a autonomia por meio do acesso facilitado às informações sobre a experiência real vivida (BARROS, SANTOS, GOMES, ERDMANN, 2012).

Os grupos de apoio buscam a reabilitação física e psicossocial por meio da criação de um espaço promotor do suporte social, compartilhamento de experiências, ampliação de habilidades para o enfrentamento de situações difíceis, educação, informação e discussão de questões existenciais. Favorece a independência da pessoa com estomia em relação aos profissionais da saúde, empoderando a mesma e estimulando-a a adotar atitudes positivas diante das adversidades (SANTOS; PRADO; PANOBIANCO; ALMEIDA, 2011).

O enfermeiro que coordena o grupo de apoio precisa realizar a busca ativa das pessoas faltosas desses encontros, identificando conflitos e especificidades de cuidados reinserindo-as no grupo. O grupo de apoio não é um espaço de exposição, mas uma forma de compreensão de cada membro, acompanhando sua descoberta individual e coletiva, sendo que a ausência de um componente pode repercutir negativamente no grupo, desestabilizando-o (SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2011).

Por fim, o enfermeiro, por meio de seu conhecimento especializado utilizando a consulta de enfermagem, coordenando grupos de apoio, desenvolvendo técnicas

inovadoras de promoção da saúde, pode auxiliar no processo de transição da dependência à aquisição do autocuidado da pessoa com estomia.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aqui apresentada alcançou o objetivo de conhecer como a pessoa com estomia vivencia o processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Assim, foi possível identificar a entrada da pessoa com estomia em seu processo de transição, partindo da tomada de consciência das mudanças no seu viver, ocasionadas pela estomização.

A passagem configura-se como o período mais longo e complexo da transição no qual os fatores facilitadores e inibidores relacionados à pessoa e à comunidade influenciam os avanços e retrocessos da aquisição de autonomia. O término da transição atinge-se na saída do processo, identificando-se os padrões de respostas, expressos por meio da sensação de bem-estar e independência para o cuidado físico e mental.

Os 27 participantes do estudo, conjuntamente com as pesquisadoras construíram este estudo. Observou-se a predominância de homens colostomizados por câncer coloretal entre 33 e 77 anos, com elevado tempo de estomização, chegando há 11 anos, possuíam o ensino fundamental completo e em sua maioria eram aposentados.

Constatou-se que a natureza da transição, ou entrada da transição, situou-se no processo tipo saúde/doença, visto que é desencadeado a partir da experiência do câncer concomitante a estomização, à medida que passam a se conscientizar das mudanças em sua vida e da necessidade da reconstrução de sua autonomia com vistas à retomada da saúde e da plenitude de suas vidas, por meio da superação da doença e das dificuldades enfrentadas cotidianamente.

A entrada no processo de transição dá-se a partir da consciência desencadeada pelo diagnóstico, reforçado pela cirurgia de estomização e suas necessidades de mudanças; do empenhamento ao dedicarem-se à construção do conhecimento para o autocuidado; da mudança e da diferença ao visualizarem o impacto real da transformação da vida e suas relações com o cotidiano e seu corpo, além de sentirem-se diferentes quanto à visão de si, do mundo e dos outros.

Destacou-se o espaço temporal como algo dinâmico e variavelmente indeterminável. As pessoas com estomia verbalizam o tempo de aproximadamente um ano para terem a sensação de autonomia, sendo o tempo um papel fundamental para que se organizem e reflitam acerca do seu novo viver, fortalecendo-se para que a transição progrida.

Observou-se que o processo de transição não se dá de forma isolada dos acontecimentos e dos pontos críticos que fragilizam a pessoa com estomia. Esta precisa reerguer-se a cada situação que a deixa vulnerável que, neste estudo, aparecem como a perda do familiar que exercia o cuidado ou a vivência de situações de constrangimento, medo ou vergonha.

