

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Roberta Veleda Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A  
ADAPTAÇÃO DOS PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL**

Santa Cruz do Sul

2016

Roberta Veleda Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A  
ADAPTAÇÃO DOS PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Luciane M<sup>a</sup> Schimidt Alves.

Santa Cruz do Sul

2016

Santa Cruz do Sul, julho de 2016

A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ADAPTAÇÃO  
DOS PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL

Roberta Veleda Rodrigues

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeira.

Foi aprovada em sua versão final, em 11 de maio de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

---

Banca Examinadora

Maitê Lima

---

Banca Examinadora

Eliana Cácia

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Enf<sup>ª</sup>. Ms. Luciane M<sup>a</sup> Schimidt Alves

## AGRADECIMENTOS

Certamente, um grande passo dou agora, enfim mais um sonho alcançado. Agradeço a Deus pela minha vida, por me orientar nas escolhas e pelas pessoas que este colocou em meu caminho. Pessoas estas que amo, às quais hoje agradeço.

Agradeço aos meus pais Amados Leonisia V. Rodrigues e David Roberto Rodrigues por me amarem, por me estender a mão cada vez que precisei, por me escutarem, por me incentivarem, enfim por tornarem essa caminhada menos exaustiva. Obrigado, devo muito a vocês.

Agradeço ao meu marido Alexandre de Almeida por estar sempre ao meu lado, aos meus filhos Henrique e Camila, pela paciência, enfim por serem pessoas maravilhosas na minha vida, que certamente não teria sentido sem vocês. Ao meu irmão Rafael que segue também firme e forte ao meu lado, sempre me desejando o melhor.

Muito obrigada por estarem sempre ao meu lado, nos momentos bons e ruins da vida. Sou eternamente grata por tudo. AMO MUITO VOCÊS.

Agradeço as pessoas que participaram de uma forma ou outra como alguns colegas em especial, Tiane Lopes e a Michele Lopes. As enfermeiras Jaqueline Peixoto e Fabiana Battisti, que me ajudaram muito. A toda equipe do UBS Esmeralda que me receberam e dividiram seu conhecimento, no curricular I, a toda equipe do CDII do hospital Santa Cruz, pelo acolhimento e carinho que recebi neste final da graduação.

Agradeço a coordenação do meu trabalho, pela compreensão que muitas vezes necessitei, por mudanças na escala e folgas concedidas, as minhas colegas de trabalho, que de uma forma e outra me ajudaram em especial a Cintia Souza que até de horário trocou para me ajudar, Valeu.

Agradeço a todos os professores, mestres em especial a minha orientadora Luciane M.S Alves, pela orientação, pelo carinho e principalmente pela paciência que teve comigo.

Enfim, a todos, que de algum modo, direta ou indiretamente fizeram parte da minha caminhada e contribuíram para que eu chegasse a este momento tão especial.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias.....	26
----------------------------	----

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar a percepção dos pacientes estomizados, sobre as orientações de enfermagem. A pesquisa foi realizada em dois setores que prestam atendimento a este público, nas dependências de um Hospital, referencia em oncologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório e descritivo, realizada com nove pacientes estomizados, devido ao diagnóstico de câncer colorretal, por meio de uma entrevista que seguiu um roteiro de questões abertas contendo dados sócios demográficos, dados clínicos, e questões relacionadas às orientações de enfermagem e qualidade de vida pós-estoma. Após a análise dos dados emergiram categorias I- Perfil dos pacientes entrevistados, II- sentimentos dos pacientes no momento do diagnóstico e orientações de enfermagem e III- Orientações dos profissionais de saúde para pacientes estomizados. Conclui-se que existem lacunas e equívocos em relação à assistência prestada a estes pacientes, principalmente em relação às orientações de enfermagem. O que ser consequência da não aplicação da sistematização da Assistência em enfermagem, o rápido processo que se apresenta desde a descoberta do diagnóstico a cirurgia ou até a sobrecarga de trabalho destes profissionais.

**Palavras-Chave:**Enfermagem; Estoma; Orientações de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aims to identify the perception of ostomy patients on the nursing guidelines. The survey was conducted in two sectors that provide service to this public, on the premises of a Hospital, reference in oncology. This is a qualitative research of exploratory and descriptive, held nine ostomy patients due to the diagnosis of colorectal cancer through an interview that followed a script of open questions containing demographic membership data, clinical data, and issues related to nursing guidelines and quality after-stoma life. After analyzing the data emerged from I-profile categories of patients, of II- feelings of patients at diagnosis and nursing guidelines and III guidelines for health professionals to ostomy patients. It is concluded that there are gaps and misconceptions regarding the care provided to these patients, especially in relation to nursing guidelines. What is a consequence of not applying the systematization of nursing assistance in the rapid process that has since the discovery of diagnostic surgery or to the workload of these professionals.

**Keywords:**Nursing; Ostomy; Nursing Guidelines.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
4.1 Definições e dados epidemiológicos sobre estomas.....	13
4.2 Tratamentos adjuvantes.....	15
4.3 A realidade após a estomia.....	16
4.4 Qualidade de vida.....	18
4.5 O papel do enfermeiro na readaptação do estomizado.....	19
5 METODOLOGIA.....	23
5.1 Tipo de Estudo.....	23
5.2 Local da Pesquisa.....	23
5.3 Sujeitos do Estudo.....	24
5.4 Instrumento para coleta de dados.....	24
5.5 Procedimentos Operacionais e Éticos.....	25
5.6 Análise de dados.....	25
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	42
APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	43

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre pacientes estomizados confere relevância devido ao significativo aumento do número de casos, sendo maior a incidência destes em pacientes com diagnóstico de câncer colorretal e traumas, em diversas idades. O câncer de cólon e reto são as causas mais prevalentes dentre as diversas patologias que podem desencadear a necessidade da realização de uma estomia (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

De acordo com dados do Inca (2015), a estimados para o ano de 2016 no Brasil, 16.660 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e 17.620 em mulheres. Essa estimativa de risco corresponde a 16,84 novos casos a cada 100 mil homens e 17,10 a cada 100 mil mulheres. Para o estado do Rio Grande do Sul são estimados 3.190 novos casos da doença, sendo que somente para capital do estado, Porto Alegre, estimam-se 660 novos casos.

O perfil sociodemográfico e epidemiológico do paciente estomizados apresenta um número de casos elevados no sexo feminino, com predomínio de adultos e idosos, tendo o câncer colorretal como principal causa na realização do estoma (LUZ; SILVA; LUZ, 2013). Segundo Stumm, Oliveira e Kirschner (2008) o número de idosos é predominante entre os pacientes estomizados, sendo um marcador a idade superior a 60 anos para a identificação de grupos de risco.

Diante disso, percebe-se a importância dos profissionais de saúde em qualificar a assistência prestada. Os profissionais enfermeiros possuem papel de extrema relevância nas ações de educação em saúde, proporcionando maior compreensão para a adaptação dos pacientes com estomia intestinal, auxiliando na compreensão do seu processo de adoecimento, bem como, a recuperação ou readaptação deste, contribuindo na sua autonomia em face ao auto cuidado (NASCIMENTO et al., 2011).

Os estomas surgiram no século XVIII e em 1930 o *American Journal of Nursing* destacou a importância da assistência de enfermagem aos pacientes estomizados (GEOVANINI, 2014). Diante disso pode-se dizer que o conhecimento do enfermeiro é fundamental, pois este tem a responsabilidade na assistência deste cliente desde o acompanhamento do cirurgião na demarcação do local em que será realizado o estoma, no pré e no pós-operatório, facilitando as ações de cuidado e atividades futuras de autocuidado do paciente (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010).

O enfermeiro é responsável pelas orientações que facilitarão a adaptação à sua nova realidade, fazendo com que este indivíduo não se isole da família ou renuncie sua vida social.

O enfermeiro torna-se fundamental na vida do estomizado e de seus familiares, auxiliando na busca da sua autonomia e no retorno das suas atividades sociais (MENDONÇA et al., 2015).

Os termos estoma, estomia, ostoma ou ostomia, segundo Gemelli e Zago (2002) citados por Silva et al. (2014), significam boca ou abertura, palavras de origem grega, consequência da exteriorização de vísceras ocas através do corpo, devido às doenças congênitas, tumores, câncer intestinal, traumatismo e doenças inflamatórias. Santos e Cesaretti (2001) abordam o termo correto como estoma de origem grega a partir do étimo stóma, com sinônimo estômato. Para Malagutti e Kakiyama (2011), a realização de um estoma está previsto no tratamento de diversas patologias, podendo ser temporários ou definitivos.

Estomia intestinal consiste num procedimento cirúrgico onde é exteriorizada qualquer parte do intestino, com denominação específica dependendo do segmento exteriorizado (NASCIMENTO et al., 2011). O ato cirúrgico de realização de um estoma consiste em uma abertura feita na parede do abdome, onde parte do intestino é exteriorizada através de um orifício, podendo ser uma colostomia que é a exteriorização de qualquer parte do intestino grosso ou ileostomia que é a exteriorização do intestino delgado, ambos os procedimentos têm como objetivo desviar o conteúdo do intestino. Existem diversas situações que podem desencadear a necessidade da realização de uma estomia, sendo que a etiologia da doença determinará se o estoma será definitivo ou temporário (SANTANA et al., 2010). As estomias tornaram-se procedimentos cirúrgicos comuns e inferem impacto na saúde pública, visto que estima-se 50 mil estomizados e 10 mil inscritos no Programa de Ostomizados do Sistema Único de saúde (SUS) (ABRASO, 2004 a).

O câncer colorretal, segundo Santos (2007), é uma das principais causas da realização de um estoma e na maioria das vezes, o definitivo. Stumm, Oliveira e Kirschner (2008), através de um estudo exploratório, afirmam que a maioria dos pacientes acometidos pelo câncer de cólon e de reto finda por necessitar de algum tipo de estomia, Mahl, Weizemann e Borges (2014), ao concluírem seu estudo realizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, concordam que o câncer de cólon e reto é a doença que mais ocasionou aos indivíduos necessidade de estomia. Após a cirurgia, o estomizado perde o controle esfinteriano fazendo-o depender do uso contínuo de um dispositivo, chamado de bolsa coletora, nesta, as fezes e gases são eliminados por meio do seu dispositivo preso à parede do abdome.

