

**ARTIGO ORIGINAL****AUTOCUIDADO COM ESTOMIAS: Compreensão de pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe**

SELF CARE WITH OSTOMY: Understanding of hospitalized patients about the orientations received by staff

Luzimar Rangel Moreira^{*}, Juliana Cristiana de Souza^{**} Míriam Martins de Oliveira^{**}, Natália Soares Melo^{**}, Thiago Freitas Cerqueira^{*}.

RESUMO

O estudo tem como objetivo compreender a percepção de portadores de colostomia sobre as orientações recebidas da Equipe de Saúde para o autocuidado no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, baseada na análise do discurso proposta por Minayo. O estudo foi realizado com 10 participantes que possuíam colostomia há mais de 30 dias, idade acima de 18 anos e encontravam-se internados no hospital extraporte do Estado de Minas Gerais onde o trabalho foi desenvolvido. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa das Instituições envolvidas, CAAE 39393814.1.0000.5137 e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos participantes. Após análise de discurso, foi possível a construção de três categorias, sendo: Percepção do paciente acerca das orientações recebidas; Orientações recebidas no período pré e pós-operatório; e as Mudanças nos hábitos de vida após a colostomia. Os resultados apresentados contribuíram para que os pesquisadores percebessem a necessidade de melhoria nos processos de comunicação profissional-paciente e nas metodologias que reestruturam e sistematizam o cuidado. Percebe-se que o nível de orientação que os pacientes apresentam durante o processo de ensino-aprendizagem reflete a assistência ofertada pela equipe. Impressiona a incompreensão dos participantes do estudo sobre as orientações que recebem desde o período pré-operatório até o momento da alta hospitalar, o que pode resultar, muitas vezes, no aumento de complicações e reinternações por fatores preveníveis além de dificultar o enfrentamento diante da nova realidade, podendo sofrer diversas alterações nos hábitos de vida, seja no campo psicológico, social ou religioso.

Palavras-chave: Colostomia. Compreensão de pacientes. Saúde.

^{*} Enfermeira, Membro do Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-Minas. Docente da Pós-graduação da Reanimação da Faculdade de Ciências Médicas. Docente das disciplinas de Gerontologia, Metodologia da Pesquisa, Seminário de Monografia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Coração Eucarístico, Belo Horizonte. Orientadora do estudo.

^{**} Discente do 9º período do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Coração Eucarístico.

ABSTRACT

The study aims to understand the perception of colostomy patients on the guidelines received from the Health Team for self-care in the hospital. This is a research with qualitative approach, based on discourse analysis proposed by Minayo. The study was conducted with 10 participants who had a colostomy for more than 30 days, the age of 18 and were hospitalized in extraporte hospital in the state of Minas Gerais where the study was conducted. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the institutions involved, CAAE 39393814.1.0000.5137 and Terms of Informed Consent (IC) signed by the participants. After discourse analysis, the construction of three categories was possible, as follows: the patient's perception about the instructions received; Instructions received at pre- and post-operative; and changes in lifestyle after colostomy. The results presented contributed to the researchers realized the need for improvement in patient-provider communication processes and methodologies to restructure and systematize care. It can be seen that the level of guidance that patients present during the process of teaching and learning reflects the assistance offered by the team. Impresses misunderstanding of the study participants on the guidelines they receive from the preoperative period to the time of hospital discharge, which can result often in increased complications and readmissions for preventable factors and hinder the confrontation before the new reality and may undergo several changes in lifestyle, be it in the psychological, social or religious field.

Keywords: Colostomy. Understanding of patients. Health.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população brasileira associado aos novos estilos de vida, à mudança do perfil demográfico e dos processos de urbanização, à industrialização e aos avanços tecnológicos culminaram na transição epidemiológica e no aumento à vulnerabilidade dos sujeitos às doenças crônico-degenerativas e multifatoriais, como as neoplasias ¹.

Essa transição epidemiológica pela qual a população brasileira tem passado reflete, contudo, nos serviços de saúde que necessitam criar estratégias para o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ². Por serem doenças que acompanham os indivíduos por um longo período de tempo, as DCNTs podem apresentar momentos de agudização ou melhora sensível ².

Além disso, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciaram que em 2008, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) foram apontadas como a principal causa de mortalidade no mundo e que, entre 57 milhões de mortes, 63% ou 36 milhões foram causadas por doenças cardíacas, derrame, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes ³.

Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde (2014), com relação ao sexo masculino para o câncer de cólon e reto, são esperadas 32.599 mortes de homens com idades entre 30 e 49 anos, 155.822 com idades entre 50 e 69 anos e 206.630 com idades acima de 70 anos. Já com relação ao sexo feminino, para esse tipo de câncer, são esperadas 28.306 mortes na faixa etária entre 30 e 49 anos, 113.792 mortes entre 50 e 69 anos e 207.137 mortes acima de 70 anos, para o ano de 2015 ⁴.

As estomias intestinais, mais especificamente as colostomias, consistem em uma incisão cirúrgica para a exteriorização de um segmento do cólon, através da parede abdominal, visando ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo, evitando assim a passagem de fezes na área lesada ou doente do intestino⁵.

Em 2010, o Brasil possuía cerca de 33.864 pessoas com estomias intestinais inscritas no Programa de Atenção ao Estomizado (PAE), sendo que, destas, 1.182 encontravam-se na região Norte; 4.176 encontravam-se no Nordeste; 2.260 encontravam-se na região Centro-Oeste; 17.669 na região Sudeste e 8.577 na região Sul. Em Minas Gerais foram cadastradas 4.643 pessoas, ou seja, 13,7% de todos os estomizados inscritos nesse período no Brasil^{6;7}.