No período de passagem, como supracitado, é o momento que a pessoa com estomia realmente passa a adquirir conhecimentos e a vivenciar fatores facilitadores e inibidores da transição, bem como as intervenções terapêuticas de enfermagem. Sendo, assim, verifica-se como fatores relacionados à pessoa com estomia facilitadores do autocuidado a construção de um significado positivo à estomização atribuído a possibilidade de vida, o preparo para a vivência dessa experiência e as transformações ainda no pré-operatório, a estabilidade emocional da pessoa, permitindo-a repensar sua condição de vida. Além da fé e da religiosidade que a confortam para aceitar a necessidade de retomar sua vida com qualidade por meio da realização do seu autocuidado e a sensação de normalidade, adquirida a partir de uma imagem próxima da anterior por conseguir manter a bolsa coletora aderida ao abdômen inaparente, omitindo sua condição de pessoa com estomia da sociedade.

Como fatores inibidores do processo de transição para o autocuidado, relacionados à pessoa, encontrou-se a visão distorcida de seu corpo, o despreparo para viver com a estomia, a instabilidade emocional, a desmotivação com afastamento de atividades prazerosas, o cuidado excessivo e/ou estendido e até mesmo a superproteção da família. Foram citados, ainda, as complicações como hérnias, prolapsos que deformam o corpo, dificultando o autocuidado, a falta de atitudes positivas quanto à vida, a negação da bolsa coletora, as tentativas frustradas de omitir o uso da bolsa coletora, a falta de domínio do manuseio dos equipamentos, o afastamento do trabalho culminando com o sentimento de inutilidade e as dificuldades financeiras. Estes são identificados como fomentadores da dependência.

Quanto à comunidade, foi expresso como facilitadores o fornecimento de forma gratuita pelo governo das bolsas coletoras, adjuvantes e acessórios, reduzindo o impacto financeiro do custo desses materiais; o atendimento da equipe multiprofissional, permitindo intervir nas diversas áreas, em especial do enfermeiro, destacando-se como o profissional que, por meio da consulta de enfermagem, grupos de apoio e intervenções terapêuticas contextualizadas, incorporando a família, realmente facilita o autocuidado da pessoa com estomia.

A família surge como um importante facilitador do processo de transição à aquisição de autocuidado ao apoiar a pessoa nos momentos de dificuldade, chegando a compartilhar o cuidado, transferindo-o gradativamente, auxiliando a contornar situações constrangedoras, demonstrando carinho e compreensão. O companheiro mostra-se como um familiar que possui um fator de impacto ímpar, precisando ser inserido no plano terapêutico da pessoa com estomia, sendo preparado e trabalhadas suas potencialidades e dificuldades para que possa realizar sua função de apoio de forma satisfatória.

A visualização de uma vida autônoma como a anterior à estomização pode ser difícil, assim, conversar com pessoas com estomia de forma individual e no grupo de apoio no Serviço de Estomaterapia podem fazer com que a pessoa com estomia veja de forma real e materializada pessoas que viveram situações parecidas com a sua e hoje possuem uma vida alegre e saudável. Relacionado à comunidade, os fatores inibidores da transição estão contidos no abandono do(a) parceiro(a), até mesmo no despreparo para apoiar a pessoa; atitudes negativas e estigmatizantes por parte da família; a baixa qualidade dos materiais fornecidos pelo governo, podendo gerar complicações como dermatites e outros.

Assegura-se que o processo de transição da dependência à aquisição do autocuidado encontra-se na saída à medida que a pessoa com estomia passa a expressar padrões de resposta por meio dos indicadores de processo como confiança para realizar atividades anteriores; aceitação de sua situação, sendo capaz, inclusive, de motivar outros a seu autocuidado; uma visão positiva de sua vida e da capacidade de compartilhar o seu cuidado com sua família. Como indicadores de resultados, espera-se que a pessoa seja capaz de dominar novas competências tanto para o cuidado físico, ao realizar a troca da bolsa coletora com maestria, agindo de forma natural e como parte de seu cotidiano, quanto para o cuidado mental, ao readequar sua imagem e seu conceito de pessoa com estomia, reformulando sua identidade com expressão de bem-estar.

Os dados do estudo possibilitaram concluir que o processo de transição da dependência à aquisição do autocuidado trata-se de um processo complexo, carregado de subjetividades e dificuldades, com avanços e retrocessos em suas fases. Espera-se que a pesquisa contribua para a construção do conhecimento reificado da enfermagem a partir da visualização das fases da transição à aquisição de autocuidado, identificando intervenções terapêuticas eficazes e eficientes à pessoa com estomia em cada momento do processo, facilitando a vida desse indivíduo.