Devido à complexidade das transformações pós uma estomia, percebe-se a necessidade da atuação do profissional enfermeiro, bem como, da equipe, na promoção do aprendizado acerca do autocuidado do paciente, visando facilitar sua adaptação ao novo estilo

de vida (ARDIGO; AMANTE, 2013). Os cuidados aos pacientes submetidos à cirurgia que resultam em estomias devem ser específicos e especializados posto atender de modo integral às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Diante deste contexto, o estudo investigou a percepção dos pacientes sobre a importância das orientações de enfermagem para sua adaptação a nova realidade, abordando reflexões sobre a assistência prestada a estes pacientes e seus familiares. Sendo assim, questiona-se: Qual a importância das orientações de enfermagem para a adaptação dos pacientes com estomia intestinal?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar a percepção dos pacientes estomizados, que estão em tratamento no setor oncológico, sobre a importância das orientações de enfermagem.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Traçar o perfil dos pacientes estomizados que estão em tratamento no setor oncológico de um hospital referência em oncologia;
- Conhecer a percepção do paciente estomizado sobre as orientações de enfermagem recebidas;
- Identificar a importância dessas orientações para sua qualidade de vida.

### 3 JUSTIFICATIVA

As vivências da pesquisadora em um hospital de referência em oncologia, desde o ano de 2007, despertou o interesse em pesquisar sobre o trabalho da enfermagem com os pacientes estomizados. Contatou-se nessa trajetória inúmeros casos de câncer de intestino que evoluíram para estomias, o que causou certo desconforto, pois, percebeu-se que qualquer indivíduo pode ser acometido por essa enfermidade e que o olhar qualificado do profissional é de extrema importância.

As consequências dessa situação de saúde envolvem não só o paciente, como também seus familiares, que acabam se envolvendo com a brusca mudança de vida do paciente. Muitas situações de sofrimento e desespero dos pacientes são presenciadas pelos profissionais que atuam nessa área, que de certa forma participam de muitas confissões de insegurança, dúvidas e incertezas sobre o futuro.

Para Mauricio, Souza e Lisboa (2013), o estudo sobre pacientes estomizados é relevante devido ao aumento no número de estomizados, sendo que entre as causas o câncer colorretal e os traumas são as duas de maior incidência, acometendo parcelas maiores, inclusive de jovens da sociedade, sendo que a maior parte dessas estomias são medidas definitivas para a continuidade da vida.

Para um atendimento integral ao estomizado, os profissionais de saúde necessitam estar preparados e disponíveis. O estomizado precisa aprender novos conhecimentos em relação ao seu cuidado pessoal, assimilar sua nova condição para conseguir absorver conhecimentos e desenvolver habilidades, que servirão como base para aceitação e enfrentamento da sua nova realidade (POLETTI; SILVA, 2013).

Cabe ao enfermeiro a busca de subsídios para o planejamento do ensino do auto cuidado do estomizado e de seu familiar, pois isso possibilita ao estomizado sua independência na prática dos seus cuidados, fazendo com que enxergue a presença de alterações do seu estoma ou dificuldades como a troca da bolsa (SILVA et al., 2013).

Devido a esses fatores, reconhece-se a relevância da realização desse estudo avaliativo sobre a atenção aos pacientes com estoma intestinal, permitindo reconhecer os avanços e as lacunas ainda existentes. Portanto, no momento em que se conhece a percepção do paciente estomizado a partir de seus relatos, pretende-se proporcionar aos profissionais de enfermagem uma visão ampliada para desenvolver estratégias que irão auxiliar paciente e equipe mediante esta situação. Espera-se assim, juntamente com os avanços existentes na área de estomaterapia contribuir com as informações para o desenvolvimento de projetos futuros.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 Definições e dados epidemiológicos sobre estomas

Estoma palavra que vem do grego e significa boca ou abertura, sendo um procedimento cirúrgico, onde é feita a exteriorização de qualquer órgão oco através do corpo (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011). Os autores Gemelli e Zago (2002) citados por Silva et al. (2014) afirmam que os termos ostomia ou estomia, ostoma ou estoma, tem o mesmo significado. A terminologia médica conforme Bacelar et al. (2004) apresentam alguns termos de uso discutível, conforme as normas de transmutação de termos gregos para o português, o termo ostomia está incorreto segundo os autores.

Não há “ostoma” nem “ostomia” registrada nos dicionários, embora possam, futuramente, aparecer neles se esses nomes tiverem uso muito difundido. Na língua portuguesa, as formas derivadas do termo grego *stóma*, boca, quando iniciam palavra, são feitas com *e* inicial (*estoma*), não *o* (*ostoma*). Como regra, embora haja exceções, na formação de nomes com elementos procedentes do grego ou do latim, usa-se o referido *e* prostético antes de termos iniciados por *s*, seguido de outra consoante. Fruto da metodologia linguística, estoma é o nome regular (BACELAR et al., 2004, p.582).

A confecção do estoma é realizada por diversos procedimentos cirúrgicos: traqueostomia, gastrostomia, cistostomia, urostomia, ileostomia e colostomia, todas previstas na abordagem terapêutica, cada um destes procedimentos será escolhido conforme a região afetada, essa terapêutica se dá devido a um número variado de patologias, estes estomas podem ser temporários ou definitivos (MALAGUTTI; KAKIHARA (2011). Segundo Cesaretti et al. (2005) citados por Silva et al. (2014) as estomias intestinais podem ser definitivas ou temporárias, continentais ou incontinentais. Contínente seria quando o paciente tem controle de suas evacuações e incontinente quando o paciente não tem esse controle, esse resultado dependerá da causa que o levou ao determinado procedimento.

Para Santos e Cesaretti (2001), colostomias e ileostomias estão previstas na abordagem terapêutica de várias doenças, podendo ser definitivas ou temporárias.

O câncer de colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves e proctite actínica, entre outros; São criadas em caráter temporário, como nas situações de trauma abdominal com perfuração intestinal, na necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distal a derivação, ou definitivo, objetivando substituir a perda de função esfintéfrica resultante de tratamento cirúrgico ou incontinência, após o insucesso de outras

opções que objetivam restaurar a evacuação transanal (SANTOS; CESARETTI, 2001, p. 39).

As cirurgias de colostomia são realizadas quando parte inferior do intestino grosso, o reto ou ânus não está funcionando normalmente devido alguma patologia, trauma ou na necessidade de um período de repouso para recuperar suas funções normais (SANTANA et al., 2010).

A estimativa mundial no ano de 2012 trouxe o câncer de colo e reto como terceiro tipo de câncer que mais acometeu homens, com 746 mil novos casos (10% do total dos cânceres), e nas mulheres como o segundo, com 614 mil novos casos (9,2% do total dos cânceres) de acordo com o Instituto nacional do câncer (INCA), 55% dos casos são procedentes de países com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) elevado (Europa, América do Norte e Austrália). Foram estimados 694 mil casos para a mortalidade em ambos os sexos, a maior parte em países com mau prognóstico para a doença e índice de desenvolvimento humano (IDH), baixo (INCA, 2015).

De acordo com Santos (2007), abordar a epidemiologia dos estomas em nosso país, é extremamente difícil, como tantos outros temas que exigem a necessidade de registro sistematizado de informações. O autor também relata que além da falta de sistematização, existe uma carência de informações devido às características clínicas desta problemática, provavelmente pelo fato de que estomas são previstos como uma consequência e não como causa de um diagnóstico, tais aspectos dificultam a eficácia de dados. Os autores Silva e Popov (2009) concordam que a dificuldade em relação a dados epidemiológicos sobre o procedimento de estomia, pode ser pelo fato de que o procedimento é realizado devido a uma consequência, e não como causa de diagnóstico.

Dados diretos sobre a prevalência dos estomas podem surgir através das próprias publicações sobre os estomizados, por meio de seu perfil demográfico e clínico ou de informações de associações criadas como a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) que surgiu com o objetivo de melhorar a reabilitação dos estomizados, também a *International Ostomy Association* (IOA) e *United Ostomy Association* (UOA), mundial e norte-americano (EUA e Canadá). Os dados indiretos surgem das causas dos estomas. A epidemiologia das causas dos estomas informa dados indiretos, colocando as neoplasias malignas de colorretal em evidência (SANTOS, 2007).

No ano de 2003 segundo a Associação Brasileira de Ostomizados havia 42.627 estomizados, cadastrados nas associações estaduais de 23 estados no Brasil, sendo que 53% eram mulheres (ABRASO, 2004). Os autores Nascimento et al. (2011) citam a estimativa da

ABRASO, que no Brasil o número de estomizados totaliza 50 mil, muitos deles jovens vítimas de traumatismos por armas e acidentes. Já Coelho et al. (2015) cita que o número de ostomizados no Brasil é de 33.864, excluídos os estados do Amapá, Tocantins e Roraima, que não dispõem de tais informações.

A incidência no Brasil de neoplasias malignas está relacionada com o aumento da expectativa de vida, conseqüentemente o envelhecimento populacional, associados a outros diversos fatores, como mudanças na globalização, novos padrões de consumo e alterações no estilo de vida, fatores esses que contribuem para o atual perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos (RAMOS et al., 2012).

#### **4.2 Tratamentos adjuvantes**

O câncer de colorretal abrange tumores do intestino grosso e do reto, sendo que a maioria deles são adenocarcinomas que acometem o reto baixo e ânus, nesses casos a cirurgia é a opção de tratamento. Tais procedimentos cirúrgicos resultam na maioria das vezes na confecção de um estoma intestinal, devido a um diagnóstico tardio, podendo haver a necessidade de um tratamento adjuvante (RAMOS et al., 2012).

Segundo Bonassa (1996), o tratamento quimioterápico consiste na administração de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, com objetivo principal de eliminar tumores malignos, também na cura, controle ou tratamento paliativo do câncer. As substâncias utilizadas na quimioterapia atuam tanto nas células tumorais quanto nas células e tecidos saudáveis, causando indesejáveis efeitos colaterais. Mesmo com os previstos efeitos indesejáveis, o autor afirma que a quimioterapia tem-se tornado um dos tratamentos mais importante e promissor no confronto da doença.