Lidar, portanto, com a vivência de uma estomia, principalmente a irreversível e proveniente de um processo oncológico, impacta em todo o processo saúde-doença no qual o indivíduo, a família e a comunidade estão inseridos⁸.

Nessa perspectiva, os desajustes na ordem fisiológica estão associados, principalmente, à presença de um orifício na região abdominal por onde ocorrem as eliminações intestinais involuntariamente e a existência de um dispositivo acoplado ao estoma para armazenar gases, fezes e

odores⁹. As desordens fisiológicas alteram as condições psicológicas, emocionais e espirituais das pessoas estomizadas também, já que, na sua maioria, elas sentem-se excluídas, inferiorizadas, culpadas e envergonhadas pela situação vivida¹⁰.

A função intestinal e a convivência com a bolsa coletora, para os portadores de estomias, são questões centrais, geradoras de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades, sendo que muitos desses usuários alteram seu modo de vida em função da nova condição¹¹.

As desordens socioculturais e ambientais estão intimamente associadas ao entendimento da sociedade sobre o padrão corporal. Essas pessoas são estigmatizadas por fugirem da normalidade aceita e idealizada principalmente pelos veículos de informação portanto, na procura de não se sentirem diferentes, se tornam reféns do seu próprio corpo e da sociedade, modificando comportamentos e comprometendo a qualidade de vida¹⁰.

Cabe à equipe de saúde identificar as necessidades físicas, emocionais, sociais e as relacionadas aos aspectos da sexualidade dos estomizados, buscando uma atenção adequada e holística para o paciente e a família. As orientações devem ser sobre as adaptações na alimentação para controlar a eliminação, o tempo de permanência das bolsas coletoras e como

elas devem ser fixadas, higienizadas e retiradas, os cuidados diários com a mucosa e a pele ao redor do estoma, evitando lesões e traumas; devem ser esclarecidos sobre a atividade sexual normal e garantir apoio psicológico, sendo indicado para especialista, se for necessário ¹².

A educação oferecida para os pacientes no ambiente hospitalar deve ser compreendida como um instrumento de trabalho para a Equipe de Saúde, capaz de garantir segurança, benefícios e qualidade nos cuidados desde que aplicada e ensinada de forma adequada e integral para os clientes, considerando a individualidade de cada ser ¹³.

Diante do aumento, cada vez maior, de portadores de colostomia na sociedade e da necessidade de implementar uma assistência multiprofissional especializada a essa população, que objetive sua reabilitação, com ênfase no ensino do autocuidado, na promoção de independência e na redução de complicações e reinternações hospitalares, justifica-se a necessidade de um estudo que discuta a percepção de pacientes colostomizados diante das orientações para o autocuidado recebidas da Equipe de Saúde no ambiente hospitalar, ou seja, que permita escutar o sujeito principal pelo cuidado e identificar suas principais necessidades ¹⁴.

Torna-se importante que a equipe multiprofissional identifique as principais fragilidades e dificuldades durante a orientação ao paciente colostomizado para implementar estratégias de ensino do autocuidado e desenvolver planos terapêuticos, assim como linhas de cuidado direcionadas às principais demandas do portador de colostomia, visando ao impacto na qualidade de vida do indivíduo e sua família. Por tudo isso, identifica-se a demanda por estudos que evidenciem a compreensão de portadores de colostomias diante das novas condições de vida para desenvolver um cuidado integral e de qualidade. O estudo tem o objetivo de compreender como os pacientes estomizados percebem as orientações para o autocuidado recebidas da equipe de saúde no ambiente hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do curso de Bacharelado de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade Coração Eucarístico, Belo Horizonte. Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa para compreender a percepção do paciente estomizado diante das orientações que recebem acerca dos

cuidados e das complicações durante permanência no ambiente hospitalar.

A pesquisa qualitativa é utilizada quando o problema em questão não é algo que não se deva quantificar, mas sim compreender. É uma metodologia que trabalha com as ciências sociais, buscando compreender, interpretar as indagações sociais¹⁵.

A pesquisa foi realizada com pacientes que possuíam estomia intestinal há mais de 30 dias, independente do tempo de permanência da mesma, temporária ou permanente, com sujeitos de ambos os sexos, com idades acima de 18 anos, conscientes, hemodinamicamente estáveis e responsáveis pelo seu autocuidado, que estavam internados em uma das Unidades de Internação Clínica em um Hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios de exclusão se aplicaram para aqueles que não atendiam os critérios de inclusão e aqueles que se recusaram de participar da pesquisa.

Optou-se por pacientes com estomia há mais de 30 dias por partir do pressuposto que esse seja um tempo mínimo para desenvolvimento de adaptação do sujeito com o dispositivo e com as mudanças iniciais no cotidiano e vida, embora não tenha sido identificado tempo mínimo para tal processo. Sabe-se que o período de adaptação depende da

forma como cada indivíduo enfrenta a situação e o apoio que recebe da família.

O estudo, portanto, é composto por 10 participantes, apresentando perfil de gênero sendo 5 mulheres e 5 homens, com a faixa etária variando entre 24 e 76 anos. Em relação ao tempo de permanência dos entrevistados com a colostomia, identifica-se uma variação entre 56 e 730 dias, sendo o menor tempo pertencente a um homem e o maior a uma mulher. Cada entrevistado foi identificado com nome de pedras preciosas aleatoriamente, diferenciadas por gênero masculino e feminino conforme denominação de cada pedra, como: Ágata, Citrino, Topázio, Jade, Jaspe, Berilo, Pérola, Turmalina, Esmeralda e Zircone.