Mostraram-se como dificuldades, para a realização da pesquisa, a escassez de textos e materiais sobre a Teoria da Transição de Afaf I. Meleis e a reduzida disponibilidade de pessoas com estomias para participar do estudo. Entretanto, como facilitador pode ser citado a disposição das pessoas que contribuíram com o estudo, respondendo aos questionamentos por desejarem o desenvolvimento de novos cuidados que promovam a sua saúde, além do método de análise de conteúdo como uma forma prática para a compreensão do fenômeno estudado.

REFERÊNCIAS

AIO. Associação Internacional de Ostomizados. Declaração Internacional dos Direitos dos Estomizados. Revisado em 2007. Disponível em: http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm. Acessado em: 20 mar 2011.

ALMEIDA, S.S.L.; REZENDE, A.M.; SCHALL, V.T.; MODENA, C. M. Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. **Psicologia em Estudo**, v.15, n4, 2010.

ALTSCHULER, A. et al. The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting From Colorectal Cancer. Journal of Wound, **Ostomy and Continence Nursing**.v.36, n.3, p.:299-305.2009.

AMBRÓSIO, D.C.M.; SANTOS, M.A. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 27, n. 4, pp. 475-484, out./dez. 2011.

AMORIM, M.M.A; RAMOS, N., BENTO, I.C., GAZZINELLI, M.F. Intervenção Educativa Na Diabetes Mellitus. **Psicologia, Saúde & Doenças,** v.14, p168-184, 2013.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M.Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev Esc Enferm USP.** v.45,n.4, p.869-75, 2011.

BARBUTI, R.C.S.; SILVA, M.C.P.; ABREU, M.A.L. Ostomia, uma difícil adaptação. **Rev. SBPH [online].** v.11, n.2, p. 27-39, 2008.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; ERDMANN, A.L. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. **Acta Paul Enferm**. v.21, n.4, p.595-601. 2008

BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; GOMES, G.C.,; ERDMANN, A.L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.2, p.95-101, jun.2012.

BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W.D.Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: reflexão sob a ótica da complexidade**. Rev. bras. enferm. [online].** v.65, n.5, p. 844-848, 2012.

BLACK, P. Cultural and Religious Beliefs in Stoma Care Nursing. **British Journal of Nursing**. v.18, n.13, p.790-793, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Incidência de Câncer no Brasil. [Internet]2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5. Acessado em 17 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acessado em: 10 de abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: ttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acessado em: 20 jun de 2012.

BRUM, C.N. DE; SODRÉ, B.S. PREVEDELLO PV, QUINHONES SWM. O processo de viver dos pacientes adultos com ostomias permanentes: uma revisão de literatura. **Rev. de Pesq. Cuid. É Fund.[Online]**. v.2,n.4, p. 2010.

BUCKLEY, B.S.; GONZALEZ, J.P.; RAZON-GONZALEZ, E.V.; LOPEZ, M.P. The people that the ostomy industry forgot. **Br J Gen Pract.** v.62, n.603, p.544-5, oct.2012.

BALDWIN, C.M. et al. Gender differences in sleep disruption and fatigue on quality of life among persons with ostomies. **J Sleep Med**. v.5, n.4, p.335-4.2009.

BUTLER, D. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery: A Review.JournalofWound, **OstomyandContinenceNursing,** v.36, n.5, p.513–519, 2009.

CARDOSO, D.H.; MUNIZ, R.M.; GUIMARÃES, S.R.L.; VIEGAS, A.C.; PINTO, D.K.; LAROQUE, M.F. Viver com câncer: a percepção de pacientes oncológicos. **Journal of Nurse and Health**. v.2, n.2, p.461-74, 2012.

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**. v.16, n.1, p.163-167, 2007.

CASSERO, P.A.S.; AGUIAR, J.E. Percepções Emocionais Influenciadas por uma Ostomia.**Revista Saúde e Pesquisa.** v.2, n.2, p. 23-27, 2009.