De acordo com Otto (2002), a quimioterapia conforme o sítio de aplicação pode ser administrado por via sistêmica (endovenosa). O tratamento pode ser classificado de acordo com sua finalidade:

- Neoadjuvante, objetiva diminuir o volume do tumor primário, utilizada antes do tratamento principal;
- Adjuvante, objetiva eliminar metástases residuais e é utilizada depois do tratamento principal;
- Terapêutica; que objetiva a eliminação de indícios de neoplasia, se houver cura, classifica-se como curativa;
- Paliativa; objetiva minimizar o sintoma decorrente da disseminação tumoral,

reduzindo o número de células neoplásicas;

- Potencializadora, objetiva principalmente potencializar o efeito dos antineoplásicos no local irradiado, é usada juntamente com a radioterapia.

Os antineoplásicos em sua maioria são drogas imunossupressoras, sendo necessária uma avaliação do paciente. A avaliação individualizada diante a terapia escolhida auxilia o médico na escolha do tratamento, pacientes com maior capacidade funcional e com poucos sintomas respondem melhor ao tratamento (INCA, 2008).

O tratamento radiológico consiste no tratamento a curta distância, onde utiliza-se raios ionizantes em doses elevadas com efeito nocivo da radioatividade sobre determinados tecidos, fazendo com que as células malignas percam sua capacidade de clonagem e ao mesmo tempo preservando os tecidos normais. De acordo com o autor citado, esse tratamento é local podendo ser usado separadamente ou associado a outros tratamentos, como cirurgia ou quimioterapia (OTTO, 2002).

A radioterapia também apresenta eficácia no tratamento da dor em pacientes com acometimento do câncer no sistema esquelético. Na maioria das vezes o tratamento é realizado com intervalos regulares, assim podendo ser interrompido conforme a necessidade de recuperação do paciente devido aos efeitos colaterais (INCA, 2015).

#### **4.3A realidade após a estomia**

Conforme Coelho et al. (2015), a cirurgia de estomia sendo ela temporária ou definitiva, ambas tem a exteriorização do cólon. A partir desta o paciente fará uso de uma bolsa coletora, que ficará fixada na parte externa do abdome, tornando-se um dispositivo fundamental. A eliminação do conteúdo intestinal se faz para fora do corpo através do estoma, essa eliminação é involuntária. O conteúdo expelido será armazenado na bolsa coletora que deve ser trocada rotineiramente, sendo a localização do estoma o que indicará a consistência das fezes, de acordo com Potter et al. (2004) e Nettina (2003), citados por (Silva et al., 2014).

Os autores Fernandes, Miguir e Donoso (2011), afirmam que para garantir a reabilitação, é essencial minimizar o medo e a insegurança do indivíduo devido ao risco de vazamento da bolsa coletora. Com a perda do controle esfinteriano o uso da bolsa coletora, torna-se imprescindível, podendo ter caráter definitivo ou temporário. Esta situação faz com que o estomizado necessite de um atendimento especializado e multiprofissional (ARDIGO; AMANTE, 2013).

A vida após a estomia apresenta mudanças significativas para o estomizado,

principalmente pela perda do controle do esfíncter e pela dependência do uso de dispositivos coletores. Também existem as transformações físicas, psicológicas e sociais que estão associados à imagem corporal, muitos estomizados tem uma imagem negativa, devido à presença do estoma e do dispositivo coletor (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

Segundo Silva e Popov (2009), os estomizados apresentam dificuldades físicas, psicoemocionais e sociais. As mudanças associadas com o físico têm a ver com a forma de eliminação das fezes e gases associada à perda esfínteriana, problemas com a estomia, muitas vezes causados por hérnias, prolapsos, técnicas cirúrgicas inapropriadas, infecções e dificuldades com o manejo da bolsa coletora. Quanto aos aspectos psicoemocionais estão associados à alteração da imagem corporal, que pode levar a associação de mutilação e a rejeição de si mesmo.

Ainda conforme o mesmo autor, a imagem corporal associa se a beleza, aos que não fazem essa associação pode apresentar o sentimento de rejeição. A estomia traz sentimentos como medo, rejeição, insegurança, variando de um indivíduo para outro, tais sentimentos oscilam com alegria de viver sem a doença e com medo de rejeição e preconceito. As dificuldades sociais apresentam se devido à sociedade desinformada muitas vezes, fazendo com que o estomizado percebe a discriminação e afasta se para evitar constrangimentos.

Alterações fisiológicas como sons, odores, são muitas vezes vistas pelo indivíduo estomizado como símbolos de poluição e sujeira, a perda desse controle ocasiona a transgressão de limites corporais, e a percepção do estoma uma invasão física (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

Para Santana e colaboradores (2010), ser ou estar estomizado é um impacto na vida de qualquer indivíduo causando consequências que refletem em diversos aspectos, entre eles, o biológico, psicológico, social e o espiritual, de todos os aspectos a alteração da autoestima desse indivíduo é uma das mais significantes. Porém tais reações a respeito da estomia são necessárias para a recuperação física do indivíduo, em sua autoestima, autoconfiança e para o retorno a vida social.

De acordo com Cesaretti, Santos e Vianna (2010), a modificação da imagem corporal e da autoimagem junta se ao sentimento de medo, solidão e impotência, podendo ocasionar a evasão e retraimento social. Para Fernandes, Miguir e Donoso (2010), o indivíduo com estoma intestinal sente se diferente, devido a uma sociedade na qual existem tabus em relação ao corpo, principalmente quando associado às partes íntimas. Geralmente não se fala abertamente sobre esses órgãos, e muitas vezes devido a esses tabus, esses indivíduos adiam até o limite à procura de assistência. O forte de impacto emocional causado pela necessidade

de confecção de um estoma intestinal modifica estrutura corporal, a autoimagem e a autoestima, dentre outros diversos distúrbios associados a essas. Esses distúrbios causam diversos transtornos em suas vidas, prejudicando sua qualidade de vida (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010).

#### 4.4 Qualidade de vida

Segundo Santos e Cesaretti (2001), a busca pela qualidade de vida assim como os termos para formarem seu conceito, vem da antiguidade, filósofos como Aristóteles e Platão já tinham a qualidade de vida como objeto de discussão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida foi definida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e ainda dos sistemas de valores com os quais ele vive, relacionando-se a seus objetivos, expectativas, padrões e também preocupações, ainda, a mesma organização afirma que não existe um conceito universal para qualidade de vida, porque baseia-se na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida. Sabe-se então que em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações dos estomizados, são exclusivos da sua condição atual, provavelmente padrões diferentes do que eles tinham antes do procedimento (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010).

Na área da saúde qualidade de vida é um objetivo a ser alcançado, tendo uma percepção tanto pelos profissionais da saúde e entre as pessoas em geral, de que a assistência à saúde não deve se restringir somente a cura da doença ou a prorrogação da morte, esta percepção se fez segundo o *Nordenfelt* (professor de Filosofia da Universidade de Linnköping, Suécia), citado:

Em primeiro lugar, menciona o grande progresso tecnológico observado na área da saúde, que tem possibilitado salvar ou prolongar a vida de muitas pessoas. Entretanto essa maior sobrevida é, muitas vezes, permeada por uma série de incapacidades e restrições a uma vida com dignidade. Outro fator relaciona-se a natureza mutável da doença que, após a fase aguda, passa a ter um caráter de cronicidade para qual não há, em muitos casos, perspectivas de cura. Nestas situações o objetivo maior do cuidado à saúde não pode ser simplesmente a eliminação da doença, mas a melhora da vida das pessoas em sua convivência diária com limitações e incapacidades crônicas. Um terceiro fator de ordem teórica e ideológica representa uma crítica ao modelo biológico de assistência à saúde, no qual o indivíduo doente é visto mais como uma máquina a ser reparada do que um ser integral (SANTOS; CESARETTI, 2001, p. 454).

A realização de um estoma deve ser a escolha quando as outras formas de tratamento

já foram descartadas, o custo associado com o convívio com a doença pode ser alto e a opção pela cirurgia é constatada pela melhora da qualidade de vida pós-estoma, resultante de uma boa indicação (SANTOS; CESARETTI, 2001).

As medicações quimioterápicas em sua maioria são bem toleradas pelo paciente, seus efeitos colaterais são amenizados muitas vezes e controlados com dosagens de outros fármacos, como antieméticos, o controle desses efeitos colaterais auxiliam na melhoria da qualidade de vida desses pacientes (SAWADA et al., 2009).

De acordo com Flora (2012), é de suma importância que a equipe de enfermagem permaneça atenta às necessidades básicas dos estomizados, com o intuito de auxiliar o paciente e seus familiares no cuidado, para que este dentro de suas possibilidades realize o autocuidado com a estomia, sem depender totalmente de um familiar, para a autora esta parece ser uma situação que contribui para a melhora da qualidade de vida.

Diante deste contexto a equipe de enfermagem pode ter uma inserção que é fundamental e necessária na vida do paciente estomizado, sendo capaz de promover a autoestima do paciente fazendo-o perceber que existem possibilidades significativas de conviver em sociedade. A qualidade de vida dos pacientes estomizados deve ser observada como um bem maior a ser recuperado, para que possam viver felizes e em harmonia em seu meio (FLORA, 2012). Ainda conforme a autora, a equipe de enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional, deve olhar estes pacientes com olhos de cuidado psicossocial juntamente com o assistencial, para assim contribuir com sua qualidade de vida.

#### **4.5 O papel do enfermeiro na readaptação do estomizado**

Para Santos e Cesaretti (2001), a escolha do local que ficará o estoma tem fundamental importância no período pré-operatório, mesmo em casos de emergência, devem ser levados em consideração, fatores como emagrecimento, obesidade, pregas na pele, outras cicatrizes, e proeminências ósseas, visando no futuro não complicar a aplicação da bolsa coletora. A boa localização do estoma facilitará o autocuidado, contribuindo com a prevenção de complicações, possibilitando a inserção social. Os autores ainda afirmam que é de responsabilidade do enfermeiro que participa na assistência do paciente estar com o cirurgião na hora da demarcação do local onde será exteriorizado o estoma.