Para estabelecer o fechamento do estudo foi empregada a técnica de saturação de discurso, que é uma ferramenta utilizada nas investigações qualitativas em trabalhos desenvolvidos no campo da Saúde. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas gravadas para que não houvesse violação de depoimentos, nem exclusão ou acréscimo das falas, e, posteriormente estes depoimentos foram gravados, transcritos e analisados minuciosamente. Os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sigilo das informações fornecidas e da imagem do participante.

A última etapa da pesquisa qualitativa, Análise do material empírico e documental, se resume a um conjunto de procedimentos que visam ordenar, classificar e analisar os dados, articulando-os com a teoria que fundamenta o estudo¹⁶. Portanto, após à transcrição das falas, realizou-se a releitura e a separação das mesmas, de acordo com cada grande tema discutido conforme roteiro de entrevista por participante.

Surgiram dos macrotemas três categorias para o processo de análise, que foram definidas como: Percepção dos pacientes acerca das orientações recebidas; Orientações recebidas no período pré e pós-operatório e Mudanças nos hábitos de vida após a colostomia. Esse artigo apresentará apenas as duas primeiras categorias do estudo.

Visando não causar malefícios aos sujeitos envolvidos no estudo, preservando sua autonomia e mantendo seu anonimato, essa pesquisa foi realizada conforme Resolução 466/2012 e submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa antes do início das coletas de dados com os sujeitos. A coleta dos dados apenas ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e da Instituição Hospitalar. A pesquisa possui parecer substanciado do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), com número do parecer

956.864, relatório emitido em 16/12/2014 pela Plataforma Brasil, com número Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 39393814.1.0000.5137 e aprovação pela banca julgadora em 20/11/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos depoimentos dos entrevistados foi possível analisar as narrativas a partir de três categorias. Pressupõem-se que o nível de orientação que os pacientes apresentam durante o processo de ensino-aprendizagem reflete a assistência ofertada pela equipe. O processo de enfrentamento, aceitação e compreensão está relacionado diretamente com a comunicação profissional-paciente que se estabelece durante a responsabilização para o autocuidado.

Discute-se, no entanto, sobre a importância de a equipe de saúde desenvolver metodologias equânimes e integrais a fim de orientar os pacientes e não gerar impasses ou equívocos aos usuários, além disso, considerando que, antes de qualquer alteração biofisiológica, existe um ser humano que precisa ser percebido na sua integralidade e essência, portanto o cuidado deve ser mais amplo e deve-se considerar o contexto de vida de cada sujeito e os enfrentamentos psicológicos, sociais, familiares, culturais e

econômicos diante do processo estabelecido.

Percepção do paciente acerca das orientações recebidas

Sabe-se que as orientações devem transcender o ser biológico, implicando uma abordagem psicológica, social e mental. Os profissionais devem identificar que o momento de fragilidade pode, muitas vezes, dificultar a compreensão dos sujeitos sobre o autocuidado e a situação vivenciada.

Inicialmente percebe-se, nos depoimentos, a pouca participação dos entrevistados nas decisões referentes ao autocuidado antes e após o procedimento de colostomia, principalmente em relação às orientações recebidas em um momento de fragilidade do sujeito, como podemos perceber nas falas a seguir:

Não falaram[...] não falaram nada comigo não senhora. Botou esse “trem” “ne” mim e “tá” aí até hoje [voz exaltada, nervoso]. (Topázio).

Não. Antes não! Eu fiquei sabendo no dia mesmo em que eles “operou”. Que eu já saí de lá com a bolsa. [...] Não avisou[...] [...] E o médico falou: “A senhora[...] vai usar uma bolsinha, mas não vai te dar trabalho”. (Turmalina).

Pode-se perceber nas falas que os pacientes não tiveram tempo de um preparo psicológico, de reflexões sobre seu corpo e sua autoimagem. Muitas vezes esse

despreparo emocional leva a reações como raiva, indignação, falta de implicação no tratamento e no autocuidado.

O paciente estomizado deve iniciar seu processo de ensino-aprendizagem e autocuidado desde o pré-operatório até o pós-operatório tardio, ou seja, diante do diagnóstico e da necessidade de cirurgia, o profissional deve estabelecer vínculo com paciente e família e ser capaz de explicar a situação, levando à compreensão do procedimento e, posteriormente, no pós-operatório, iniciar abordagem técnica e operacional com o estoma e os aparatos utilizados¹⁷.

A orientação e informação antes do procedimento e o acompanhamento do sujeito no seu caso clínico levam à consciência e à reflexão sobre seus sentimentos e a forma de enfrentamento diante da situação. Porém, muitos pacientes agem com passividade no processo de tomada de decisão e construção do conhecimento sobre seu diagnóstico, tratamento e reabilitação, permanecendo, constantemente, na expectativa de receber todas as orientações dos profissionais, sem se posicionar como protagonista da própria história.

A comunicação torna-se deficiente e fragmentada entre profissional e paciente, sendo que o primeiro não consegue determinar limitações e necessidades principais para orientação e o

segundo posiciona-se apenas como ouvinte, aceitando tudo que lhe é imposto. Por isso, impressiona os relatos que afirmam que foram orientados, mas que, durante o discurso, demonstram compreensão incoerente e equivocada, como na fala abaixo:

Eu tinha que lavar muito bem lavado, passar muito sabão pra desinfetar onde a bolsa encaixa, nas “hemorroida” [...] e fazer um curativo especial, [...] então eles passaram pra “mim” usar álcool absoluto. (Ágata).

Essa fala demonstra comunicação paciente-profissional ineficaz, pois percebe-se falha de avaliação da participante pela incorreta interpretação, que muitas vezes pode estar associado a convicções e valores pessoais, e falta de validação do profissional para escutar o relato e retificar a compreensão da mensagem. Esses equívocos na comunicação podem culminar em eventos adversos graves e complicações para o paciente que executa os cuidados da maneira como compreendeu, que nem sempre será a correta.

A educação em saúde deve envolver todos os elementos que interagem para a tomada de decisão e construção do conhecimento, ou seja, desde os profissionais até o paciente e a família¹⁷. Planejar o ensino de autocuidado individualizado considerando as diferentes formas de enfrentamento dos sujeitos

diante de sua imagem corporal, seus comportamentos emocionais, psicológicos e sociais, e diante dos novos cuidados de saúde é fundamental para a equipe garantir a compreensão adequada do mesmo¹⁸.

Outro fato que nos leva à reflexão é o desconhecimento, por parte dos participantes do estudo, sobre o profissional que o orienta. Muitos não sabem informar o cargo do responsável que transmitiu informações fundamentais e cruciais para seu cuidado. Questiona-se, portanto, sobre as relações que estão sendo estabelecidas entre equipe e paciente e na maneira como se tem pensado no planejamento terapêutico e no cuidado multidisciplinar dos usuários durante a manutenção do autocuidado.

[...] foi uma mulher de cabelo “pretim”, baixinho o cabelinho. Uma pessoa muito[...] especial que deu a ela a intenção e ensinou direito mesmo. (Esmeralda).

Foi a menina que me deu as bolsinhas, né, que me indicou como seria a higienização, o cuidado, como colocar a bolsinha. [...] ela era como se fosse uma, uma funcionária mesmo, normal, sabe? (Pérola).

A educação de Paulo Freire considera a relação baseada no ensino e na aprendizagem em torno do educador como essencial para mudar a realidade, sendo que, para atingir a eficácia, este deve estabelecer contato com os indivíduos, o mundo e o contexto que o cerca como

sujeito social. Portanto, para gerar mudança de comportamento e transição no grupo social, os profissionais de saúde devem criar vínculo, mostrando o seu papel e fundamento como membro de uma equipe de saúde, para que assim possa ser construída uma identidade profissional de referência para o sujeito do cuidado ¹⁹.

Percebem-se diferenças no comportamento, na postura e no modo de aceitação, valorização e respeito pelos profissionais do paciente que participa juntamente da decisão da equipe e isso implica diretamente o seu processo de saúde. Esse paciente se envolveu com a equipe para determinar a conduta e a realização da colostomia sem indicação ou comorbidade intestinal, pensando na melhoria da independência individual e social, como na fala seguinte:

Eu “tava” começando com ferida [...] eu conversei com meu médico [...] ele falou: “Vamos estudar o caso!” [...] Aí foi onde sentamos, reunimos e fizemos[...] a bolsa de colostomia. E eu “tô” achando muito mais prático “pra” mim [...] e não pretendo tão cedo “tá” tirando essa bolsa de colostomia mesmo que a ferida lá debaixo venha a cicatrizar. (Zircone).

A adaptação transforma a relação entre o estresse e a enfermidade e controla os fatores que levam à inaptabilidade. É necessário criar suportes que impliquem a mudança comportamental e atitudinal interpessoal ²⁰. No depoimento anterior

pode-se perceber como o participante lida com aceitação à situação vivenciada, por ter partido de uma escolha própria e única sobre seu organismo. Entretanto, alguns relatos mostram reações de negação relacionadas à colostomização:

[...] do fundo da minha alma não é bom usar uma coisa dessa não, te incomoda, você fica deprimida, mas eu pus na cabeça que eu não tenho câncer no fígado e nem bolsa colostomia. (Ágata).

Eu só não sabia o tempo que eu ia ficar com isso, entendeu? Assim... a trabalhadeira que vai ser. Eu penso nisso, vai ser difícil lidar com isso aqui[...] [Voz fraca]. (Citrino).

Porque esse trem agarrado na gente é ruim demais. É só isso... Esse trem esquisito, gatura que dá na gente, esse trem não é brinquedo não, gente! Deus me livre! Esse aqui é o pior lugar do mundo! (Topázio).

Não! Eu não sei mexer, eu “num”[...] eu “num dô” pra me olhar, assim[...] pra pôr direito. (Turmalina).

Muitas vezes o indivíduo apresenta dificuldades no processo de adaptação e aceitação, relacionado a uma nova condição por causa da incorporação de um estigma social. A maneira como o sujeito lidará com suas dificuldades depende, principalmente, de mecanismos internos de defesa, ego, suporte e apoio familiar e profissional ²¹. Muitos manifestam-se com rejeição, como forma de se proteger da rejeição social, e outros apresentam sentimentos de incapacidade, inutilidade, transtornos de humor e depressão, com

isolamento, baixa autoestima e alteração da imagem corporal, exteriorizando a situação com desgosto, ódio e repulsa ²¹, como descrito nos depoimentos anteriores.

Deve-se ressaltar que essas manifestações não devem ser menosprezadas e evidenciam problemas maiores, como falta de assistência adequada, escuta qualificada e cuidado com o paciente. Percebe-se que os pacientes que reagiram dessa forma foram os que informaram que receberam orientações apenas depois que a estomia havia sido feita. Cabe ao profissional e à equipe respeitar o processo de luto e adaptação do sujeito, cada um tem um tempo de enfrentamento, que depende da estrutura psíquica, de crenças culturais e religiosas ²¹.

Portanto, a partir da análise dessa categoria, acredita-se que ainda há grande dificuldade, por parte dos participantes, em perceber as orientações recebidas, compreender a nova situação vivida. Isso explicita uma defasagem que é maior que a busca pela autoaceitação, pelo autoconhecimento do paciente, mas que implica a equipe profissional no gerenciamento do cuidado, na forma de conseguir desenvolver estratégias que façam o indivíduo perceber sua saúde como ato de cuidar de si mesmo, entendendo suas necessidades, limitações e potencialidades, criando resiliência para o

enfrentamento. A falta de comunicação paciente-equipe culmina em interpretações erradas, falta de adesão ao tratamento, dependência e negligência no cuidado, podendo colocar em risco a vida do indivíduo.

Orientações recebidas no período pré e pós-operatório

Encontrar-se em processo de hospitalização associado, principalmente, às doenças relacionadas ao câncer, como acontece muitas vezes com os indivíduos indicados para realização de colostomia, é uma situação que gera muita perturbação psicológica e mental tanto para pacientes quanto familiares. Quando o tratamento envolve ainda a realização de uma cirurgia para amputação de um fragmento intestinal e alteração biofisiológica, podendo ser temporária ou definitiva, o evento torna-se ainda mais estressante e complexo, como mostram os depoimentos a seguir:

No dia da cirurgia eu não queria fazer, que eu fiquei com medo, mas ela me explicou que era uma cirurgia, que ia me dar uma qualidade melhor de vida. (Pérola).

A médica proctologista falou que talvez seria uma bolsa temporária ou poderia acontecer no caso definitivo. [...] foi explanado antes da cirurgia! Agora “tô” usando ela definitivo! (Berilo).

O ambiente hospitalar, muitas vezes, é associado a um local de

sofrimento e morte para grande parte da sociedade, principalmente por sujeitos que não pertencem à prática e vivência dos serviços de saúde. Culturalmente essa concepção é transmitida entre gerações e pode ser percebida de formas diferentes nos contextos familiares, como nos casos em que os indivíduos procuram serviços de saúde apenas com objetivo diagnóstico e terapêutico. As negligências do sujeito na promoção da própria saúde juntamente com sua vulnerabilidade aos riscos sociais levam ao temor do adoecimento e da morte.

Quem sabe[...] quem sabe o senhor põe um anjo bom no meu caminho pra poder pagar as contas. Se algum dia eu vier a falecer, [...] que faça um enterro gostoso com muitas flores, principalmente folhais, não precisa ser rosa, pode ser só verde. (Ágatha).

O ambiente cirúrgico assim como as intervenções nesse ambiente que resultam em estomias intestinais estão muito relacionados a processos oncológicos, traumas, cirurgias gastroenterológicas, gerando muita inquietude e ansiedades nos pacientes ²². Torna-se fundamental, portanto, que a equipe multidisciplinar oriente o paciente e a família durante todo o período perioperatório, que é composto por três momentos: pré, intra e pós-cirurgia, visando ao estabelecimento de vínculo de confiança entre profissional-paciente, à

redução do nível de estresse e ao esclarecimento de dúvidas.

O objetivo mais importante da orientação acompanhada é a promoção de um cuidado multidisciplinar integral e individualizado de qualidade que identifique as necessidades essenciais do indivíduo e gere satisfação e reinserção social de forma autônoma e independente. Isso pode ser verificado no depoimento a seguir: “Desde o começo a moça já tirou as dúvidas, já não tenho tantas dúvidas mais. A maioria das minhas coisas eu faço tudo mais sozinho, sou mais independente, não dependo muito dos meus pais, procuro fazer sozinho” (Zircone).

Para que o indivíduo não se desvincule da rede de atenção de saúde e sempre recorra aos profissionais, quando necessitar de ajuda, o atendimento deve ser planejado, implicando diretamente o seu autocuidado em todos os momentos do processo. O momento pré-operatório, por exemplo, acontece desde o momento em que o paciente recebe a indicação da cirurgia até a entrada no centro cirúrgico e é uma fase de grande estresse e incertezas sobre o desfecho do procedimento ²³.

O estudo não identificou muitos depoimentos que abordavam o conhecimento e a orientação pré-cirúrgica. Os participantes da pesquisa explicam os cuidados orientados relacionados geralmente ao pós-operatório, apenas em

uma fala fica explícita a abordagem do anesthesiologista, mas nenhuma outra descreve o preparo anterior ao procedimento:

Ele falou comigo: “Amanhã a senhora vai descer ‘pro’ bloco cirúrgico 7h30, e a operação da senhora vai ser de risco e urgência [ênfase]. Depois que a senhora sair da operação, a senhora vai pro’ CTI [ênfase].” (Ágatha).

Apesar disso, a abordagem descrita parece gerar mais angústia e sofrimento para o sujeito e o familiar. A comunicação terapêutica deve ser estabelecida de forma a gerar confiança na equipe. A fala abaixo associa-se a outro impasse de relacionamento que ocasionou em insatisfação e incompreensão do indivíduo pelo procedimento realizado, provavelmente associado a uma cirurgia de emergência:

Não falaram comigo não. Botou esse trem “ne” mim e “tá” até hoje[...] [voz exaltada, nervoso]. [...] Falaram o tempo que vai ficar não. [...] eu não sei porque o médico fez isso comigo, ele me cortou e me mandou pra cá, e os médicos daqui “tão” querendo me mandar pra lá de novo. (Topázio).

Essas situações causam mais transtornos, insatisfação e cuidados incorretos posteriormente, como pode-se perceber nos depoimentos a seguir:

[...] eu só tenho uma coisa “pra” falar, é que “tava” doido pra ir embora desse hospital aqui. Eu “tô” aqui, até hoje eles

não fizeram nada pra mim. (Topázio).

[...] nunca “tive” bem depois que eu operei. Eu não “tive” bem nem um dia. Assim[...] falar: “Tô bem!” Quer dizer, então, dessa época pra cá eu só “tô” andando mal. (Turmalina).

Percebe-se que aqueles sujeitos que não recebem uma assistência adequada nos períodos que antecedem a realização da colostomia apresentam maior comprometimento, alterações psicossociais e dificuldade de enfrentamento ao longo da reabilitação, tornando mais difícil a realização de orientações pós-operatórias e o estabelecimento de metas de qualidade de vida junto à equipe. Esses pacientes que não conseguiram resolver questões internas, desenvolver resiliência e autoaceitação no período pré-cirúrgico, por apoio insuficiente da equipe, não se importarão, muitas vezes, em aprender os cuidados posteriores com um dispositivo e uma estomia indesejável.

Eu recebia orientação numa sala, [...] onde nós “ficava” no Hospital tinha “todas pessoa” que já tinha bolsa colostomia [...] dava pra gente tipo uma aula, uma orientação. Elas falavam muita coisa de “aproveito”, mas a gente fica tão lelé, que nessa parte eu não vou saber falar. (Ágatha).

“[...] assim[...] a primeira vez a gente fica meio “baqueado”. (Pérola).

O momento após a cirurgia deve ser trabalhado de forma específica e utilizando metodologias que garantam a compreensão

e o envolvimento do sujeito no autocuidado, mesmo estando em uma fase inicial de rejeição e luto. Percebe-se que o paciente submetido a uma colostomia passa por uma série de alterações em sua vida, como as intestinais, alimentares, cuidados com a região periestomal, limpeza, troca e aquisição do dispositivo coletor, compreensão sobre complicações relacionadas à colostomia, além de adaptação fisiológica e reinserção social.

Portanto, essas orientações pós-operatórias para portadores de colostomia devem acontecer desde o término da cirurgia até a recuperação e alta hospitalar, posteriormente, para serviços de contrarreferência de Unidade de Atenção Primária e Serviço Especializado para estomizados próximos à moradia do indivíduo.

Ao analisar, inicialmente, as percepções dos participantes sobre os hábitos alimentares e as modificações após a confecção da colostomia e os cuidados que foram repassados, percebe-se que as orientações geraram autopercepção do funcionamento do organismo e mudança de hábitos nutricionais, na maioria dos depoimentos, como pode ser visto na fala a seguir:

No primeiro momento fui orientado a comer coisas mais leves, mas com o tempo eu fui passando a comer de tudo. [...] é intestino normal, se você se alimenta por água, você só vai “tá”

fazendo fezes mais “líquida”, mais “sólido”, vai fazer mais sólido. Depende do que você está alimentando durante o decorrer do dia. (Zircone).

Otimizar a nutrição a partir de alimentos específicos e dieta controlada é uma estratégia não invasiva de redução de danos, já que está comprovada por pesquisas a relação direta entre o aporte nutricional e o câncer, que está associado aos determinantes e ao estilo de vida dos indivíduos²⁴.

As orientações nutricionais realizadas ao paciente portador de estomia intestinal devem basear-se numa alimentação saudável, de acordo com as necessidades individuais, atentando-se para as preferências alimentares, cujo objetivo é prevenir a perda de peso, o bloqueio do estoma, prevenir alterações intestinais e, conseqüentemente, evitar infecções e irritações na região periestomal²⁵.

Quando, no entanto, essa abordagem alimentar não considera as peculiaridades, singularidades e preferências alimentares do indivíduo, o profissional não é capaz de garantir adesão à dieta nutricional e, como consequência, surgem complicações e intercorrências inadequadamente, conforme é descrito nos depoimentos a seguir:

Minha bolsa ressecou uma vez, eles “teve” que enfiar a mão, limpar lá dentro,

tirar. Quase que eu morri de tanta dor. (Turmalina).

Só quando “tá” com a diarreia que é um pouco mais fica quieta. É... porque a quimio já dá, né? Aí eu espero a diarreia passar. (Esmeralda).

Outras inúmeras complicações devem ser esclarecidas e orientadas, além das diarreias e desidratações abordadas. A equipe deve ensinar os portadores de colostomia a identificarem alterações como hérnia e dermatite periestomal, abscesso, prolapso, necrose, irritação da região, entre outros.

As complicações mais relatadas pelos pacientes referem-se a dermatites ou irritações da região periestomal. Percebe-se que as dermatites periestomais podem ser evitadas, se realizado o processo de higienização e a troca de dispositivo de colostomia de forma apropriada. A região de uma estomia deverá ser higienizada a cada troca da bolsa coletora²⁶.

Diante desse contexto, identificam-se participantes do estudo realizando o procedimento utilizando substâncias impróprias para higienização e limpeza da região periestomal.

Eu tinha que lavar muito bem lavado, eu tinha que passar muito sabão pra desinfetar em volta, ali onde a bolsa encaixa, e fazer um curativo especial, que com álcool absoluto, que não queima, soro fisiológico, “beijamim”, é como se fosse um mertiolate. (Ágatha).

Nesse contexto, ao realizar a troca da bolsa, deve-se evitar o uso de substâncias como álcool, éter, iodo, pois podem ocasionar irritação e ressecamento da pele. Após realizar a limpeza da estomia, é indicado o uso de materiais delicados para não irritar a região periestomal. Quanto à limpeza da bolsa coletora, esta deve ser lavada, de preferência com o auxílio de uma ducha ou *spray*, protetores de pele, utilizando água normal e sabão líquido, e logo após deve-se enxugar com papel higiênico, gaze ou pano a região da abertura da bolsa⁶.

Em relação à higienização e à troca das bolsas de colostomia, percebe-se uma indefinição nos períodos estabelecidos para cada participante, evidenciando a diversidade e integralidade de cada um, a adaptação e implementação de cuidados ao longo do dia, variando de acordo com a rotina de cada indivíduo. Deve-se, no entanto, atentar-se para trocas diárias e constantes dos dispositivos, a fim de evitar custos elevados com materiais, como mostra o depoimento seguinte:

[...] dispenso e pego outra porque “num” tem condição, as bolsas vêm tão [...] ruim, que enche, solta toda hora, elas “móia” por trás, estraga e não tem como eu tornar [a] “vortar” com ela. [...] Lá no Sagrada Família, já marcou reunião comigo pra ver. Porque eles estão achando que uso para mais que muitas pessoas [...] eu reconheço que “tava” mesmo, que “tá” mesmo. (Turmalina).

A World Ostomy Continence Nurse Society (WOCN) estabelece tempo de permanência da bolsa coletora de aproximadamente três a sete dias. Trocas frequentes podem ocasionar complicações na região periestomal e aumento do custo para o sistema de saúde que fornece os dispositivos. Deve-se identificar o motivo das constantes trocas, que podem estar associadas à inadaptação com a bolsa, à incompreensão sobre os cuidados e gastos¹⁴. Pode também, muitas vezes, estar relacionado a uma alteração psicossocial e mental, como o desenvolvimento de manias de limpeza do indivíduo, que atribui às bolsas um significado de sujeira, mau cheiro e incômodo das pessoas próximas, como pode-se perceber nas falas abaixo:

Porque a coisa que eu mais preocupo na minha casa é com o banheiro. Então eu lavo duas vezes, porque toda hora você “tá” ali virando uma bolsa e aquilo espirra. [...] lavava minhas “mão” e ia lavar o banheiro, jogava água sanitária com álcool pra tudo quanto é lado, puxava com rodo e vinha com pano de saco branquinho, limpinho, em volta do vaso, na beira da pia e desinfetava tudo. (Ágatha).

Essas situações devem ser discutidas com o portador de colostomia e a família para identificar o sofrimento psicológico relacionado ao dispositivo e criar mecanismos de ensino que permitam ao indivíduo identificar que não é a

quantidade de trocas, mas a qualidade do autocuidado que irá prevenir complicações e garantir segurança e conforto com o dispositivo ao longo do dia.

Outro problema que deve ser investigado, portanto, é o tipo de dispositivo usado, podendo este dificultar a adaptação, gerar insatisfação do portador de colostomia e aumentar a demanda de trocas. A diversidade de dispositivos tanto pode permitir adequação e facilidade no manuseio, quanto pode resultar em transtornos, como vazamentos, difícil encaixe ou vedação, eliminação de gases, situações que causam muito constrangimento, como podemos perceber na fala a seguir:

[...] duas peças é perigoso. Eu deitar, aquele “cliquezinho” solta. [...] já aconteceu de, às vezes, ela abrir e sujar. Então eu prefiro a de uma peça, mas sem o grampo... aquele grampinho que encaixa. Aquela que você dobra, dá duas dobras e fecha, tipo velcro. Ela é mais prática pra mim. Eu prefiro ela. (Zircone).

A grande variedade de dispositivos permite a escolha do uso dependendo de cada situação, além de garantir qualidade, facilidade de manuseio e conforto apropriado conforme a demanda do indivíduo²⁷. Tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos pacientes estomizados existem dispositivos como o sistema ocluser ou obturador e a irrigação que proporcionam eliminação voluntária

das fezes sem a necessidade de permanecer com a bolsa de colostomia, evitando o constrangimento pelo a evacuação de fezes, gases, ruídos e odores. Além disso, esses dispositivos são seguros, simples e práticos, auxiliando os estomizados na reabilitação por permitir um período maior de continência fecal permitindo realizar a atividades do cotidiano com mais segurança e tranquilidade sem ter a preocupação com o esvaziamento, odores comuns com a utilização da bolsa ²⁸.

O Serviço responsável pela aquisição dos dispositivos deve, então, garantir integralidade, universalidade e atendimento equânimes para a população portadora de colostomia. Em Minas Gerais, as bolsas e todo o material necessário para o cuidado em domicílio podem ser adquiridos em Postos de Atendimento Médico (PAM) referenciados por regional do Município. O cadastro dos colostomizados deve acontecer no próprio ambiente hospitalar ou encaminhado para o serviço após a alta orientada. Nos depoimentos percebe-se o fluxo estruturado e organizado da Rede de Atenção ao Portador de Colostomia:

Essas bolsas, tem o PAM Sagrada Família. [...] Eles doam a bolsa pra quem tem esse tipo de colostomia. Você vai lá e faz seu cadastro, e eles te mostram vários tipos de bolsa, que você pode estar se adequando. [...] Eles fazem a conta, por exemplo, supondo 15 bolsas por mês, então dá mais ou menos três dias. (Zircone).

A alta hospitalar orientada e matriciada para o Serviço que será responsável pela disposição de materiais e pelo acompanhamento de cuidados com o indivíduo posteriormente à internação é essencial para a continuidade das orientações e dos cuidados em domicílio, além de ser o primeiro suporte profissional em caso de intercorrências, dúvidas, complicações e alterações psicossociais, nutricionais e mentais, já que é composto por equipe multidisciplinar ²⁹.

Por tudo isso, o atendimento de saúde deve ser realizado de forma multidisciplinar, com desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados e organização de um cuidado sistematizado, integral e holístico. Cabe à equipe, portanto, traçar o perfil demográfico, epidemiológico e sociocultural desses indivíduos portadores de colostomia ou com indicação provável para o procedimento. Assim poderão ser estabelecidas linhas de cuidados específicas aos mesmos de modo a garantir orientação desde o momento pré-operatório até o autocuidado domiciliar com equipes estruturadas e vinculadas à Rede de Atenção à Saúde desses indivíduos. O processo de orientação é capaz de implicar o sujeito no seu contexto de vida e gerar autonomia e independência social e psicológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelo colostomizado depende dos valores, da cultura, do estilo de vida, assim como a representação da colostomia na vida desse sujeito. Os determinantes sociais influenciam diretamente no processo saúde-doença e requer dos profissionais uma abordagem individualizada e um planejamento de cuidado que englobe necessidades biopsicossociais e que garanta autonomia, independência e reinserção na sociedade.

Nessa perspectiva, quanto à percepção dos pacientes acerca das orientações recebidas, observa-se que estratégias de comunicação efetivas precisam ser repensadas para que profissionais de saúde impliquem os sujeitos participantes no processo e na responsabilização do autocuidado.

Em relação às orientações recebidas, percebe-se a importância de planejamento assistencial que aborde questões fundamentais relacionadas ao procedimento de confecção do estoma e aos cuidados intrínsecos, como higienização da região periestomal, troca e aquisição do dispositivo coletor, alimentação e prevenção de complicações.

Nos depoimentos do estudo, pode-se perceber que há incompreensão acerca das orientações recebidas, o que pode resultar, muitas vezes, no aumento de reinternações por fatores preveníveis.

Além disso, percebe-se que, quando há incompreensão das orientações, o sujeito apresenta dificuldade em criar mecanismos de resiliência diante da sua nova realidade, podendo sofrer diversas alterações nos hábitos de vida, seja no campo psicológico, social ou religioso.

Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar no desenvolvimento de planejamento de cuidados de forma integral e individualizada no âmbito hospitalar e em qualquer serviço de apoio da rede de saúde, em qualquer nível de atenção, pois o importante é garantir continuidade do acompanhamento e da qualidade da assistência prestada.

Por tudo isso, verifica-se a necessidade de mais estudos que abordem a condição de vida do colostomizado, suas percepções e seus sentimentos diante da nova realidade para que processos de melhoria possam ser planejados, a prática do cuidado seja aprimorada e qualificada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório

- final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
2. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Brasil Cancerol.* 2009;55(4):379-388.
 3. World Health Organization. Dados e estatísticas das DANTs. Brussels: WHO; 2014.
 4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
 5. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. *Rev Scientia Medica.* 2008;18(1):26-30.
 6. Associação Brasileira de Ostomizados. Quantitativo de pessoas ostomizadas no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASO; 2014.
 7. Violin MR, Sales CA. Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;12(2):278-286.
 8. Violin MR, Mathias TAF, Uchimura TT. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos ostomizados. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008;10(4):924-932.
 9. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão de portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico. (Tese de Doutorado). Ribeirão Preto: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
 10. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MT. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Rev Min Enferm.* 2013;17(2):258-267.
 11. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Júnior FJGS. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1043-1047.
 12. Monge RA, Avelar MCQ. Nursing care of patients with intestinal stoma: nurse's perceptions. *Online Braz J Nurs.* 2009;8(1).
 13. Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
 14. Silva J. Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados. (Tese de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade Federal de São Paulo; 2013.
 15. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Rev Ciên Saúde coletiva.* 2012;17(3):621-626.
 16. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 33. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2013. p. 9-29.
 17. Reveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm.* 2007;41(2):245-250.
 18. Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. *Rev RENE.* 2014;15(1):166-173.
 19. Brito CGNS, Silva NC, Montenegro L. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. *Rev Enferm.* 2012;16(3):317-326.

20. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):557-64.
21. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH*. 2008;11(2):27-39.
22. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev Brasil Cancerol*. 2007;53(4):431-435.
23. Perrando M, Beuter M, Brondani CM, Roso CC, Santos TM, Predebon GR. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Rev REUFMS*. 2011;1(1):67-70.
24. Atollini RC, Gallon CW. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. *Rev Brasil Coloproctol*. 2010;30(3):289-298.
25. Palludo KF, Silveira DA, Vanz R, Petuco VM. Avaliação da dieta para pacientes com colostomia definitiva por câncer colorretal. *Rev Estima*. 2011;9(1):24-33.
26. Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do Centro-Oeste de Minas Gerais. *Rev Enferm Cent Oeste de Min*. 2012;2(3):337-346.
27. Bonill-de-Las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marin C, Fernández-Gallego MC. Conviviendo con estomas digestivo: estrategias de afrontamiento de la nueva realidade corporal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(3):394-400.
28. Lima TGS, Lacombe D. Uso do

método de irrigação e sistema ocluser pelo colostomizado: avaliação após três anos de seguimento. *Rev Estima*. 2004;2(2):17-21.

29. Brasil. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*. 16 nov 2009.

Recebido em: 08/03/2016

Aceito em: 10/04/2017

Correspondência:

Luzimar Rangel Moreira

Av. Dom José Gaspar, n.500, Coração Eucarístico, Belo Horizonte/MG.

E-mail: luzimarrangel@bol.com.br