CETOLIN,S.F.; BELTRAME,V.; CETOLIN, S.K.; PRESTA, A.A. Dinâmica social e familiar com pacientes com estomias intestinais definitivas. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva.** V.26, n.3, p.170-2, jul./set. 2013.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L., Nursing research Methodology. Reckeville: aspen, 1986, p. 237-257.

COELHO, A.R.; SANTOS, F.S.; POGGETTO, M.T.D. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver**. Revista Mineira de Enfermagem.** v.17, n.2, p.258-267, br./jun.2013.

CUNHA, N.B.; BORUCHOVITCH, E. Estratégias de Aprendizagem e Motivação para Aprender na Formação de Professores**. Revista Interamericana de Psicología**. V. 46, n. 2, p. 247-254, 2012.

DÁZIO, E.M.R.; SONOBE, H.M.; ZAGO, M.M.F. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: Uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Rev Latino-am Enferm.v.17,n.5,** set./out. 2009.

DELAVECHIA, R. P. et al. A percepção de si como ser-estomizado: um estudo fenomenológico. **Rev. enferm. UERJ.** v. 18, n. 2, p.223-8, 2010.

ESPADINHA, A.M.N.; DA SILVA, M.M.C.V. O colostomizado e a tomada de decisão sobre a adesão à irrigação. **Revista de Enfermagem Referência.** v.3, n.4, p.89-96.2011.

FERLAY, J.; SHIN, H.R. BRAY, F.; FORMAN,D.; MATHERS, C.; PARKIN, D.M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International Journal of Cancer**. v.127, n.12, p.2893-2917, dec. 2010.

FERNANDES, R.M.; MIGUIR, E.L.B., DONOSO, T.V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Coloproctologia.** V.30, n.4, p.385-392, 2010.

FROTA, M.A.; SILVA, P.F.R.; MORAES, S.R.; MARTINS, E.M.C.S.; CHAVES, E.M.C.; SILVA, C.A.B. Alta hospitalar e cuidado do prematuro no domicílio. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.17, n.2, p.277-283, abr./jun. 2013.

GEMMILL, R.; KRAVITS, K.; ORTIZ, M.; ANDERSON, C.; LAI, L.; GRANT, M. What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer ostomy care? **J Contin Educ Nurs.** v.42, n.2, p.81-8, 2011.

GERALDI, G.C.; ARUTO, G.C.; HONORATO, T.; SOUZA, A.I.J.; ANDERS, J.C. Cuidando de famílias de crianças e adolescentes dependentes de tecnologia: experiência de acadêmicas de enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde.** v.11, n.3, p.529-534, jul./set.2012.

GOMES, C.G.; BITENCOURT, P.P.; PIZARRO, A.R.; MADRUGA, P.A.; CASTRO, E.S.; GOMES,V.L. Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. **Enfermeria Global.** v.11, n.27, mar./jul. 2012.

GRANT, M. et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. **Oncol Nurs Forum.** v.38, n.5, p.587-96, 2011.

GONÇALES CA. Alterações No Processo De Viver Do Cliente Estomizado. [Monografia] **Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande**. Rio Grande, 2007.

JEMAL, A.; BRAY, F.; MELISSA M. CENTER, M. M.; FERLAY, J.; WARD, E.; FORMAN. Global Cancer Statistics. **Cancer Jornal Clinical**. V.61, n.2, p.69–90, mar./abr. 2011.

KIMURA, C.A.; KAMADA, I.; GUILHEM, D.; FORTES, R.C. Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. **Jornal of Coloproctology**. v.33, n.3, p.145-150, jul./set. 2013.

KWIATT, M.; KAWATA, M. Avoidance and Management of Stomal Complications. **Clinical Colon Rectal Surg.** v,26, n.2, p.112-121, jun. 2013.

KROUSE, R.S. et al. Health-Related Quality of Life Among Long-Term Rectal Cancer Survivors With an Ostomy: Manifestations by Sex. **Journal of Clinical Oncology**. v.27, n.28, p.4664–4670. 2009.

LENZA, N.F.B.; SONOBE, H.M.; ZAGO, M.M.F; BUETTO, L.S. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.15, n.3, p.753-60, 2013.