De acordo com Mauricio, Souza e Lisboa (2013), os enfermeiros são fundamentais no andamento da reabilitação dos pacientes estomizados, porque participam desde o momento do diagnóstico, e por muitas vezes se fazem presentes desde quando o paciente opta pela

cirurgia. Portanto, no pré-cirúrgico, no trans-cirúrgico, no pós-operatório tardio e no planejamento da alta.

O enfermeiro também se faz presente nas unidades especializadas em reabilitação, nos postos de saúde, nas equipes de saúde e família. É visto que o enfermeiro é responsável pela integração à equipe multiprofissional pelas orientações prestadas aos estomizados sobre os cuidados com o estoma, higiene, preparando este para o autocuidado (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

O estomizado necessita de um suporte especializado devido à complexidade da situação, onde se faz necessário a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional com conhecimento apropriado. Com este contexto os profissionais de enfermagem devem ter conhecimentos técnicos, específicos e especializados para prestar o cuidado de enfermagem aos pacientes estomizados. Orientado sobre o autocuidado, o enfermeiro atua junto ao paciente e família de modo integral, individualizado e sistematizado, com objetivo de buscar a qualidade de vida (ARDIGO; AMANTE, 2013).

Compete ao enfermeiro, profissional habilitado, entender as alterações sofridas pelo paciente estomizado, para elaborar planos de cuidados adequados no preparo deste paciente para seu convívio com seu estoma. O trabalho da enfermagem é muito importante, pois além do suporte oferecido antes da cirurgia, é uma ação de aprendizado onde enfermeiro e paciente interagem, em uma relação de trocas de informações, objetivando a solução de problemas através do diagnóstico de enfermagem e pela consulta de enfermagem, onde o enfermeiro previne possíveis complicações relacionadas com o estoma, ajudando este a enfrentar dificuldades geradas pelas mudanças pós estomização. Além de cuidador o enfermeiro é educador, não só para sua equipe, mas também para o paciente estomizado, sua família ou cuidadores informais (NASCIMENTO et al., 2011).

O cuidado do enfermeiro está associado à empatia, observar para compreender as necessidades, para respeitar as limitações, fazendo despertar a vontade do cuidar de si mesmo, para sua independência. O paciente estomizado é um desafio para o enfermeiro, devido seus sentimentos, pois o enfermeiro precisa reverter os sentimentos negativos a fim de fazer com que este tente realizar seu autocuidado. Segundo o autor, este processo onde o enfermeiro tenta despertar no paciente a importância do cuidado, deve ter início no instante que este descobre a necessidade da cirurgia, devendo continuar nos pós-mediato e tardio, sempre considerando o indivíduo com um ser único, respeitando suas condições biopsicossociais e culturais (ARDIGO; AMANTE, 2013).

Para Orem citado por Santos e Cesaretti (2001), o autocuidado é entendido como um

conjunto de ações realizadas pelo indivíduo, para seu próprio benefício, para manter a vida, sua saúde e para seu bem-estar. A enfermagem faz com que os indivíduos atendam às suas necessidades de autocuidado. Conforme o autor, o cuidar é como ajudar alguém a crescer e realizar-se, implica na relação com alguém, se efetivando somente enquanto processo. Fazem parte do processo de cuidar:

O conhecimento, a flexibilidade, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem. Estabelece-se um relacionamento com o outro, implicando a amizade, a confiança mútua que proporciona uma transformação qualitativa do relacionamento (SANTOS; CESARETTI, 2001, p. 109).

Para Mendonça e colaboradores (2015) a participação do enfermeiro é fundamental na vida do paciente estomizado e de seus familiares, em diversos aspectos, dentre estes um aspecto muito importante é o auxílio na busca da compreensão de que existem diversas atividades sociais que estes podem realizar sem prejuízo à sua saúde. Os autores também afirmam que também compete ao enfermeiro a responsabilidade de fornecer orientações aos profissionais de saúde e aos membros da sua equipe, orientações que facilitem a adaptação do estomizado à nova condição de vida, introduzindo o estomizado e sua família no contexto de cuidado e cuidador. Nessa prática de educação em saúde, o enfermeiro deve individualizar os cuidados de enfermagem e não focar suas orientações somente nos cuidados que implicam à pele e dispositivo coletor, pois as necessidades dos estomizados superam as alterações físicas e incluem os âmbitos psicológicos e sociais.

O enfermeiro tem atuação fundamental na reabilitação do paciente estomizado, atuando na prestação da assistência qualificada direta a este paciente, sendo o profissional mais capacitado diante da sua equipe, onde este os capacita para serem reabilitadores. A boa inclusão social se fará resultante da independência deste paciente sobre sua nova condição (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

A partir do conhecimento adquirido pelo paciente estomizado, devido o auxílio dos enfermeiros e dos grupos de apoio, o paciente torna-se apto para decidir sobre sua saúde e sobre seu processo de cuidado, sendo facilitador em seu processo de inclusão social. A troca de experiências vividas com estomizados e profissionais de saúde são fundamentais para aquisição e multiplicação de saberes, ocasionando o aumento da confiança, autoestima e a melhora na qualidade de vida (MENDONÇA et al., 2015).

Segundo Santos e Cesaretti (2001), no pré-operatório a avaliação do paciente que será submetido à estomia é fundamental, para a eficácia dos objetivos na sua reabilitação. Portanto

esta abordagem deve se dar no início junto ao paciente e família, pois nessa fase, fazem se bem receptivos pelas informações que lhes dão subsídios para o enfrentamento de seus anseios e medos. Nesta avaliação o enfermeiro deve realizar abordagens físicas, psicológicas e sociais, primando os aspectos culturais e educacionais, do paciente e da sua família. A coleta de dados é feita através de entrevista e pelo exame físico, facilitando a identificação de problemas, tais que darão subsídios ao diagnóstico e planejamento das ações de enfermagem. Ainda conforme o mesmo autor, é através da entrevista que o enfermeiro consegue ver o entendimento do paciente acerca do seu diagnóstico, consegue traçar um perfil epidemiológico baseado no histórico familiar, antecedentes como hipersensibilidades, medicações, atividades da sua vida diária, atividades sociais, culturais e financeiras, impacto emocional da doença e expectativas quanto ao estoma, sendo assim, a entrevista diminui a ansiedade do paciente, auxiliando o relacionamento terapêutico e dá início ao processo de busca do autocuidado. A identificação dos problemas é fundamental para o diagnóstico e planejamento da assistência de enfermagem:

Preparar física e emocionalmente o paciente para a cirurgia, a fim de evitar complicações no intra e pós-operatório; Avaliar-lhe as habilidades físicas e emocionais para executar o autocuidado do estoma e pele periestoma, identificando e tentando modificar os fatores desfavoráveis ao aprendizado; Ajudá-lo, juntamente com a família, no enfrentamento das alterações físicas, sociais emocionais resultantes da cirurgia, tendo em vista a reintegração social. Todas as informações dadas ao paciente pela equipe devem passar sempre a mesma mensagem, isso contribui para sua confiança seja mantida sem prejudicar o processo de reabilitação. As informações devem ser dadas de modo gradual e progressivo, e, na realidade, tem como finalidade atender sempre às expectativas e as dúvidas do paciente e diminuir a sua ansiedade frente ao ato cirúrgico (SANTOS; CESARETTI, 2001, p. 115).

Para Santos e Cesaretti (2001) o enfermeiro e sua equipe devem dar suporte emocional para o enfrentamento, sabendo identificar suas fases emocionais neste processo, detectar e prevenir complicações no estoma e pele, não medir esforços para reabilitação física e psicológica do estomizado para sua reintegração social.

Segundo Giovanini (2014), exige-se uma série de cuidados com as estomias, não somente da enfermagem, mas de toda equipe de saúde, dentre todos os cuidados específicos tem-se à troca do dispositivo coletor como de suma importância devendo ser realizada por um profissional qualificado, que passe segurança, pois este será o momento de abordar paciente e familiar de como essa troca deve ser feita, esclarecendo todas as dúvidas. A abordagem dos profissionais de saúde deve focalizar o desenvolvimento de aprendizado e autocuidado dos pacientes, com objetivo de facilitar o andamento terapêutico e a adaptação à

nova realidade.

## **5METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Este estudo é de cunho qualitativo, exploratório e descritivo. Segundo Minayo (2014), o método qualitativo é o que se aplica as pesquisas das interpretações que os humanos fazem a respeito de si mesmos, de como vivem, pensam, sentem, dando atenção a um universo de significados, como crenças, percepções, opiniões, valores e atitudes, tornando – se o método mais adequado quando o estudo tem como objetivo compreender a lógica de um grupo ou de seu processo.

Para Goldenberg (2011) a pesquisa deve ser neutra e objetiva, onde o pesquisador não deve fazer julgamentos e nem deixar que suas crenças ou preconceitos contagem a pesquisa, o ponto de vista do individuo pesquisado é priorizado, pois a pesquisa qualitativa tenta compreender os significados que os indivíduos colocam em prática, para construção do seu mundo social, o meio mais correto para entender a realidade é o que propicia a quem pesquisa enxergar o mundo pelos olhos dos pesquisados.

A pesquisa exploratória de conforme Gil (2008) tem como principal característica o desenvolvimento, esclarecimento e modificação de conceito e ideias, através da produção de problemas mais precisos, pesquisáveis para a realização de estudos posteriores, sendo essa dentre outras a que apresenta menor rigidez no planejamento, envolvendo na maioria das vezes levantamentos bibliográficos, documentais, estudos de caso e entrevistas não padronizadas.

Para Gil (2008) a pesquisa descritiva tem como um de seus objetivos a descrição das características de uma mencionada população e estabelecimento de relações entre variáveis, proporcionando uma nova visão sobre realidades já conhecidas, assumindo geralmente um formato de levantamento. Habitualmente as pesquisas exploratórias junto com as descritivas, são as pesquisas mais utilizadas por pesquisadores sociais inquietos com a atuação prática, também são as mais procuradas por instituições educacionais, empresas comerciais etc.