LENZA, N.F.B; SONOBE, H.M.; BUETTO, L.S.; SANTOS, M.G.; LIMA, M.S. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. v.26, n.1, p.139-145, jan./mar.2013.

LI, C.C. Sexuality Among Patients With a Colostomy: An Exploration of the Influences of Gender, Sexual Orientation, and Asian Heritage. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**. v.36, n.3, p. 299-305, 2009.

LIMA, P.V.S.F.; SILVA, A.L.; SHIMIZU, H.E. Estomias intestinais: da origem à readaptação. São Paulo, Rio de Janeiro: Difusão Editora, Editora Senac Rio; 2012. **Revista: Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n.12, 2013.

LIU, L.; HERRINTON, L.J.; HORNBROOK, M.C.; WENDEL, C.S.; GRANT, M.; KROUSE, R.S. Early and Late Complications Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomy or Anastomosis. **Diseases of the Colon & Rectum**. v.53, n.2, p..200–212. 2010.

LUZ, A.L.A.; SILVA, G.R.F.; LUZ, M.H.B. Teoria de Dorothea Orem: uma análise da sua aplicabilidade na assistência a pacientes estomizados. **Revista Enfermagem UFPI**. 2013 Jan-Mar;2(1):67-70.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 65, n.2, p.297-303. 2012.

MARTINS, A.M.; ALMEIDA, S.S.L.; MODENA, C.M. O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. **Rev. SBPH.** v.14, n1, p. 74-91, 2011.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, N.M.A.; TEIXEIRA, M.L.O. Banho de sol: um cuidado básico de enfermagem na prevenção e tratamento da dermatite periestoma. **Ciencia, Cuidado e Saúde.** v.11, n.4, p.650-656, out./dez. 2012.

MARTINS, P.A.F.; ALVIN, N.A.T. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Revista Brasileira Enfermagem.** v.64, n.2, p. 322-7, 2011.

MARUYAMA, S.A.T.; BARBOSA, C.S.; BELLATO, R.; PEREIRA, W.R.; NAVARRO, J.P. Autoirrigação - estratégia facilitadora para a (re)inserção social de pessoas com colostomia. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].** v.11, n.3, p.665-73, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a26.pdf. Acessado em: 5 agost 2014.

MAURICIO, V.C., SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.L. O enfermeiro na reabilitação da pessoa com Estoma. **Escola Anna Nery (impr.).** v.17, n.3, p.416-422, jul./set. 2013.

MEIRELES, M.A.; CUSTÓDIO, M.R.M. Diferença do autoconceito entre enfermeiro e portador de estomia intestinal. **Encontro Revista de Psicologia.** v.14, n.29, 2011.

MELEIS, A. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. v.23, n.1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A.I. Theoritical Nursing: development and progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.

MELEIS, A.I. Theoritical Nursing: development and progress. 2ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 1991.

MELEIS, A.I. Transitons Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A.I.; TRANGENSTEIN,P.A. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. v. 42, n.6, p.225-259, 1994.

MENDONÇA, R.S.; VALADÃI, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T.C. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 53, n.4, p. 431-435, 2007.

MENEZES, L.C.G.; GUEDES, M.V.C.; OLIVEIRA, R.M.; OLIVEIRA, S.K.P.; MENESES, L.S.T.;, CASTRO, M.E. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de orem. **Rev Rene**. v.14, n.2, p.301-10, 2013.

MENEZES, A.P.S.; QUINTANA, J.F. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. V.21, n.1, p. 13-18, 2008.

MINAYO MC de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2010.

MORAES, J.T.; SOUSA, L.A.; CARMO, W.J. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centro oeste de Minas Gerais. **Revista Enfermagem do Centro Oeste de Minas.**v.2, p.337-346, 2012.

MOTA, M.S. A Alteração Corporal Causada pela Estomização e seus Impactos. Rio Grande (RS). Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem.2011. 100p.

MOTA, M.S. O Portador de Estomia e sua (Re)inserção Social. Rio Grande (RS). [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem. 2012. 83p.

MOTA, M., GOMES, G.. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia.**Rev enferm UFPE on line.** v. 7(esp.), n 12, 7074-81, dez. 2013. Disponível em:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3435. Acesso em: 15 jan 2014.

MUZYCZKA K., et al. Selected problems associated with the treatment and care for patients with colostomy - part 1. **Contemp Oncol (Pozn).;** v.17, n.2, p.134-6, 2013.

NASCIMENTO, C.M.S.; TRINDADE, G.L.B.; LUZ, M.H.B.A. SANTIAGO, R.F.; Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto contexto – enfermagem. v.**2,n.3, p 557-564, 2011.

NICHOLS, T.R.; RIEMER, M. The Impact of Stabilizing Forces on Postsurgical Recovery in Ostomy Patients.**J Wound Ostomy Continence Nurs**; v.35, n.3, p.316-320, 2008.

NICHOL S, THOM R. Social connectivity in those 24 months or less postsurgery.**J Wound Ostomy Continence Nurs**, v.38, n.1, p.63-8, 2011.

NICHOLAS, D.B.; SWAN, S.R.; GERSTLE, T.J.; ALLAN, T.; GRIFFITHS, A.M. Struggles, strengths, and strategies: an ethnographic study exploring the experiences of adolescents living with an ostomy**. Health Qual Life Outcomes**. ; v.6, 114, 2008.

PEREIRA, A.P.S; CESARINO, C.B.; MARTINS, M.R.I.; PINTO, M.H.; NETINHO, J.G. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.20, n.1, jan./fev., 2012.

PETUCO, V.M.; MARTINS, C.L. Quase como antes – a ressignificação da identidade da pessoa estomizada com câncer. **O Mundo da Saúde**. v.30, n.1, p. 52-64, 2006.

PINTO, K.K.O.; SPIRI, W.C. A Percepção De Enfermeiros Sobre O Cuidar De Pacientes Com Problemas Físicos Que Interferem Na Auto–Imagem: Uma Abordagem Fenomenológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.16, n.3, 2008.

PITTMAN, J.; BAKAS, T.; ELLETT, M.; SLOAN, R.; RAWL, S.M. Psychometric Evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing.** jan. 2014.

PITTMAN. J.; KOZELL, K.; GRAY, M. Evidence-based report card: Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? **Journal Wound Ostomy Continence Nursing.**v. 36, n.3, p.254-265, jun.2009.

POGGETO, M.T.D.; ZUFFI, F.B.; LUIZ, R.B.; COSTA, S.P. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia, na atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem**.v.16, n.4, p.502-508, out./dez. 2012.

POLETTO, D.; GONÇALVES, M.I.; BARROS, M.T.T.; ANDERS, J.C.; MARTINS, M.L. A Criança com Estoma Intestinal e sua Família: Implicações para o Cuidado de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v.20, n.2, p.319-27,2011.

QUELHAS, L.O.G.; GOMES, A.A.P. MOTIVAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO PÚBLICO: Um Estudo de Caso sob Dois Ângulos Teóricos**. REAd.**V. 9, n.5, set./out 2003.

RAMIREZ, M. et al. Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. **Women & Health**. v. 49, n.8, p.608–624,2009.

RIEGEL, B. et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, **v.**120, n.12, p1141-63, 2009.

RODRIGUES, S.O.; BUDÓ, M.L.D.; SIMON, B.S.; GEWEHR, M.; SILVA, D.C. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: Revisão Bibliográfica. **Saúde (SantaMaria).** v.39, n.1, p. 33-42, 2013.

SALES, C.A.;VIOLIN, M.R.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S.; SILVA, M.A.P. Sentimentos de Pessoas Ostomizadas: compreenssão existencial. **Revista Escola Enfermagem USP.** v.44, n.1, p.221-7, 2010.

SANTANA, J.C.B.; DUTRA, B.S.; TAMEIRÃO, M.A. SILVA, P.F.; MOURA, I.C.; CAMPOS, A.C.V. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. **Cogitare Enferm,** v.15, n.4, p.631-8, 2010.

SANTANA, J.C.B.; SOUZA, Â.B. DE; DUTRA, B.S. Percepções de um Grupo de Enfermeiras sobre o Processo do Cuidar de Pacientes Portadores de Ostomia Definitiva. **Revista Enfermagem UFPE on line.** V.5, n.7, p.1710-715. 2011.