### **5.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada nas dependências de um Hospital, situado no município de Santa Cruz do Sul, interior do estado do Rio Grande do Sul, à aproximadamente 130 km da

capital Porto Alegre, conforme a Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas (IBGE, 2010). Trata-se de um hospital filantrópico, referência regional em oncologia, que atende diversas especialidades clínica e cirúrgica. Mantém o Centro de Oncologia Integrado (COI) e ambulatório oncológico, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sua base de dados ligada ao Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Abrange cerca de 820 mil pessoas nas regiões do Vale do Rio Pardo, Centro Serra e Carbonífera. Sendo uma Unidade de Alta Complexidade para Tratamento Oncológico (UNACON). Oferece um atendimento completo aos pacientes com câncer, passando pela prevenção, diagnóstico, cirurgia, quimioterapia e radioterapia. São recebidos pacientes adultos (acima de 18 anos), usuários do SUS, com suspeita ou diagnóstico de indicação para tratamento oncológico, sendo estes encaminhados pela atenção básica, com os agendamentos realizados no SISREG (Sistema de Regulação em Saúde). No ambulatório são realizadas consultas médicas e prestada assistência de enfermagem. A coleta de dados foi realizada nos mês de maio de 2016, no centro de oncologia integrado (COI) e no ambulatório da oncologia, nos turnos manhã e tarde.

### **5.3 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos escolhidos para fazerem parte do estudo foram pacientes com estomia intestinal, que por algum motivo compareceram ao ambulatório ou no centro de oncologia integrada (COI) da instituição. Participaram da pesquisa somente pacientes com estomia intestinal resultante de câncer de intestino e que estivessem em condições de responder a entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (anexo A). Foram excluídos do estudo os pacientes não estomizados.

Para manter o anonimato dos pacientes, estes foram identificados por cores.

### **5.4 Instrumento para coleta de dados**

Para a realização da pesquisa, foi utilizado como técnica de investigação uma entrevista contendo dados sócios demográficos, dados clínicos relacionados ao tratamento, questões relacionadas às orientações de enfermagem e qualidade de vida após estoma (APÊNDICE A). A entrevista seguiu um roteiro de questões abertas e foram gravadas. A coleta de dados ocorreu durante os atendimentos ambulatoriais.

Os dados clínicos apresentaram um objetivo exploratório, onde os participantes falaram livremente sobre o assunto. Objetivou-se investigar pela percepção do indivíduo qual a eficácia das orientações de enfermagem para sua readaptação. Participaram do estudo nove indivíduos estomizados, estes foram identificados por cores, garantindo seu anonimato, seguindo os princípios éticos do comitê de ética e cumprimento dos preceitos éticos da pesquisa.

De acordo com Gil (2008) a entrevista é uma forma específica de diálogo assimétrico, onde uma das partes tenta coletar dados e outra se mostra como fonte de informação, sendo a entrevista uma técnica de coleta de dados muito utilizada por profissionais que lidam com problemas humanos, não somente para coleta de dados, mas também com objetivo para diagnóstico e orientações.

Alguns fatores dificultaram esta fase da pesquisa como a influência do local onde foram entrevistados e a falta de compreensão no sentido de algumas perguntas.

### **5.5 Procedimentos Operacionais e Éticos**

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, por envolver seres humanos, atendendo a resolução 466/12 do Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde. Primeiramente teve a autorização da coordenação do Hospital referência em oncologia para o desenvolvimento da pesquisa.

Foi realizado um questionário em forma de entrevista, onde foram gravadas as respostas, seguido os padrões éticos, preservando deste modo a identidade dos participantes através do sigilo. Para assegurar-lhes o anonimato utilizou-se cores para identifica-los. Em respeito à ética aplicada na pesquisa em saúde foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa em campo. Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de Ética e concluída e aprovada pela banca do curso de Enfermagem, os resultados serão entregues ao Hospital referência em oncologia.

### **5.6 Análise de dados**

Utilizou análise de conteúdo para a interpretação dos dados coletados. Conforme Gil (2008) a análise de dados tem como objetivo organizar os dados de maneira que possibilite as respostas ao problema proposto para a investigação e a interpretação tem como objetivo a

busca de um sentido mais amplo das respostas. O autor afirma que os processos de análise variam conforme o plano de pesquisa.

A análise de conteúdo pode ser definida segundo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

O método utilizado de análise dos dados coletados compreendeu as etapas ou polos cronológicos conforme Bardin (1977). A primeira etapa consistiu na organização do material coletado, onde fez-se necessário uma leitura do material observando as mensagens e utilizando a intuição. Esta etapa teve a finalidade de sistematizar e operacionalizar as ideias iniciais. Para poder otimizar o tempo e captar todo tipo de sentimentos utilizou-se além do questionário a gravação.

Após organizar os dados, a segunda etapa se deu buscando a compreensão do núcleo do texto e as características comuns nas respostas. Na terceira etapa os resultados brutos foram tratados de modo a dar significado para melhor compreensão dos resultados. Segundo Bardin (1977, p.103), “os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

Na próxima etapa foi realizado o tratamento do material, buscando a codificação correspondente a uma transformação. Nos dados brutos do texto foram feitos recortes, agregação e enumeração, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo. Esta codificação permite transformar os dados brutos sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem a descrição exata das características apresentadas no conteúdo. Assim com a classificação e agregação emergiram as categorias, que estão apresentadas no quadro abaixo.

**Quadro 1 - Categorias**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>I - Perfil dos pacientes entrevistados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Idade</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Motivo da estomia</li> </ul>
<b>II - Sentimentos dos pacientes no momento do diagnóstico e orientações de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo do câncer</li> <li>• Invalidez/reabilitação</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No momento da internação e pós a realização do</li> </ul>

<b>III - Orientações dos profissionais de saúde para os pacientes estomizados</b>	procedimento • Para a qualidade de vida
---	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016).

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados e a discussão dos dados estão apresentados simultaneamente no texto que segue. Inicialmente, o perfil dos sujeitos participantes do estudo destaca as variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, motivo da realização da ostomia, tipo de ostomia e tratamento adjuvante. Dentre os entrevistados, cinco são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A média de idade predominante varia de 55 a 67 anos, somente um dos entrevistados apresentou a idade inferior a da maioria, este com 36 anos. Quanto à escolaridade três dos entrevistados tem o ensino médio completo, cinco não concluíram o ensino fundamental e um se declarou analfabeto.

A maioria dos estomizados entrevistados apresenta a idade próxima ou superior a 60 anos. De acordo com Stumm, Oliveira e Kirscher (2008), há um predomínio de idosos entre os pacientes estomizados, indo de acordo com o que diz na literatura, que a idade superior a 60 anos é um dos principais marcadores para a identificação de grupos de risco. O autor ainda relata a estimativa da OMS - Organização Mundial de Saúde) para 2025 de que o Brasil estará entre os dez países com o maior número de idosos.

Para Carvalho (2014), os efeitos da urbanização e industrialização comumente com o aumento da expectativa de vida, expuseram a população brasileira a inúmeros problemas de saúde com destaque para o câncer, doença que ocasiona alterações em órgãos que como consequência acabam por necessitar, muitas vezes, de recursos tecnológicos como implantes de próteses e órteses, objetivando qualidade de vida.

Já para Kawakami et al. (2015), no Brasil, a epidemiologia do câncer se encontra em transição, sendo analisada de acordo com o status socioeconômico da população, conforme o qual, pessoas com menor renda econômica possuem maior propensão a adquirirem a doença. Os autores também relatam que a análise da incidência do câncer no Brasil é considerada complexa, um dos motivos dessa complexidade está nas diferenças socioeconômicas e também devido a sua grande extensão territorial, o qual acaba expondo a população a diferentes ambientes e riscos, propiciando o desenvolvimento do câncer.

Em relação ao gênero não houve grande diferença no número de entrevistados ficando entre cinco mulheres e quatro homens. Segundo o Instituto nacional de câncer , há uma predominância de casos no sexo feminino, sendo o câncer colorretal como principal causa na realização do estoma (INCA, 2015).

Quanto ao estado civil dos entrevistados, dois estão separados e os demais casados. Abordo a questão do estado civil, pois de acordo com Santos e Cesaretti (2001), na maioria dos casos acontece uma alteração na dinâmica familiar destes indivíduos, que passam de provedor a ser dependente de seus familiares. Ardigo e Amante (2013), afirmam que após a realização da estomia o indivíduo vivencia diversas mudanças, sendo fundamental o apoio da família para facilitar sua adaptação à nova condição.

Estudos realizados na área oncológica relacionando o câncer com a depressão revelam que quando é tratada a relação familiar, as mudanças não acontecem de maneira drástica, tais mudanças podem ser positivas quando essa família é cuidada, diminuindo negativas, como isolamento do indivíduo, devido à vergonha ou até mesmo receio de interferir negativamente no cotidiano dos familiares (KAWAKAMI et al., 2015).

No que refere ao diagnóstico, todos foram estomizados por motivo de câncer colorretal. Destes, todos tem a estomia definitiva. Quanto ao tipo de cirurgia realizada, cinco tiveram a região do reto amputada e o restante, somente o desvio definitivo. Sobre o tratamento, cinco foram submetidos à quimioterapia e radioterapia, três somente a quimioterapia e um a radioterapia. A cirurgia nesses casos foi o tratamento de escolha, sendo associada à adjuvância e à neoadjuvância.

Evidências apontam a cirurgia oncológica como o procedimento mais antigo de tratamento do câncer. Tais intervenções cirúrgicas tornam-se frequentes e indispensáveis nas abordagens do reto baixo e ânus, resultando muitas vezes, na necessidade de sua amputação (RAMOS et al., 2012).

Em relação à opinião dos entrevistados quanto ao sentimento no momento do diagnóstico, todos os nove entrevistados relataram diversos sentimentos, mas o “medo” e o estigma da doença, “câncer”, prevaleceu. Para Maruyama e Zago (2005) citados por Justino e Mantovani (2011), muitos estigmas envolvem a palavra “câncer”, pois, cada indivíduo, ser único, reage de acordo com seu conhecimento e experiências de vida. As autoras destacam a relação da doença com a mutilação, sendo assim, as mudanças não acometem somente a parte física, mas também o psicológico, o que desencadeia diversos sentimentos como medo, angústia, dúvidas e raiva. Até mesmo os próprios tratamentos utilizados na tentativa da cura como incisões cirúrgicas, efeitos da radioterapia e quimioterapia com antineoplásicos, ajudam a tornar o câncer uma temida doença.

O medo do diagnóstico e da doença geradora do estoma é sem dúvida associado à morte, o medo da morte é permanente, mesmo após a vivência da ressecção do tumor. (SANTOS; CESARETTI, 2001). Segundo a fala dos pacientes:

*“Medo eu não fazia mais coco... Azul”*

*“Sentimento de medo, incapacidade, frustração, pavor, impotência, como se o mundo estivesse faltado aos meus pés, falta de fé enfim os piores sentimentos que uma pessoa pode sentir... Vermelha”*

*“No momento fiquei abalada, com medo, fiquei sabendo que estava com câncer. Fazia dois meses que tinha perdido minha irmã com câncer, fiquei tão abalada que me perdi no centro... Rosa”*

*“Foi triste pra mim a palavra câncer foi um choque, na minha cidade eles me aterrorizaram, tipo não pode esperar, em vez de ajudar me deixaram com muito medo... Branco”*

*“Medo da doença, a gente ouve tantas coisas, pessoas que tiraram um pedacinho e outro e acabaram morrendo mesmo assim... Dourada”*

*“Não reagi momento nenhum contrário, era pra mim eu tenho que passar por isso, logo fiquei sabendo que teria que fechar tudo, que iria usar uma bolsinha pra sempre. Saber que tu vai usar uma bolsinha pra sempre te deixa sem chão...Lilás”*

De acordo com Santos e Cesaretti (2001), alguns pacientes demonstram resignação, considerando-se vítimas da fatalidade, e outros, a depressão, apresentado desinteresse pelo tratamento, revolta, desencanto, não expressando o desejo pela vida. A fala abaixo está de acordo com o que diz o autor. Com expressão facial fechada, olhando para baixo o paciente Cinza ao infundir a quimioterapia relata em alto tom:

*“Não foi tão terrível assim, tem gente que acha tudo difícil, não tenho medo, se morreu, morreu... Cinza”*

A depressão em quadros oncológicos é considerada normal por alguns especialistas, devido os sintomas ser parecidos como humor deprimido, falta de prazer, fadiga e perda de peso. Geralmente, o paciente oncológico não fala com seu medico sobre os sintomas depressivos, muitas vezes por temer que este desista do seu caso, e por sua vez, o médico oncologista, na maioria das vezes, não demonstra interesse por esta sintomatologia, talvez por que a imagem depressiva esteja associada ao câncer (KAWAKAMI et al., 2015).

Todos os participantes entrevistados relataram ter uma vida ativa quando adoeceram o que justifica o medo de uma possível invalidez. Para Santos e Cessaretti (2001) a reabilitação deve ser focada na estimulação do retorno as atividades exercidas antes da cirurgia. O medo do desconhecido e a falta de conhecimento faz com que o estomizado se julgue incapaz de realizar as atividades da vida diária.

*“Fiquei pensando que com a bolsa não ia mais poder trabalhar com uma máquina*

*que eu trabalho, mas também eu já sou aposentado, mas se não der mais vou sentir falta... Amarelo”*

*“Pensava que ia ter que ficar segurando uma baita bolsa, que não ia mais voltar a trabalhar...Rosa”*

Devido às mudanças no perfil epidemiológico dos estomizados, acometidos em idades cada vez mais jovens conforme Mauricio, Souza e Lisboa (2013) é de extrema importância o retorno do estomizado ao mercado de trabalho. Adaptado, ao seu grau de limitação de sua capacidade produtiva e participativa. O autor ainda ressalta que o retorno do estomizado ao trabalho faz com que se sintam socialmente ativos, voltando a conviver com outros indivíduos, além de seus familiares, conseqüentemente contribuindo ativamente com o sustento da família, gerando o aumento da sua autoestima e segurança.

Bechara et al. (2005) citados por Flora (2012) afirma que a primeira parte para reabilitação desse processo patológico deve ser a aceitação do estoma pelo paciente, ele deve entender que a confecção do estoma tem como intuito preservar sua saúde.

Para Ardigo e Amante (2013), o enfermeiro possui todas as ferramentas para a reabilitação de um estomizado, como podemos ver na citação a seguir:

A enfermagem evolui de uma disciplina prática para a busca de sistemas e conceitos, procurando definir e interrelacionar conceitos fundamentais os quais constituem o conjunto de conhecimentos próprios, sendo capazes de estabelecê-la como ciência do cuidar e nortear a prática da profissão. Através do corpo de conhecimento técnico e científico, possui habilidade para promover o cuidado integral, de modo a atender às necessidades humanas básicas afetadas pelo processo de adoecimento, sendo capaz de reabilitar, assim, a pessoa com estomia, à sua nova condição de saúde e reinserção a sociedade, além de desenvolver ensino-aprendizagem para o autocuidado, buscando a melhor qualidade de vida da pessoa com estomia intestinal e o convívio com seus familiares (ARDIGO; AMANTE, 2013, p. 1065).

A assistência ao paciente estomizado exige uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, o que é um enorme desafio, pois conhecer as necessidades e indagações, que surgem gradativamente (NASCIMENTO et al., 2011). Outro aspecto importante para auxiliar a reabilitação do paciente é o autocuidado. Para Mendonça et al. (2015), o enfermeiro deve utilizar táticas que possibilitem ao indivíduo a realização do autocuidado, podendo ser oferecidas através da orientação, do apoio e do ensino, objetivando a promoção do desenvolvimento pessoal.

Como o objetivo central deste estudo foi de investigar a percepção dos pacientes estomizados em relação às orientações de enfermagem, iniciou-se esta produção questionando sobre a atenção recebida do enfermeiro no período pré-cirúrgico. “Antes da cirurgia

conversou com a enfermeira (o) do setor”? O que foi abordado nesta conversa com a enfermeira (o)? De acordo com o que nos traz a literatura, compete ao enfermeiro o planejamento de uma assistência completa, envolvendo o pré, o trans e o pós-cirúrgico, que atenda a integralidade, os aspectos físicos, emocionais e técnicos, necessários para o tratamento (GIOVANINI, 2014). Assim, no que se refere à fala dos entrevistados, a maioria respondeu ter recebido informações de diversos profissionais no pré-operatório, não destacando, especificadamente, o profissional enfermeiro.

*“Com a enfermeira conversei, mas não sobre a cirurgia, ela verificou minha pressão e colocou soro na minha veia, mas na minha consulta com o médico, ele falou tudo sobre a cirurgia, de como seria que eu amputaria o reto, que seria definitivo, como seria feito o estoma, onde ficaria localizado e que certamente teria que fazer radio e quimio, me deram um tempo para pensar, mas eu já sai decidida. Falaram sobre alimentação, sobre as bolsas...Dourada”*

A avaliação pré-operatória do doente que vai submeter à cirurgia geradora de estoma, seja em nível ambulatorial ou de unidade de internação, é essencial para o alcance dos objetivos reabilitatórios que devem ser voltados, o mais precocemente possível, para o autocuidado. Nesta fase do tratamento, tanto o indivíduo quanto sua família estão ávidos e receptivos por informações que lhes dêem subsídios para trabalhar as ansiedades e o medo do desconhecido e ativar os mecanismos de enfrentamento (SANTOS; CESARETTI, 2001. p. 114).

O trabalho da enfermagem é muito importante porque além de dar suporte no período que antecede à cirurgia, proporciona o aprendizado, onde enfermeiro e paciente interagem em uma relação empírica. O enfermeiro pode buscar subsídios para solucionar problemas através do diagnóstico de enfermagem e também pela consulta, o que proporciona um acompanhamento focado no paciente, prevenindo complicações associadas ao estoma, possibilitando também ao paciente o enfrentamento das dificuldades causadas após a estomia. As orientações de enfermagem guiam o paciente dando sentido, no caso do estomizado na aceitação pela compreensão das alterações sofridas (NASCIMENTO et al., 2011).

Para Santos e Cesaretti (2001) a coleta de informações realizada através da entrevista e do exame físico, facilita o rastreamento de problemas o que dará subsídios para o diagnóstico e planejamento das ações de enfermagem. No entanto, na maioria dos depoimentos percebe-se a necessidade de uma atenção maior do enfermeiro.

*“É difícil à enfermeira deveria falar mais, é difícil, eu entrei de um jeito e saiu de outro... Branco”*

*“Sim, recebi as informações juntamente com a outra paciente que também tinha bolsinha, acho que poderiam ter me explicado melhor. Achei que nesse momento me faltou conhecimento, pois acreditava que estaria suja o tempo todo, que não poderia mais ter vida normal, pensei que teria que ficar dependendo dos outros o resto da minha vida, recebi maiores informações do cirurgião e da paciente que estava no mesmo quarto...Vermelha”*

Na maioria das entrevistas, as orientações realizadas pelo profissional médico receberam destaque:

*“Recebi as informações do médico, falou tudo, sobre a cirurgia. Às vezes quando o Drº entrava no quarto e eu estava almoçando ele olhava meu prato. Nunca vou esquecer um dia ele viu a cenoura no meu prato e disse - isso é laxante... Rosa”*

*“Os médicos me falaram tudo, até que poderia precisar após a cirurgia de um leito na CTI, não lembro se as enfermeiras falaram antes da cirurgia, porque o médico já tinha falado depois eu sei que elas falaram como limpar a bolsinha... Lilás”*

A entrevista com o enfermeiro antes da cirurgia reduz a ansiedade do paciente e já dá início ao processo educativo, auxiliando o enfermeiro sobre qual é o conhecimento do paciente acerca de seu diagnóstico. Destaca-se a importância do profissional enfermeiro perceber o entendimento do paciente em relação ao diagnóstico e procedimento para que ele possa preparar o paciente sem amedrontá-lo. As informações devem ser dadas gradativamente, objetivando atender as dúvidas do paciente em relação ao diagnóstico (SANTOS; CESARETTI, 2001).

Segundo os mesmos autores, as orientações fornecidas pelo enfermeiro devem esclarecer sobre o que é a estomia intestinal, o porquê será feita, como funciona, como cuidar, como será a mudança na vida em geral, sempre reforçando os benefícios do tratamento. Apresentar fotos de estomas intestinais com e sem bolsa coletora, mostrar ao paciente e sua família os materiais, deixar que estes os manipulem, fazem parte das ações educativas do enfermeiro. Os autores também relata de forma positiva a importância de sanar as possíveis curiosidades do paciente antes e durante o processo, como conhecer um estomizado, pois esta aproximação poderá evitar angústias e medos desnecessários.

Devido à necessidade da abertura do estoma e de possíveis complicações, estas devem ser dadas pelo médico cirurgião, preferencialmente acompanhado pelo enfermeiro. A enfermagem, os médicos e os demais profissionais da equipe de saúde devem orientar os pacientes, sendo que cada profissional orienta de acordo com a sua especialidade (SANTOS; CESARETTI, 2001).

Não é a doença que entra no hospital, mas sim uma pessoa doente, com suas marcas históricas, suas vivências e é com tudo isso que a equipe tem que se defrontar. Sabemos que não é só o corpo físico que adoce que sofre e necessita de cuidados, sendo, com isso, necessária a atuação de outros profissionais para cuidar do mesmo paciente. Esse é o sentido do trabalho da equipe multidisciplinar, que favorece um espaço de troca e ajuda mútua. O trabalho em equipe só é efetivo se todos souberem o que cada um tem a oferecer (SANTOS; CESARETTI, 2001. p. 330).

Na fala abaixo a paciente Lilás expressa bem o que diz o autor:

*“Eu vou te dizer bem claro, a conversa com o médico é uma conversa mais sobre a cirurgia, onde vai fazer o corte, tratamento que vai fazer depois, ele não fala, sobre as coisas do dia a dia, as mudanças que acontecem, só diz vida normal, mas não é tão normal”*

Segundo Mauricio, Souza e Lisboa (2013), há necessidade de o paciente ter uma assistência humanizada e não somente técnica, o que destaca a importância das diferentes atribuições de cada profissional.

Percebe-se também na fala de alguns pacientes entrevistados que a maioria das orientações recebidas, foram dadas após a cirurgia e alguns pacientes, não mencionam o enfermeiro como orientador. As orientações no pré-cirúrgico, dadas pelo enfermeiro são indispensáveis tanto para a família como para o paciente, que será submetido ao ato cirúrgico, é por meio dela, que se investiga o nível de conhecimento dos envolvidos, podendo já planejar um assistência individualizada, coerente com a necessidade apresentada (CESARETTI, 2005).

De acordo com Silva et al. (2014), o indivíduo diante do pré-cirúrgico de estomia, pode apresentar ansiedade ou nervosismo, podendo atingir sua família. Os autores reforçam que diante desta situação o enfermeiro deve estar preparado para intervir, utilizando de seu conhecimento no repasse de informações que são fundamentais para a diminuição das preocupações.

Conforme Cetolin (2013) a família é fundamental para a adaptação do estomizado, devendo ser um pilar. No entanto deve ser observada, pois esta pode apresentar fragilidades. Por isso, o enfermeiro e sua equipe devem prestar assistência a essa família, visando qualidade de vida do usuário e do grupo familiar, sempre levando em consideração que cada pessoa possui sua singularidade, seu momento, e sua forma de enfrentamento à nova condição.

Em relação à qualidade de vida dos pacientes após estoma, apenas uma referiu não ter qualidade de vida. Os demais pacientes entendem que sua qualidade de vida está relacionada à superação, vontade de viver, pensamento positivo e sentimento de gratidão por ter recebido uma segunda chance para viver. Como é possível observar a seguir em suas falas:

*“Vida normal, ninguém percebe, põe a roupa por cima ninguém vê e põe na cabeça que não é o primeiro nem o último, tive uma chance que muitos não tem... Cinza”*

*“Minha qualidade de vida está boa, a gente tem que se adaptar, eu estive nos pés da égua... Mas nunca disse que estava mau. Eu acho que isso é meu, eu vou morrer dizendo que estou sempre bem... Dourada”*

*“Eu trabalho, eu sou independente eu dirijo, estou trabalhando num estúdio fotográfico faço as roupinhas dos bebês. Eu não parei, estou sempre aprendendo, eu agradeço esta chance de estar viva, não dependo de ninguém, arrumo sozinha minha bolsinha... Lilás”*

*“Sim, graças a Deus, eu sou independente, vou à praia, viajo, não sou mais com mania de limpeza como era antes, pago uma mulher uma vez por semana para limpar minha casa, se alguém me convida para sair estou sempre pronta...Rosa”*

Diante das falas é possível perceber a individualidade de cada um, sobre qualidade de vida. Na busca de um conceito para qualidade de vida a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou um instrumento de avaliação a nível mundial, composto por 100 itens. Esta avaliação foi realizada de maneira colaborativa e multicêntrica resultando na concepção de que, qualidade de vida não tem um conceito universal, pois parte primariamente da percepção individual e subjetiva do indivíduo, conforme sua posição na vida. Assim, a qualidade de vida não pode ser mensurada, pois está centrada na subjetividade e interligada a fatores pessoais, sociais, ambientais e políticos.

Pode-se perceber nas falas dos pacientes ao serem questionados sobre qualidade de vida após a estomia que existe concordância segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), citada anteriormente. Outra questão apontada pelos pacientes refere-se à busca de métodos alternativos para minimizar as modificações causadas pelo estoma, como a irrigação, conforme as falas abaixo:

*“Sim e muita, pois busquei alternativas para cada vez melhorar, mais. Sendo assim, hoje faço processo de irrigação e meu corpo se adaptou perfeitamente. Não sendo mais necessário utilizar a bolsinha de colostomia e sim um tampão. Hoje posso dizer que tudo serviu como um aprendizado de vida e de humanidade, pois me sinto perfeita do jeito que Deus quer. Só tenho a agradecer por tudo que Deus fez e faz por mim...Vermelha”*

*“Qualidade de vida, ainda é muito recente, aguardo a irrigação, pois fiquei sabendo que se puder fazer não precisa usar a bolsa...Branco”*

*“Vou à praia, uso maiô e estou aqui hoje para saber sobre a tal da irrigação, que ouvi falar que é feita por um enfermeiro e que dá para colocar um tampão, achei o máximo e vim*

*ver se vou poder fazer. A pessoa desde que nasce tem que aprender que a vida é um aprendizado, e ela vai ter que aprender para viver...Dourada”*

Dentre o enfoque reabilitatório e de qualidade de vida, estudos pesquisam métodos para reduzir a necessidade da realização de uma estomia ou torna-las estomas continentas. A irrigação é um método mecânico definido por Santos e Cesaretti (2001) como uma evacuação programada. Para Malagutti e Kakihara (2011) a autoirrigação destaca-se dentre as ações, pois, é uma estratégia importante e fundamental para a aceitação do estoma. Os autores também relatam sobre o método ser simples e barato, podendo ser realizado pelo próprio indivíduo, após um treinamento dado por um profissional devidamente capacitado.

Conforme Maruyama et al. (2009), a irrigação intestinal é uma técnica antiga, com início no ano de 1927, onde já oferecia resultados positivos na vida dos estomizados. É uma técnica não invasiva que objetiva a regulação da atividade intestinal e a diminuição da troca das bolsas, diminuindo lesões periestomais. Consiste num enema realizado a cada 24 ou 48 horas, onde o fluido introduzido no intestino grosso causa uma distensão estimulando a eliminação fecal, conseguinte seu total esvaziamento e diminuição de gases. No entanto o autor diz que o ensino não deve considerar somente a técnica, mas também é imprescindível avaliar as particularidades de cada indivíduo seu comportamento, conhecimento, suas motivações e necessidades. O autor também relata que a indicação para a autoirrigação é sempre médica.

Cabe ressaltar que a realidade do paciente estomizado não é fácil, mas pelas falas percebe-se que estes buscam por métodos que lhes promovam uma adaptação a sua condição. O enfermeiro tem um papel de suma importância no repasse do conhecimento para a formação de indivíduos conscientes e livres para optarem por escolhas para seu autocuidado, consequentemente uma melhor qualidade de vida (MENDONÇA et al., 2015).

Este estudo torna-se relevante, pois se acredita que a partir dos relatos de situações vividas pelo estomizado, o enfermeiro e sua equipe possam ter uma visão mais ampliada sobre os sentimentos e necessidades apresentadas por estes, podendo assim elaborar ações suprimindo tais necessidades. Segundo Flora (2012), deve ser elaborado um plano individual de atenção fundamentado, abrangendo as expectativas e necessidades destas pessoas, o que contribuirá para necessária tomada de decisão em direção da melhoria da qualidade de vida.

De acordo com a maioria das respostas torna se evidente a necessidade de aperfeiçoamento nas ações prestadas a estes pacientes. Ou seja, o desenvolvimento de atividades permanentes, individuais e em grupo, com intuito de facilitar a adaptação destes.

De um modo geral as ações realizadas devem ser desenvolvidas adequadamente para alcançarem suas finalidades.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre estomizados permitiu ampliar o entendimento sobre a real importância das ações de enfermagem na vida dos pacientes e também, tamanha responsabilidade que tal atividade ocupacional exige. O enfermeiro necessita aprimorar suas técnicas, buscando subsídios para suprir as necessidades dos pacientes e desenvolver ações que auxiliem no processo de cura deste indivíduo.

Os pacientes participantes deste estudo, embora apresentarem características comuns são pessoas com necessidades e reações próprias, e que necessitam de uma assistência humanizada e individualizada, o que requer por parte do enfermeiro a busca constante de medidas que minimizem as dificuldades decorrentes desta situação. É fato a necessidade do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, onde o enfermeiro apresenta-se a frente deste processo, o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, engloba a coerência e respeito dos profissionais entre si e destes com a família.

O papel do enfermeiro na percepção do estomizado é de suma importância, o que pôde ser percebido nas falas. No entanto é notória a ausência de uma participação mais ativa vinda do profissional em questão. Na equipe de enfermagem o enfermeiro apresenta-se hierarquicamente no comando, sendo responsável por sua equipe, que trabalhará de acordo com o conhecimento e ferramentas que a estes são disponibilizadas, sendo assim, a equipe prestará a assistência ao paciente conforme as ferramentas que possuem.