SANTOS, M. A.; PRADO, M. A. S.; PANOBIANCO, M. S.; ALMEIDA, A. M. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. v. 12, n. 2, p. 27-33, jul./dez. 2011.

SELLMER, D,; CARVALHO, C.M.G.; CARVALHO, D.R.; MALUCELLI, A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas . **Revista Gaúcha Enfermagem.** v.34, n.2, p.154-162, 2013.

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. Indianápolis, v.26, n.2, p.119-127;1994.

SILVA, D.G.; BEZERRA, A.L.Q.; SIQUEIRA, K.M.; PARANAGUÁ, T.T.B.; BARBOSA, M.A. Influência dos hábitos alimentares na (re)inserção social de um grupo de estomizados. **Revista Eletronica de Enfermagem [Internet]**. v.12, n.1, p.56-62, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a07.pdf. Acessado em: 05 jan 2014.

SILVA, A.L.; SHIMIZU, H.E. The importance of the Support Network for the stomized patient. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.60, n.3, p.307-311. 2007.

SILVEIRA, R.D.; PEIXOTO, M.; FERREIRA, W.V. Sintomas depressivos e o processamento emocional de expressões faciais. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. v.1, n.2, p. 47-58, nov. 2013.

SKEPS, R. et al. Changes in body mass index and stoma related problems in the elderly. **Journal Geriatr Oncol. v.**4, n.1, p.84-9, jan. 2013.

SOUSA, C.F.; BRITO, D.C.; BRANCO, M.Z.P.C. Depois da colostomia… vivências das pessoas portadoras. **Enfermagem em Foco.** v.3, n.1, p.12-15, 2012

SOUZA, P.C.M.; COSTA, V.R.M.; MARUYAMA, S.A.T.; COSTA, A.L.R.C.; RODRIGUES, A.E.C.; NAVARRO, J.P. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Revista Eletronica de Enfermagem [Internet]**. v.13, n.1,p.50-9, 2011. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a06.pdf. Acessado em: 05 Jan 2014.

SOUZA, E.C.A; FIGUEIREDO, G.L.A.; LENZA, N.F.B.; SONOBE, H.M. As consequências da estomia intestinal para os estomizados e seus familiars. **Revista Enfermagem UFPE on line**.v.4, n.esp., p.1081-086, maio./jun.2010.
SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. Indianápolis, v.26, n.2, p.119-127;1994.

SOUZA, J.L.; GOMES, G.C.; BARROS, E.J.L. O Cuidado à Pessoa Portadora de Estomia: o Papel do Familiar Cuidador. **Revista Enfermagem UERJ.** v.17, n.4,p.550-5.2009.

SOUZA, J.L.; GOMES, C.G.; XAVIER, D.M.; ALVAREZ, S.Q.; OLIVEIRA, S.M. O preparo do familiar para o cuidado à pessoa com estomia. **Revista Enfermagem UFPE on line.**V. 7, n.1, p.649-56, mar 2013.

SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. A ausência dos participantes na grupoterapia e seus efeitos na dinâmica grupal. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. v.12, n. 1, p. 22-31, jan./jun. 2011

STHAL, H.C.; BERTI, H.W.; PALHARES, V.C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para ealização das atividades básicas da vida diária.**Texto Contexto Enferm**.v.20, n.1, p.59-67, jan./mar. 2011.

SUN, V. et al. From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies. **Support Care Cancer.** Jan. 2014.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

UNIVERSIDADE DA PENSILVANIA. Professores e Funcionários. Disponível em: http://www.nursing.upenn.edu/faculty/profile.asp?pid=853. Acessado em: 22 set. 2013.

VIEIRA, L.M.; RIBEIRO, B.N.DE O.; GATTI, M.A.N.G.; SIMEÃO, S.F.DE A.P.; CONTI, M.H.S.DE; VITTA, A. Câncer colorretal:. entre o sofrimento e repensar na vida. **Saúde debate.** v.37, n. 97, jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de jan 2014.

WEILAND, L.A.; CAZOLI, E.A.; NEUMAN, A.B.T.; ROSANELLI, C.P.; LORO, M.M.; KOLANKIEWICH, A.B. A família e seu ente colostomizado no domicilio. **Revista Contexto e Saúde.** v.10, n.20, p.77-84, 2011.