Entende-se que para um planejamento eficaz o enfermeiro deve ter uma visão aprimorada, reconhecendo os problemas e atuando com intuito de sua resolução, sendo assim é imprescindível o planejamento do cuidado individualizado que o paciente estomizado demonstra necessitar. Faz-se necessário a coleta de dados, que se dá através de uma entrevista e pelo exame físico, o que facilitará o mapeamento dos problemas do paciente e por sua vez daria os subsídios para o diagnóstico e planejamento das ações que fariam a diferença na assistência prestada pelo profissional enfermeiro.

É visível nas falas a percepção de alguns pacientes no que diz respeito aos cuidados com a estomia, atribuindo tais cuidados aos familiares, pois estes não se veem capacitados para o autocuidado, o que pode ser resultado de uma lacuna existente lá no início, onde o paciente deveria ter todos os esclarecimentos sobre a sua condição de saúde e dos cuidados por parte do enfermeiro. Também é importante mencionar que a rapidez com que ocorre o tratamento cirúrgico, desde o diagnóstico, pode dificultar a aproximação

paciente /enfermeiro, tornando difícil a participação mais efetiva do profissional neste processo.

Em relação à qualidade de vida dos pacientes estomizados a maioria busca alternativas para a situação, esta não pode ser medida, pois cada indivíduo apresenta suas necessidades e percepções sobre a condição de vida.

Desta forma, pode-se dizer que mais pesquisas sobre este tema podem contribuir para a readaptação deste indivíduo na sociedade. Assim, sugerem-se ações permanentes em que se faça a escuta a estes pacientes quanto às suas necessidades o que poderia ser feito com a criação de grupos de apoio para que estes pacientes pudessem trocar experiências e aprenderem um com o outro.

Este estudo contribuiu para o crescimento pessoal e profissional da pesquisadora, visto que a maior parte dos entrevistados demonstrou superação, vontade de viver e que as orientações de enfermagem são evidentemente decisivas na adaptação deste paciente.

## REFERÊNCIAS

- ABRASO - Associação Brasileira de ostomizados. *Cartilha do homem ostomizado*. Rio de Janeiro: ABRASO, 2004.a
- \_\_\_\_\_. Política pública: a saúde da pessoa ostomizada. In: *Rev ABRASO*. v. 03, n. 12, 2004.b
- ARDIGO, F. S.; AMANTE, L. N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. In: *Texto Completo de Enferm.* Florianópolis ,v. 22, n. 04, p. 1064-1071, 2013.
- BACELAR, S.; GALVAO, C. C.; ALVES, E.; TUBINO, P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. In: *Acta Cir. Bras.* [online]. v.19, n. 05, p.582-584, 2004.
- BARBUTTI; R.C.S.; SILVA, M.C.P.; ABREU, M.A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. In: *Rev SBPH*. v. 11, n. 02, p. 27-39, Dez / 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BONASSA, E. M. A. *Enfermagem em quimioterapia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 279 p.
- CARVALHO, R. A. de O. de. *Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010*. 84 f. (Dissertação de Mestrado). Curso de Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2014.
- CESARETTI, I. U. R. O Cuidar de Enfermagem na trajetória do Ostomizado: Pré & Trans & Pós Operatórios. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomoterapia*. São Paulo: Atheneu, 2005
- CESARETTI, I.U.R.; SANTOS, V.L.C.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. In: *Rev Bras Enferm.* Brasília. v. 63, n. 01, p. 16-21, jan. /fev., 2010.;
- CETOLIN, S. F.; BELTRAME, V.; CETOLIN, S. K.; PRESTA, A. A. Dinâmica sociofamiliar com pacientes portadores de estomia intestinal definitiva. In: *ABCD Arq Bras Cir Dig.* v. 26, n. 03, p. 170-172, 2013.
- COELHO, A.M.S.; OLIVEIRA, C.G.; BEZERRA, S.T. F.; ALMEIDA, A. N. S. de.; CABRAL, R. L.; COELHO, M. de M. F. Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora. In: *Rev enferm UFPE*[on line].Recife, v. 09, n. 10, p 9528-9534, Out. /2015.
- FERNANDES, R.M.; MIGUIR, E.L.B.; DONOSO, T.V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova / Minas Gerais. In: *Rev bras Coloproct*, v. 30, n. 04, p. 385-392, 2011.
- FLORA, A. D. *Qualidade de vida de portadores de estomia intestinal: uma revisão narrativa*. 25p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências

da Vida. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Ijuí, 2012.

GEOVANINI, T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011. 107 p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades, Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul. [Cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431680](http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431680).

INCA - Instituto Nacional do Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p.

\_\_\_\_\_. Estimativa 2014: neoplasia maligna de cólon e de reto. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

JUSTINO, E. T.; MANTOVANI, M. F. *A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura*. São Paulo: Atlas, 2011.

KAWAKAMI, M.; LOPES, O.; SARAIVA, P.; ROSSI e SILVA, C. N.; SANTOS, L. N.; TREVIZAN, P. D. Avaliação da ansiedade e depressão de pacientes oncológicos que realizam quimioterapia ambulatorial. In: *Colloquium Vitae*. p. 35-41, 2015.

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. In: *Rev Enferm UFPI*. v. 02, n. 01, p. 67-70, Jan. / Mar., 2013.

MAHL, G.H.; WEIZEMANN, J.; BORGES, D. T. Pacientes Oncológicos Ostomizados Atendidos Em Um Serviço De Referência No Interior Do Estado Do Rio Grande Do Sul: Um Retrato Do Trabalho Do Pet-Saúde Vigilância Prevenção Ao Câncer. In: *II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar - II CBMH*. São Paulo: Editora Blucher, 2014. p.34.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari, 2011. 640 p.

MARUYAMA, S. A. T.; BARBOSA, C. S.; BELLATO, R.; PEREIRA, W. R.; NAVARRO, J. P. Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. In: *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. v. 11, n. 03, p. 665-73, 2009.

MAURICIO, V.C.; SOUZA, N.V.; LISBOA, M.T.L. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. In: *Esc Anna Nery* (impr.). v. 17, n. 03, p. 416-422, jul. /set., 2013.

MENDONÇA, S.N.; LAMEIRA, C.C.; SOUZA, N.V.D.O.; COSTA, C. C. P. da.; MAURÍCIO, V. C.; SILVA, P. A. dos S. Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas estomizadas. In: *Rev enferm UFPE*[online]. Recife, v. 09, n. 01, p. 296-304, jan.,2015.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

NASCIMENTO, C.M.S.; TRINDADE, G.L.B.; LUZ, M.B.A.; SANTIAGO, R.F. Vivência do Paciente Estomizado: Uma Contribuição para a Assistência de Enfermagem. In: *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 20, n. 03, p. 357-64, Jul. / Set., 2011.

OTTO, E. S. *Oncologia e enfermagem prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

POLETTO, D.; SILVA, D. M. G. V. da. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[online]. v. 21, n. 02, p.531-538, 2013.

RAMOS, R.S.; BARROS, M.D.; MOURA, M.S.; GAWRYSZEWISKI, A.R.B.; GOMES, A.M.T. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. In: *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 03, p. 280-286, 2012.

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. In: *Cogitare Enfermagem*. v. 15, n. 04, 2010.

SANTOS, V. L. C. de G. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. In: *Rev Estima*. v. 05, n. 01, p. 31-38, 2007.

SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2001. 532 p.

SAWADA, N.O.; NICOLUSSI, A.C.; OKINO, L.; CARDOZO, F.M.C.; ZAGO, M.M.F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia. In: *Rev Esc Enferm USP*. v. 43, n. 03, p. 581-587, 2009.

SILVA, E.M.; POPOV, D.C.S. Reabilitação do paciente ostomizado: um desafio para o enfermeiro. In: *Rev Enferm UNISA*. v. 10, n. 02, p. 139-143, 2009.

SILVA, J.C.; SOARES, M.C.; ALVES, H.S.; GARCIA, G. S. A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. In: *Revista da Universidade Vale do Rio Verde / Três Corações*, v. 12, n. 01, p. 346-355, jan./jul., 2013.

SILVA, J.; SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; SANTOS, M. G.; LIMA, M. S.; SASAKI, V. D. M. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. In: *Rev. Rene*. v. 15, n. 01, p. 166-173, jan. /fev., 2014.

STUMM, E.M.F.; OLIVEIRA, E.R.A.; KIRSCHNER, R.M. Perfil de pacientes estomizados. In: *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 18, n. 01, p. 26-30, jan./mar., 2008.

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Paciente:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Estado civil:
5. Escolaridade:
6. Diagnóstico (causa da estomia):

### DADOS CLÍNICOS:

7. Quando foi estomizado? Tempo estomizado?
8. Tipo de cirurgia?
9. Seu estoma é reversível ou irreversível?
10. Tratamento adjuvante?
11. Reação ao receber o diagnóstico?
12. Antes da cirurgia conversou com o enfermeiro (a) do setor?
13. O que foi abordado nesta conversa com o enfermeiro (a)?
14. Quais foram às orientações recebidas?
15. No que poderia melhorar a assistência prestada?
16. Qualidade de vida após estoma?

## **APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

### **Título: A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ADAPTAÇÃO DOS PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL**

As orientações de enfermagem aos pacientes estomizados facilitam a compreensão do seu processo de adoecimento, bem como sua recuperação ou readaptação, contribuindo para sua autonomia e auto cuidado. Este estudo tem como objetivo identificar a percepção dos pacientes estomizados sobre as orientações de enfermagem. A relevância desse estudo se dá tanto para o trabalho da enfermagem quanto para o paciente estomizado, pois oportuniza reflexões sobre a qualificação das ações de enfermagem para o bem estar do paciente, auxiliando-o na adaptação da sua nova condição de vida.

Para a coleta dos dados será necessário realizar entrevistas com os pacientes estomizados, seguindo um roteiro de questões semi- estruturadas.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo,

ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;

- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Roberta Veleda Rodrigues (51) 97019905, orientada pela professora Luciane Schmidt Alves (51) 37177469.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do responsável



Nome e assinatura do Paciente ou Voluntário

---