WHO. Cancer, Fact sheet N°297. World Health Organization, Genebra (2009). Reviewed January 2013. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html Acessado em: 25 de janeiro de 2013.

WILLIAMS, J. Selecting stoma care appliances and accessories. **Nursing & Residential Care**, v. 10, n. 3, p. 130-133, mar. 2008.

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de identificação:

1. Idade:
2. Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
3. Situação conjugal
4. Filhos:
5. Profissão:
6. Escolaridade:
7. Tempo de estomização: tempo que a transição pode acontecer sendo o mesmo variável, indeterminado, passível de avanços e retrocessos,
8. Tipo de estoma:
9. Causa da estomização:

Questionário:

1. Como era sua rotina de cuidado diário antes da estomização?
2. Após a estomização o que mudou quanto o autocuidado?
3. Logo após a estomização como você visualizava a realização do autocuidado? Possível? Impossível? Por quê?
4. Hoje você se sente dependente ou autônomo para se cuidar? Por quê?
5. Você consegue realizar ações de autocuidado? Quais? Recebe ajuda para a realização de que cuidados?
6. Você ajuda de alguma forma a pessoa que realiza os cuidados?
7. Quais os fatores que facilitam/inibem a realização do autocuidado? (Relacionados à própria pessoa (ciclo vital, modificação de papéis, saúde/doença, mudança de condição saudável para a doença, mudança no meio social, político e/ou econômico), à comunidade (outros cuidadores) e à sociedade (SE, rede)
8. Qual o papel da família no seu autocuidado?
9. Qual o papel dos profissionais de saúde no seu autocuidado?
10. O que o motivou a desenvolver habilidades e competências para o autocuidado?
11. Como foi aprender a se autocuidar?
12. Por que é importante ou não para você realizar seu autocuidado?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega:

Meu nome é Marina Soares Mota, Enfermeira e estou cursando mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Considerando a Resolução n. 466/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FURG, temos o prazer de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: "**PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPÊNDENCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO: SUBSIDIOS À ENFERMAGEM"**

Este estudo tem como objetivo: **"Conhecer como a pessoa estomizada vivência o processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis."**

A pesquisa será desenvolvida somente após o parecer do Comitê de ética e pesquisa. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa delineada a partir do marco referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Meleis e utilizando-se do método de pesquisa análise de conteúdo. Para a coleta de dados será realizado entrevista semiestruturada sendo realizada no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr, conforme agendado previamente, com a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Assumimos o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as

etapas do estudo; assegurando-lhe as condições de acompanhamento durante a sua realização e também devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Declaro que fui informado:

• de forma clara dos objetivos, da justificativa, da metodologia de trabalho, em que a coleta de dados se dará por entrevista gravada em um aparelho de mp4.

• da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;

• da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;

• da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

• de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;

• do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;

• de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com a professora responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Atenciosamente,

_____ _____

Marina Soares Mota Dra. Giovana Calcagno Gomes

Responsáveis pelo Trabalho:

Mestranda Marina Soares Mota

Tel: (053) 91600129

Email:msm.mari.gro@gmail.com

Dra. Giovana Calcagno Gomes (orientadora)

(053) 32338846

giovanacalcagno@furg.br

_____

Eu,_____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **"PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPÊNDENCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO: SUBSIDIOS À ENFERMAGEM"** Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo:_____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Na certeza de contar com a sua colaboração aproveito a oportunidade para registrar minha consideração.

Rio Grande, de 201_.

_____ _____

Orientadora

Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes

Telefone: (53) 3231-2564

Mestr. Enf. Marina Soares Mota

Telefone: (53) 91600129

E-mail:msm.mari.gro@gmail.com

APÊNDICE III-CEPAS

C E P A S / F U R G
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 002/ 2014

CEPAS 101/2013

23116.007720/2013-27

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPENDÊNCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: GIOVANA CALCAGNO GOMES

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 190/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADA DA DEPENDÊNCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO**".

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 esta 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: 01/04/2014

Rio Grande, RS, 13 de janeiro de 2014.

Eli Sinnott Silva

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG