UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JANAÍNA DA SILVA

Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados

Ribeirão Preto

2013

JANAÍNA DA SILVA

Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Janaína da

Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados. Ribeirão Preto, 2013.

213 p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profa.Dra. Helena Megumi Sonobe

1. Educação em Saúde. 2. Autocuidado. 3. Estomas cirúrgicos.

4. Assistência Centrada no Paciente. 5. Enfermagem.

JANAÍNA DA SILVA

Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ___/...../.....

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Instituição: EERP-USP Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura_____

DEDICATÓRIA

À minha mãe ***Damares***, que muito incentivou e acreditou em meu potencial, a não desistir diante das dificuldades e aprender com o erros.

Ao meu noivo ***Flaviano Gabriel***, pelo carinho intenso, apoio, incentivo e paciência.

Aos estomizados que me possibilitaram adquirir experiência clínica e conhecimento diante da realidade.

E a toda minha ***família.***

AGRADECIMENTOS

A ***Deus*** pela vida e força ao longo do caminho que tenho trilhado.

A ***Profa. Dra. Denise de Andrade*** e ***Prof. Dr. Evandro Watanabe*** pela oportunidade de participação no grupo de pesquisa NEPECISS e a conclusão do curso de especialização em Prevenção e Contrôle de Infecção em Serviços de Saúde.

Aos amigos ***Rosilene Marvulli***, ***Camila Megumi Naka Shimura, Renato Borges, Laura Mattoso*** e ***Marco Gimenes dos Santos*** pela amizade sincera, companheirismo, apoio, exemplo profissional e ética.

Aos Irmãos de fé, ***Irmã Grácia***, ***Irmão Nelson, Jaqueline***, ***Jorge, Joyce*** e ***Neemias***, pela receptividade sincera durante o tempo que permaneci em Ribeirão Preto.

A empresa ***BMD-CONVATEC***, na pessoa de ***Marco Rodrigues***, ***Carlos Menegucci*** e ***Francisco Tiago*** pelo apoio no desenvolvimento do estudo.

A todas as pessoas que contribuíram no meu crescimento pessoal e profissional.

A ***CAPES***, pelo aporte financeiro concedido nestes dois anos.

Deus os abençõe !

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A ***Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe*** pela orientação, contribuição na minha formação acadêmica, sabedoria, paciência diante das dúvidas e limitações, ética e exemplo profissional. Agradeço a senhora por esta oportunidade e por acreditar em mim.

Ö temor do senhor é o princípio da sabedoria, e a ciência do santo a prudência »

PROVERBIOS, 9 :10

RESUMO

SILVA, J. **Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio:** do planejamento à avaliação de resultados. 2013. 213 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que teve como objetivos descrever as características socioculturais, familiares, domiciliares e capacidade para o autocuidado de estomizados cadastrados na Secretaria de Saúde de uma cidade do interior paulista; avaliar a condição clínica do estomizado em relação à estomia e os equipamentos utilizados; e planejar, implementar e avaliar a educação em saúde sobre o autocuidado de estomizados intestinais, com a estratégia do Método do Arco, fundamentado na Pedagogia da Problematização. Utilizou-se o referencial teórico da Pedagogia da Problematização e o método etnográfico para o desenvolvimento do estudo com pacientes cadastrados na Secretaria de Saúde para aquisição de equipamentos coletores para estomia intestinal e urinária, em uma cidade paulista, com participação em três etapas distintas do estudo. Na primeira etapa do estudo foi realizada a avaliação domiciliária, o uso de equipamentos coletores e a capacidade para o autocuidado, cujos dados foram coletados no domicílio com instrumento de avaliação do domicílio e observação participante, com participação de 52 pessoas com estomia intestinal e urinária, durante os meses de setembro e outubro de 2012. Nesta etapa, a média de idade foi de 37 anos, houve predomínio da casa própria, com saneamento básico, uso do convênio de saúde público, a maioria realiza o autocuidado com estomia e equipamentos, mudanças na alimentação e vestuário. Na segunda etapa participaram 19 estomizados intestinais e urinários, que foram avaliados com utilização de um instrumento de avaliação clínica contemplando dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos; curativo e ferida cirúrgica, autocuidado com a estomia e equipamentos; e capacidade para o autocuidado e com a observação participante das pesquisadoras, no período de 30 de outubro a 01 de novembro de 2012. Nesta etapa, participaram 10 homens e 9 mulheres, com média de idade de 54 anos, predominando aposentados, até oito anos de estudos, renda até dois salários mínimos, responsáveis pela manutenção financeira da família. Na terceira etapa, foi desenvolvida a atividade educativa com 10 estomizados intestinais no domicílio, com a estratégia do Método do Arco para o ensino do autocuidado com estomia intestinal e equipamentos, observação participante, diário de campo e gravação em áudio das entrevistas semiestruturadas com os participantes sobre o aprendizado alcançado por cada um destes, no período de novembro de 1012 a fevereiro de 2013. A atividade educativa foi com duas visitas domiciliares para sete participantes e de quatro a nove visitas para os outros participantes, todos passaram a realizar o autocuidado da estomia e do equipamento coletor e foram unânimes em relação aos benefícios desta aprendizagem na melhoria da autoestima e autonomia, com retomada das atividades cotidianas. Acreditamos que os resultados deste estudo contribuirão na melhoria do ensino de autocuidado de estomizados intestinais.

Descritores: Educação em Saúde. Autocuidado. Estomas cirúrgicos. Assistência Centrada no Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, J. **Education for self-care of the intestinal ostomy patient at home:** from planning to evaluation results. 2013. 213 f. Dissertation (MsC) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2013.

This is a qualitative study that aimed to describe the socio-cultural characteristics, family, household and capacity for self-care of ostomy patients registered at the Secretariat of Health of a city in the state of São Paulo; assess the clinical condition of the ostomy patients in relation to the ostomy and the equipment used, and plan, implement and evaluate health education on self-care of intestinal ostomy patientes, with the strategy of the Arc Method, based on problem-solving pedagogy. The theoretical framework of the Curriculum and Pedagogy ethnographic method were used for the development of the study of patients enrolled in the Health Department to purchase equipment for collectors and urinary ostomy in a city in the satate of São Paulo, with participation in three distinct stages of the study. In the first stage of the study the home care was evaluated, the use of collection equipment and the ability for the self-care, data were collected at home with the resident assessment instrument and participant observation, with the participation of 52 people with urinary and intestinal ostomy during the months of September and October 2012. At this stage, the average age of the patients was 37 years old, there was a predominance of home ownership, with sanitation, use of public health plan, the majority performs self-care with ostomy equipment and reported changes in food and clothing. In the second stage 19 intestinal and urinary ostomy patients were involved, they were evaluated with the use of a clinical assessment instrument covering socio-demographic, clinical and therapeutic, curative and surgical wound, ostomy and self-care with the equipment, and capacity for self-care and observation participant of the researchers in the period from October 30 to November 1, 2012. At this stage, 10 men and 9 women were attended, with the average age of 54 years old, especially retired patients, to eight years of study, receiving up to two minimum wages, responsible for the maintenance of the family. In the third stage, the educational activity was developed with 10 intestinal ostomy patients at home, with the strategy of the Arc Method to teach the self-care and ostomy equipment, participant observation, field diary and audio recording of the semi-structured interviews about the learning achieved by each one of them, from November 2012 to February 2013. Educational activity was done with two visits to seven patients and four to nine visits to other patients, all of them began to perform self-care and ostomy equipment collector and were unanimous regarding the benefits of this learning to improve self-esteem and autonomy, with resumption of daily activities. We believe that the results of this study will contribute to the improvement of the teaching self-care of intestinal ostomy.

Descriptors Health Education Self Care. Surgical stoma. Patient-Centered Care. Nursing.

RESUMEN

SILVA, J. **Educación para el autocuidado de personas con estomas intestinales en el domicilio: del planeamiento al evaluación de resultados**. 2013. 213 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

Se trata de un estudio de abordaje cualitativa, que tuve como objetivos describir las características socioculturales, familiares, domiciliares y capacidad para autocuidado de ostomizados catastratos en la Secretaría de Salud, en una ciudad del Estado de São Paulo; evaluar la condición clinica del ostomizado del estoma y los equipamientos utilizados; e planear, desarrolar e evaluar la educación en salud del autocuidado del ostomizado, con la estrategia de Método del Arco, fundamentado en la Pedagogía de la Problematización. Utilizóse el referencial teórico de la Pedagogia de la Problematización y el método etnográfico en el estudo con ostomizados catastrados en la Secretaría de Salud para adquisión de equipamientos, en una ciudad paulista, con participación en tres etapas del estudio. En la primera etapa del estudio realizóse la evaluación domiciliario, el uso de equipamientos y la capacidad para el autocuidado, cuyos datos fueron recolectados en el domicilio con guión de evaluación del domicilio y la observación participante, con participación de 52 ostomizadoas, durante los meses de septiembre y octubre de 2012. En esta etapa, la edad promedio fue de 37 años, con predominio da casa propia, con condicióm sanitario basico, uso del convenio de salud público, la mayoría realiza el autocuidado con estoma y equipamientos, modificaciones en la alimentación y vestuario. En el según etapa participaron 19 ostomizados intestinales y urinarios, que fueron evaluados con utilización de uno guión de evaluación clinica con datos sociodemográficos, clinicos e terapéuticos; curativo y herida quirúrgica, autocuidado con estoma y equipamientos; y capacidad para el autocuidado e con observación participante de las investigadoras, en el periodo de 30 de octubre hasta 01 de noviembre de 2012. En esta etapa, participaron 10 hombres e 9 mujeres, con edad promedio de 54 años, jubilados, hasta ocho años de estudios, renta hasta dos salario-base, responsables por la manutención financeira de la familia. En la tercera etapa, fue desarrolada la actividad educativa con los 10 ostomizados intestinales en el domicilio, con la estrategia del Método del Arco para la ensenãnza del autocuidado con estoma intestinal e equipamientos, observación participante, diario de campo y grabación en audio de las entrevistas semiestructuradas con los participantes sobre el aprendizaje de cada uno, en el periodo de noviembre de 1012 hasta febrero de 2013. La actividad educativa fue con dos visitas domiciliares para siete participantes y de cuatro a nueve visitas para los otros participantes, todos passaron a realizar el autocuidado del estoma y del equipamiento y fueron unánimes sobre los beneficios de esta aprendizaje en la mejoría de la autoestima e autonomía, de las actividades cotidianas. Creemos que los resultados de esto estudio contribuirán en la mejoría de la ensenãnza del autocuidado de ostomizados intestinales.

Descriptores: Educación en Salud. Autocuidado. Estomas Quirúrgicos. Atención Dirigida al Paciente. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 : Ferida crônica “pé diabético- Data:14/12/12 146

Figura 2 : Após ensino do autocuidado e curativo em ferida crônica 147

Figura 3. Ferida crônica “úlcera venosa- 12/03/2013 175

Figura 4. 12/03/2013 176

Figura 5. 12/05/2013 177

Figura 6. 12/05/2013 178

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Proposta de Maguerez - Método do Arco 67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização sóciodemográfica de estomizados intestinais..... 128

Quadro 2 Caracterização clínica de estomizados intestinais..... 131

LISTA DE TABELAS

AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

Tabela 1 81

Tabela 2 85

AVALIAÇÃO CLINICA

tabela 3 96

tabela 4 .....…….. 102

tabela 5 .....…….. 119

LISTA DE SIGLAS

CCR	Câncer Colorretal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
WOCN	Wound, Ostomy, Contincence Nurses Society
WCET	World Council of Enterostomal Therapists

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO……. 18

1. INTRODUÇÃO……..... 22

2. OBJETIVOS…….. 31

3. REVISÃO DA LITERATURA……... 33

3.1 A condição do estomizado intestinal e as patologias determinantes…….. 34

3.2 Autocuidado de Estomizados Intestinais no Domicílio…….. 42

3.3 O contexto familiar do estomizado intestinal……... 57

4. REFERENCIAL TEÓRICO……... 62

4.1 Pedagogia da problematização (Método Laubach)…… 63

5. ASPETOS METODOLÓGICOS E CONTEXTO DO ESTUDO…….. 68

5.1 Operacionalização do Estudo…… 72

5.2 Contexto do estudo…… 72

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO…….. 79

6.1 Resultados e Discussões…… 80

6.2 Caracterização dos estomizados…….. 96

7. ATIVIDADE EDUCATIVA…… 126

7.1 Atividade de ensino com os estomizados intestinais no domicílio……... 133

7.2 Esquema 1 : Categoria de análise de dados……... 179

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS…… 183

9. REFERÊNCIAS…… 185

APÊNDICE……. 198

ANEXO 1…… 211

APRESENTAÇÃO

Durante o curso de Especialização em Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde na EERP-USP em 2010, ao definir o tema da monografia aproximamos da área de Enfermagem Oncológica, que resultou no estudo de revisão integrativa sobre as infecções em feridas oncológicas de pacientes com câncer colorretal (CCR). Com os resultados, concluímos que as medidas de prevenção e controle de complicaçõs pós-operatórias dessa clientela estão relacionadas com os cuidados pré-operatórios de preparo físico do paciente, principalmente o rigor do preparo colônico (lavagem intestinal), preparo psicossocial e ensino sobre a cirurgia e suas consequências, avaliação da evolução do paciente e da ferida operatória, planejamento de alta hospitalar com ensino de cuidados para o paciente e familia, avaliação sistemática e periódica da condição clínica do paciente e avaliação nutricional, favorecem a recuperação fisiológica e a cicatrização da ferida operatória. Considerando estes resultados evidenciamos a necessidade de intervenções de enfermagem que possam contribuir na diminuição das taxas de complicações pós-operatórias e de morbimortalidade desta clientela, bem como melhorar a qualidade da assistência de enfermagem perioperatória (SILVA, 2011).

Concomitantemente, tivemos oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com estomias intestinais ao participar das atividades do Grupo de Extensão Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familaires, sob coordenação de minha orientadora na Especialidade da Coloproctologia na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Os conhecimentos especializados e habilidades desenvolvidas em relação ao ensino do autocuidado de pacientes estomizados e seus familiares foram importantes para o aperfeiçoamento como enfermeira, com direcionamento e aprofundamento de discussões com a minha orientadora. Além disso, tivemos a oportunidade de complementar nossa formação ao participarmos das visitas médicas nas sextas-feiras, o que aprofundou a nossa compreensão em relação as técnicas cirúrgicas e suas consequências, bem como tratamentos e prognósticos, que aprimoraram as nossas atividades no Grupo de extensão.

Esta experiência nos instigou a conhecer a Organização Não-Governamental (ONG) Gema Zanini na cidade de Ourinhos/SP, onde residia. Esta

ONG atendia especificamente estomizados intestinais por câncer. Esta ONG, com ajuda financeira da comunidade e apoio da Prefeitura de Ourinhos, realizava o atendimento domiciliário semanal de várias pessoas com estomia intestinal por câncer colorretal, com uma técnica de enfermagem, acompanhada pelo presidente e fundador. Contudo, este atendimento não tem conseguido atender numericamente todos os estomizados intestinais e pouco avançava em outros aspectos importantes da reabilitação destas pessoas, pois focalizava especificamente a troca de equipamentos.

Apesar das tentativas da Prefeitura junto à Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Estado de São Paulo para implantação do Programa de Ostomizados, ainda está em tramitação na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

O Programa de Ostomizados presta assistência especializada e multidisciplinar às pessoas com estomias intestinais e urinárias, além daquelas com feridas e incontinências. O atendimento especializado tem por meta o desenvolvimento de autonomia e independência de pacientes e familiares ao longo do seguimento e não somente a distribuição de equipamentos. A implantação deste programa de saúde ampliaria e melhoraria assistência à saúde da população (BRASIL, 2009).

Esta experiência resultou em vários questionamentos: As pessoas com as estomias intestinais tem conseguido realizar o autocuidado adequadamente no domicílio? Quais as suas dificuldades enfrentadas por essas pessoas em relação à aquisição, troca de equipamentos e manutenção de suas atividades cotidianas? A reflexão diante destes questionamentos resultou na definição do projeto sobre a educação em saúde de estomizados intestinais, com ênfase no autocuidado no domicílio, por constituir um contexto pouco explorado e onde pacientes e familiares enfrentam muitos desafios e problemas, após a alta hospitalar.

Após a definição desta pesquisa, buscamos aperfeiçoar os conhecimentos na temática do estudo participando de cursos, palestras e congressos. No ano de 2012, fomos beneficiadas com uma bolsa de viagem da WOCN (Wound, Ostomy, Contincence Nurses Society) dos Estados Unidos da América (USA) para participar na conferência realizada no mês de junho na cidade de Charlotte no estado da Carolina do Norte (NC), assim como, também fomos agraciadas como membro da

WOCN society por um ano e ter acesso às publicações de artigos no periódico desta sociedade. Neste evento, pudemos conhecer as pesquisas e a atuação da enfermeira estomaterapeuta em território americano, diferente da realidade brasileira.

Frente a oportunidade, submetemos um resumo com os resultados parciais dos dados pois ainda estava em fase de coleta, intitulado « Profile Characterization of Intestinal Ostomates in a Small Town in the State of São Paulo (BRAZIL)". Este trabalho foi apresentado em junho de 2013, na cidade de Seattle no estado de Washington.

Por ter participado duas vezes do evento da WOCN, e no último com apresentação de trabalho, estabelecemos contato com uma pesquisadora norte-americana da Universidade de Indiana e membro da direção da WOCN Society. Esta pesquisadora realiza estudos com estomizados intestinais e feridas, com destaque para as complicações de estoma e pele periestoma.

Dessa forma, no desenvolvimento deste estudo, conseguimos adquirir conhecimentos e experiência clínica na área da estomaterapia, contribuindo para a nossa prática profissional.

1. INTRODUÇÃO

A revisão integrativa de doze estudos sobre o ensino do autocuidado para os estomizados intestinais forneceram subsídios para o desenvolvimento deste estudo. Os aspectos evidenciados foram a importância do ensino do autocuidado no perioperatório com vistas do contexto domiciliário, considerando-se as necessidades individuais de cada pessoa, com abordagem sobre a cirurgia e suas consequências, a demarcação de estoma, ensino do autocuidado para paciente e o familiar, planejamento da alta hospitalar e busca de alternativas para a adaptação à condição de ser estomizado e as possibilidades da reabilitação após a alta hospitalar.

Os estomizados intestinais por doença oncológica são acometidos predominantemente por câncer colorretal (CCR), que epidemiologicamente representa a terceira neoplasia mais comum em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. A sobrevida destes pacientes aumentam em função do diagnóstico precoce, com média global em torno de cinco anos, em cerca de 40 a 55% dos casos (INCA, 2013).

Para o ano de 2012 no Brasil, estimou-se 14.180 casos novos de CCR em homens e 15.960 em mulheres, ou seja, um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres. No país, o CCR em homens é o segundo mais frequente na região Sudeste e o terceiro nas regiões Sul e Centro-Oeste. Na região Norte, ocupa a quarta posição e na região Nordeste, a quinta. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sudeste e Sul, o terceiro nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, e o sexto na região Norte (INCA, 2013).

A incidência de CCR cresceu entre homens e mulheres de todo o mundo, de acordo com estudo publicado na revista "Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention". Este aumento variou entre 11% (Finlândia) e 92% (Japão), cuja causa atribuída é o maior consumo de carnes vermelhas e processadas, pois além de muito gordurosas possuem aditivos químicos denominados nitratos que no estômago se transformam em nitritos. Estes compostos se convertem em nitrosaminas, que são agentes cancerígenos. No mundo, foi o terceiro tumor mais frequente entre mulheres e o quarto entre homens (BRASIL, 2009; MITCHELL et al, 2007).

O CCR podem resultar na necessidade da confecção de estomas intestinais, sendo nos Estados Unidos da América (USA) e Canadá há 1 milhão de

pessoas vivendo com estomas intestinais e aproximadamente 100 mil estomizados a cada ano. Apenas nos Estados Unidos são 800 mil pessoas estomizadas (DEITZ; GATES, 2010; MITCHELL et al, 2007).

Constituem fatores de risco para esta patologia a história familiar de CCR, predisposição genética e desenvolvimento de doenças inflamatórias intestinais, além da alimentação com dieta baseada em gordura animal, baixa ingestão de frutas, vegetais e fibras, associada ao consumo excessivo de álcool e tabaco, sedentarismo, obesidade e idade acima dos 40 anos (OLIVEIRA et al., 2010; ZANDONAI, SONOBE, SAWADA, 2012; INCA, 2013).

As formas de tratamento de CCR dependem do estadiamento, localização e extensão do tumor. Dentre as modalidades terapêuticas mais utilizadas está a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia, isoladas ou em associação. A cirurgia é o principal tratamento na maioria de casos deste tipo de câncer, podendo ser curativa ou paliativa. As principais técnicas cirúrgicas são denominadas: amputação abdômino-perineal ou Cirurgia de Miles, colectomia parcial ou total, que envolvem a necessidade de confecção de estomia intestinal temporária ou permanente.

Além do CCR, uma das principais causas que podem resultar em estomias são as doenças inflamatórias como doença de Crohn, retocolite ulcerativa, diverticulite, e doenças epidemiológicas de países tropicais como doença de chagas. A diverticulite é caracterizada pela presença de diverticulos na parede do cólon que podem causar sintomas ou não, sendo um processo inflamatório agudo ou crônico nos diverticulos, associado ou não as complicações (ROCHA, 2011; MATOS et al., 2004).

O megacólon chagásico é a alteração dos plexos nervosos do sistema nervoso autônomo intramural do cólon ocasionado pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (ROCHA, 2011; MATOS et al., 2004).

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode acometer qualquer segmento do trato gastrintestinal, tende a ser progressiva e a maioria dos pacientes necessita de tratamento cirurgico durante sua evolução (MATOS et al, 2004).

A neoplasia de bexiga é outra condição que pode resultar em estomia, conhecido como estomia urinária ou urostomia. O principal acometimento da

neoplasia urinária se limita ao tecido de revestimento da bexiga. O câncer começa nas células de transição pode se disseminar através do revestimento da bexiga, invadir a parede muscular e disseminar até os órgãos próximos ou por meio dos linfonodos, provocando metástase a distância. No ano de 2012 estimou-se 8.900 novos casos de cancer de bexiga, sendo 6.210 em homens e 2.690 em mulheres (INCA, 2013; MATOS et al., 2004).

Estomia tem sua origem na palavra grega *stoma,* que significa abertura cirúrgica, para desvio temporário ou permanente do efluente colônico através da parede abdominal com sutura da porção exteriorizada, em decorrência de diversas situações como doenças inflamatórias intestinais, doença diverticular, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar (PAF), traumas, megacólon, infecções perineais graves, proctite actínica, CCR, entre outras. Por muito tempo, o termo utilizado foi ostomia e atualmente considerando a grafia brasileira, foi consenso a adoção da terminologia estoma ou estomia (SANTOS; CESARETTI, 2000; LENZA, 2011).

A realização da colostomia permanente ou definitiva ocorre na impossibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal. Isso inclui casos de excisão de reto e ânus em tumores do terço inferior do reto, doença de Crohn com grave comprometimento do reto e, com menor frequência, nas retites estenosantes, consequentes aos processos infecciosos ou irradiação, deiscências graves de anastomoses colorretais ou anais que originam fístulas complexas que inviabilizam a reconstrução do trânsito. Nestes casos os pacientes precisam utilizar bolsas coletoras, denominadas bolsas de colostomia.

Uma inovação de técnica cirúrgica é a colostomia perineal, que é a excisão da porção do sigmóide até a região anal, com sutura da alça remanescente em região perineal, no qual não há necessidade de uso de bolsas coletoras, mas requer o aprendizado e capacidade do paciente em realizar a irrigação intestinal para assegurar a continência anal. Contudo, esta técnica não é aplicável a todos, pois a extensão remanescente da alça intestinal deve possibilitar a rafia da porção distal no períneo, o que não é viável quando a ressecção é ampla (SONOBE, 2009; STUMM, 2008; VIOLIN et. al., 2008).

A presença de estoma intestinal traz modificações fisiológicas gastrointestinais importantes ao paciente, aprendizado de cuidados com a bolsa de colostomia, surgimento de sentimentos conflituosos, preocupações, ansiedades e dificuldades em lidar com sua nova condição. Dessa forma, o estomizado necessitará de assistência de enfermagem específica e especializada durante o seguimento oncológico de controle de cinco anos e no Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (SUS), em realidades onde este programa de saúde já está implantado. Em outras realidades, esta clientela conta com ONGs ou dependem da família para a aquisição destas bolsas coletoras e geralmente não conseguem seguimento ambulatorial especializado, o que leva muitas vezes ao enfrentamento de problemas cotidianos no retorno ao domicílio e na realização de autocuidado, principalmente se tiver complicações com a ferida operatória, com o estoma e a pele periestoma.

O paciente com CCR, durante todo o tratamento cirúrgico após o diagnóstico, passa por várias situações e apresentam sentimentos como ansiedade com relação à cirurgia, recuperação e reabilitação no pós-operatório, em especial os candidatos à colostomia, preocupam-se com as mudanças no estilo de vida e a alteração da imagem corporal. Neste momento, evidencia-se a importância da atuação da equipe de enfermagem em planejar, ensinar e assistir este paciente oncológico em suas reais necessidades e indagações, por meio de seus conhecimentos técnico-científicos e habilidade interpessoal.

No período pós-operatório, o paciente oncológico com a colostomia, legalmente classificado como pessoa com deficiência, tem suporte de políticas públicas de saúde que tem o propósito de reabilitar a pessoa com deficiência em sua capacidade funcional e de desempenho humano, com sua inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger sua saúde por meio de programas de saúde específicos. Dessa forma, esses estomizados são cadastrados no Programa de Ostomizados do Pólo de atendimento mais próximo, pelo Serviço Social do município onde reside. Este programa tem como objetivos o acesso, cadastramento e a permanência destes, com atendimento especializado e fornecimento de equipamentos (CONASS, 2011).

O acompanhamento ambulatorial ao colostomizado não requer apenas o ensino aos pacientes sobre o autocuidado da estomia e de equipamentos como cuidados com a troca e esvaziamento de bolsas de colostomia, mas um planejamento multidisciplinar que estabelece a presença da enfermeira/estomaterapeuta, assistente social, psicóloga e médico coloproctologista, com vistas à recuperação física e alcance da reabilitação destes. Também inclui o ensino do autocuidado, o preparo da família para o cuidado no domicílio e o encaminhamento ao Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Portaria Nº 400/2009 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Dessa forma, também é essencial a atuação da equipe de enfermagem no atendimento e suporte à família do estomizado intestinal, pois participa em todas as etapas do cuidado, ou seja, durante o perioperatório. Esse cuidado deve ser embasado na avaliação clínica do indivíduo e sistematizado.

Destacando a importância dos profissionais de enfermagem no ensino dos estomizados intestinais no pré-operatório, a estomaterapeuta realiza a demarcação do local do estoma e inicia a atividade de ensino em relação à cirurgia e suas consequências mutilatórias e outras necessidades identificadas ou verbalizadas pelo paciente e familiar, o que subsidiará o ensino do autocuidado posteriormente. No pós-operatório, há a retomada do ensino do autocuidado em relação ao estoma, manuseio e troca de equipamentos (bolsas de colostomia), além de outros aspectos práticos do cotidiano, esclarecimentos de dúvidas e preparo do familiar para o cuidado no domicílio é fundamental para alcance da reabilitação e encaminhamento ao Programa de Ostomizados (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002).

O ensino do autocuidado durante o perioperatório ao paciente facilita o trabalho da enfermeira estomaterapeuta à longo prazo, ao poupar-lhe tempo, assim como reduz o nível de estresse e aumenta sua auto-estima. A instituição hospitalar se beneficia com o ensino do autocuidado ao paciente ao aumentar a satisfação deste e sua família, reduzir tempo de internação e reduzir números de reinternações. O autocuidado no domicílio é direcionado á autonomia do paciente sem limitar ao cumprimento de instruções, mas baseia-se na autoconfiança, na responsabilidade pessoal e na iniciativa individual (MEEKER, ROTHROCK, 2007).

Dessa forma, o ensino do autocuidado são voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. A atividade de ensino juntamente com as ações em saúde desenvolvidas pela enfermeira estomaterapeuta durante o perioperatório, não implica somente na utilização do raciocínio clínico, diagnóstico, prescrição de cuidados e avaliação da terapêutica implementada, mas processos de intervenção para que o paciente e a família disponham de instrumentos na manutenção ou recuperação do seu estado de saúde. Este ensino está relacionado aos fatores orgânicos, psicológicos, sócioeconômicos e espirituais (PEREIRA, 2003).

Nesse sentido, as informações necessárias ao planejamento do ensino do autocuidado incluem dados clínicos (diagnóstico, tratamentos prévios, efeitos colaterais dos tratamentos, recidiva, complicações, diagnóstico, tipo de estomia, tipo de procedimento e demarcação do estoma no pré-operatório) e sociodedemográficos do paciente (sexo, idade, escolaridade, convívio com família, presença de cuidador e serviço de saúde em seguimento). No pós-operatório, os dados sobre a evolução, complicações, cicatrização da ferida operatória, tipo de alimentação, funcionamento intestinal e capacidade de aprendizado do paciente/família. Estes dados devem ser avaliados para subsidiar o planejamento da atividade de ensino aos estomizados intestinais, pois influenciam na capacidade de realizar o autocuidado e na manutenção da autonomia e independência destes pacientes (PITTMAN, 2011; CONNOR, 2005; READDING, 2005; TOTH, 2006; VARMA, 2009; BORWELL, 2009).

O paciente quando oncológico que se prepara para a cirurgia em casos colorretais com a necessidade da confecção da estomia, apresenta ansiedade relacionado ao processo anestésico-cirúrgico, preocupação com mudanças no estilo de vida, prognóstico, distúrbio da imagem corporal relacionado ao estoma intestinal (ileostomia e colostomia). O ensino do paciente e família consiste em esclarecer sobre a cirurgia, o estoma (permanente ou temporário), com utilização de desenhos ou figuras para ilustrar a localização e aspecto da ferida e estoma, manejo dos equipamentos para uma adaptação adequada, encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre a sua condição de estomizado, o rigor da realização da lavagem

intestinal, dieta líquida, uso de antimicrobianos orais/parenterais e balanço hídrico (SMELTZER et al., 2009; MEEKER, ROTHROCK, 2007).

Ainda, em muitas realidades não há implantação da organização e estrutura do Programa de Ostomizados como previsto e assegurado pela legislação brasileira, o que nos instigou a conhecer a realidade na cidade de Ourinhos/SP e diante dessa proximidade, alguns questionamentos surgiram: Os pacientes estomizados intestinais têm conseguido realizar o autocuidado no domicílio?; Quais as dificuldades para realizar os cuidados no domicílio após a alta hospitalar?

Frente a essas indagações, buscamos sobre os direitos dos estomizados que são classificados de acordo com o Programa Nacional de Deficência, e quando possuem como doença primária o câncer, se encaixam dentro da Política de Atenção Oncológica também, assim como a portaria que regulamenta a assistência especializada aos estomizados. A assistência ao paciente com deficiência física compreende ações de apoio psicossocial, orientações na realização das atividades cotidianas, suporte especializado em situação de internação hospitalar ou domiciliar. A reabilitação desses pacientes visam o desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários na promoção da independência e participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e necessidades (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Oncológica visa ampliar o acesso dos pacientes aos procedimentos de cirurgia oncológica, expansão a tratamentos de radioterapia e quimioterapia e a implantação de um novo modelo de assistência farmacêutica em oncologia conjugando-se com a organização de redes na melhoria do acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao cuidado integral. Os sistemas de informação e de vigilância em saúde, educação e pesquisa, buscam integrar serviços especializados em uma linha de cuidados, devidamente regulamentados para proporcionar uma assistência de qualidade ao paciente oncológico (BRASIL, 2012).

A assistência especializada aos estomizados deve ser interdisciplinar, objetivando sua reabilitação, com ênfase no ensino do autocuidado, na prevenção de complicações de estomas e de pele periestoma, com fornecimento de

equipamentos adequados à necessidades individuais, com recursos humanos, equipamentos e instalações físicas adequadas (BRASIL, 2009).

Frente ao exposto, a proposta deste estudo é implementar a atividade de ensino do autocuidado no domícilio para estomizados intestinais com a utilização da Pedagogia da Problematização por meio do Método do Arco como estratégia, descrito por Charles Maguerez apresentado por Bordenave e Pereira (2002).

Este estudo ao abordar o ensino do autocuidado de estomizados intestinais no domicílio, possibilitará melhor recuperação e reabilitação do estomizado e família frente a nova condição após a cirurgia, com impacto positivo em sua qualidade de vida. O ensino do autocuidado no domicílio que corresponde o pós-operatório visa orientar quanto á pratica de atividades, cuidados com a ferida cirúrgica e a estomia, complicações potenciais, contrôle da dor e eliminação. A escolha do conteúdo da atividade de ensino deverá ser baseado naquilo que o paciente quer e precisa saber, com desenvolvimento da autonomia deste e do familiar/cuidador nos cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos (PEREIRA, 2003; MEEKER, ROTHROCK, 2007).

As estratégias utilizadas na atividade de ensino do autocuidado deve focalizar as reais necessidades do paciente e família, verbalizadas por este e as observações realizadas pelas enfermeira estomaterapeuta. O Método do Arco foi a estratégia de ensino escolhida nesse estudo por possibilitar explorar as principais necessidades de aprendizagem do estomizado nos cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos no domicílio, por meio da observação da realidade no ambiente domiciliar, o levantamento dos principais pontos-chave (necessidades de aprendizagem), teorização com a literatura científica, hipóteses de solução dos problemas (aliando recursos individuais e o contexto do paciente) e aplicação da realidade (implementação da aprendizagem).

Assim, o estudo será desenvolvido com abordagem metodológica qualitativa, com utilização do método etnográfico, pois consideramos que este possibilitará conhecer em profundidade o contexto sociocultural, neste estudo, o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio (LÜDKE, ANDRÉ, 1986; WALSHE et al., 2004).

2. OBJETIVOS

1- Descrever as características socioculturais, familiares, domiciliares e capacidade para o autocuidado de estomizados cadastrados na Secretaria de Saúde de uma cidade do interior paulista;

2- Avaliar a condição clínica do estomizado em relação a estomia e os equipamentos utilizados;

3- Planejar, implementar e avaliar a educação em saúde sobre o autocuidado de estomizados intestinais, com a estratégia do Método do Arco, fundamentado na Pedagogia da Problematizacão.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A condição do estomizado intestinal e as patologias determinantes

O CCR atualmente é a principal indicação na confecção do estoma intestinal e trata-se de um processo patológico, no qual uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA celular, com proliferação anormal, ignorando os sinais de regulação de crescimento nos tecidos adjacentes á célula. Essas células podem adquirir características invasivas, infiltrando-se em tecidos, acessando vasos sanguíneos e linfáticos, transportando células cancerosas para outras regiões do corpo, denominada metástase (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2011; ROCHA, 2011; SMELTZER et al., 2011).

As causas para o desenvolvimento de CCR estão relacionadas às causas internas e externas do indíviduo. Como internas temos a história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças inflamatórias intestinais como as poliposes adenomatosas, retocolite ulcerativa crônica, doença de Crohn. No entanto, um dos mais importantes fatores de risco considerados para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia é a alimentação e o estilo de vida, associadas ao sedentarismo e obesidade (MAYER, 2002).

Estudos têm demonstrado a associação entre a alimentação e desenvolvimento de CCR. O consumo de carne vermelha tem sido relacionado ao aumento do risco de CCR, porém este depende da quantidade, tempo de hábito e tipo de cozimento. O alto consumo de carne vermelha e processada, relacionados a mecanismos bioquímicos e genéticos, incluem a formação de agentes carcinogênicos como componentes nitrosos, aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos. O consumo de carne processada tem sido associado ao aumento da concentração fecal de compostos nitrosos, devido aos compostos nitrosos já presentes na carne. Estes são agentes alcalinos capazes de reagir com o DNA celular e alterar suas bases nitrogenadas, contribuindo para iniciar uma carcinogênese. Este mesmo efeito não foi observado na carne branca, como aves e peixes (OLIVEIRA et al., 2010; ZANDONAI, SONOBE, SAWADA, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o controle da obesidade, o combate ao sedentarismo, aliadas à alimentação saudável para a prevenção das

doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre estas o câncer (BRASIL, 2006).

As principais manifestações clínicas do diagnóstico deste câncer estão relacionadas com a localização anatômica, o estágio da neoplasia e a porção do seguimento intestinal comprometido. A sintomatologia do câncer de cólon é identificada pela história clínica e exame fisico, alterações no hábito intestinal, como a mudança na frequência de evacuação, calibre das fezes, presença de sangue nas fezes, anemia, dor abdominal, flatulência. Já no câncer de reto há geralmente queixa de tenesmo, dor retal ou sangramento anal (ROCHA, 2011; VIOLIN et al, 2008; NICOLUSSI, 2008).

O crescimento do tumor pode causar obstrução intestinal completa ou parcial, onde o crescimento e ulceração podem invadir vasos sanguíneos e linfáticos, com sua disseminação, o que pode resultar em hemorragia colorretal (ROCHA, 2011; NICOLUSSI, 2008).

A detecção precoce de CCR é realizada com a pesquisa de sangue oculto nas fezes a partir dos 50 anos de idade, em indivíduos com fatores de risco e quando identificado alguma alteração, indica-se a colonoscopia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2011).

As formas terapêuticas são a quimioterapia antineoplásica, a radioterapia e como tratamento primário a cirurgia, que podem ser indicadas, inclusive em associação. O procedimento cirúrgico consiste na retirada da porção intestinal afetada e a excisão de linfonodos próximos a essa região, para evitar a metástase, cujo orgão de maior sinergia é o fígado. Resultam geralmente na confecção de colostomia (intestino grosso), ileostomia (intestino delgado) e muitas vezes colostomia úmida de dupla-boca quando há confecção de colostomia e urostomia, que desembocam em aberturas distintas porém utilizam uma porção do sigmóide (BONASSA, 2000; GATO, 2012; ROCHA, 2011; COSTA, 2007).

A confecção de estomias intestinais (colostomias ou ileostomias) pode ser em caráter temporário ou definitivo, com localização terminal ou em alça. As derivações temporárias tem como finalidade a proteção de anastomoses de alto risco de deiscência e o restabelecimento do trânsito intestinal, sem necessidade de laparotomia (SANTOS; CESARETTI, 2000; ROCHA, 2011).

A confecção de colostomia terminal resulta de cirurgias como Amputação abdominoperineal do reto ou após operação de Hartmann (sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com sepultamento do coto retal), em casos CCR com estadiamento mais avançado, que impossibilita a reconstrução do trânsito intestinal (SANTOS; CESARETTI, 2000; ROCHA, 2011).

A construção de um estoma intestinal é uma chance de sobrevivência frente ao seu diagnóstico clínico e é fundamental para a recuperação fisiológica e reabilitação do paciente.

A seleção do local do estoma no pré-operatório é de extrema importância, pois o paciente deve conseguir visualizá-lo e também realizar o autocuidado com conforto e segurança. Preconiza-se uma distância de cerca de 5 cm de distância da cicatriz umbilical, das proeminências ósseas, de pregas de pele e de cicatrizes prévias, com localização sobre o músculo retoabdominal (SANTOS, CESARETTI, 2000).

As ileostomias são geralmente realizadas no quadrante abdominal inferior direito, as colostomias do sigmóide no quadrante inferior esquerdo, no transverso no quadrante superior direito. Em relação ao diâmetro da incisão circular deve ser aproximadamente 3 cm para colostomias e 2,5 cm em ileostomias (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA, 2011).

Para a assistência aos pacientes com estomias é necessário uma equipe multidisciplinar, ou seja, não apenas a presença do cirurgião, que deve explicar em detalhes quais as razões do procedimento cirúrgico, se temporário ou permanente, as possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção do estoma.

A atuação dos profissionais de enfermagem ao longo de toda a história da saúde humana têm sido de suma importância e o aumento da demanda de cuidados aos pacientes com estomas, feridas agudas e crônicas e incontinência anal e urinária possibilitou o surgimento especialidade da Estomaterapia para enfermeiros.

A Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) em 1993 apresentou a definição da enfermagem em estomaterapia como sendo “uma área especializada da prática de enfermagem voltada para o cuidado dos indivíduos portadores de estomas, feridas drenantes, fístulas, incontinências esfincterianas (anal e urinária) e trauma tissular atual ou potencial, desde a fase pré-operatória até o período pós-

operatório imediato, mediato, tardio ou ambulatorial, objetivando a efetividade do processo reabilitatório". Esta atividade deve abranger a família como sendo o componente principal na reabilitação dos estomizados. (SANTOS; CESARETTI, 2000). Atualmente, a denominação desta sociedade é Associação Brasileira de Estomaterapia, com manutenção da sigla SOBEST.

A SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências) foi fundada em 1992 e é o órgão de representação da estomaterapia no Brasil. O enfermeiro pós-graduado em estomaterapia é denominado pela SOBEST Como Enfermeiro Estomaterapeuta (ET). Estes os enfermeiros pós-graduados em cursos de especialização, em todas as áreas da especialidade e que portanto, são reconhecidos, tanto pela SOBEST quanto pelo World Council of Enterostomal Therapists (WCET) (SOBEST, 2013).

O WCET foi fundada em 1976 e a Norma Gill é considerada a primeira estomaterapeuta, que foi fundamental no desenvolvimento da organização e o conhecimento da importância da atuação da enfermeira estomaterapeuta no mundo. A WCET é uma organização para enfermeiros e outros interessados focados nos cuidados com estomias, feridas e incontinência. Atualmente é composta aproximadamente 1100 membros, com mais de 60 países representados nesta associação. Ambas as organizações WCET e WOCN (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society) tiveram suas raízes nos ideais de Norma Gill, para que todos os pacientes, que fossem submetidos às cirurgias que resultassem na confecção de estomias pudessem receber cuidado especializado. A WOCN é uma instituição norte-americana, assim como a WCET patrocina uma grande conferência educacional, anualmente nos Estados Unidos da América (USA), enquanto a WCET mantém um congresso em anos pares (SMITS, 2005).

Para se compreender a importância da atuação da estomaterapeuta nos cuidados aos estomizados, um breve aspecto histórico é relevante.

O ano de 1958 marca o início da história da estomaterapia, pois nesse ano foi instituído o cargo de “técnico em ostomia” na Cleveland Clinic nos Estados Unidos da América (EUA), sob a supervisão de Rupert Turnbull. Esse cargo foi dado a Norma Gill, paciente de Turnbull, que apesar de não ser enfermeira dedicou-se com

afinco na assistência ao estomizado. Norma Gill após ter uma retocolite ulcerativa submeteu-se a cirurgia onde foi realizada uma ileostomia, e após 4 anos da cirurgia e estar reabilitada relatou suas dificuldades enfrentadas ao seu cirurgião Rupert Turnbull, como o autocuidado com o estoma e experiências negativas vivenciadas com a equipe de saúde durante o perioperatório. Desse período em diante iniciou um trabalho voluntário desenvolvendo programas de reabilitação e de orientação à pessoas estomizadas. Desempenhou papel importante na conscientização da equipe de saúde junto às escolas de enfermagem, estimulando a formação de especialistas no cuidado aos estomizados, por isso é considerada a primeira estomaterapeuta e também fundadora da especialidade (SANTOS; CESARETTI, 2000).

A atuação da estomaterapeuta tem sido reconhecida por relacionar-se com o paciente durante o perioperatório, seja na demarcação do local do estoma, adaptação aos equipamentos, no ensino do autocuidado, atuando principalmente na prevenção e tratamento de complicações, durante o seguimento especializado no pós-operatório. A confecção do estoma gera dificuldades na etapa inicial do retorno ao domicílio, pois estes enfrentam alguns problemas, tanto físicos como psicológicos, consequente a necessidade de inserção de mudanças no cotidiano. Os procedimentos cirúrgicos que envolvem a confecção de estomias intestinais apresentam riscos de complicações relacionadas à condição clínica do indivíduo, ao estadiamento do tumor, à técnica cirúrgica realizada, ao preparo no pré-operatório e à inabilidade na realização de cuidados no domicílio (GOSSELINK, 2005).

As principais complicações dos estomas intestinais são divididas em precoces e tardias. As precoces são: isquemia parcial ou necrose do cólon, hemorragias, desabamentos (retração do estoma), infecção (abcesso, celulite) paraestomal, edema de mucosa e dermatites. E as tardias são: estenose, obstrução e perfuração, prolapso da colostomia, hérnia paraestomal, fístulas íleo ou colocutânea (ROCHA, 2011).

Existem questões psicossociais envolvidas como a perda da imagem corporal, a violação involuntária das regras de higiene, perda da função do esfíncter anal, que comprometem ainda mais a recuperação dos estomizados, ansiedade com relação à cirurgia, à recuperação fisiológica e à reabilitação no pós-operatório, em

especial os que farão à colostomia, preocupam-se com as mudanças no estilo de vida e a necessidade de aprendizado do autocuidado (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2001; BECHARA et.al., 2005; SONOBE, 2009).

Ressaltamos que o adoecimento por câncer abarca significados culturais importantes, pois o câncer é uma doença com estigma social associada à idéia de morte, incerteza da cura, e por outro lado, a colostomia significa mutilação física, deterioração da imagem corporal, deficiência física e rejeição (GOSSELINK, 2005; VIOLIN et. al., 2008; LENZA, 2011).

A condição de estomizado implica em mudanças no estilo de vida, por isso a reabilitação deve ser abordada de forma ampliada, em busca de novas estratégias para conhecer como ocorre a adaptação do estomizado ao retornar ao domicílio, bem como os problemas e o contexto (BECHARA et.al., 2005; GOSSELINK, 2005; LENZA, 2011).

Nesse sentido, quando o estomizado recebe a alta hospitalar sua condição clínica ainda está comprometida e a necessidade de apoio e cuidado de um familiar durante o período de recuperação e reabilitação é importante. Após a alta hospitalar esses pacientes são encaminhados ao Programa de Ostomizados do município que reside, onde serão cadastrados.

No entanto, o pós-operatório representa para esses estomizados um processo de adaptação e assimilação de sua nova condição fisiológica, sendo a família coadjuvante nesse processo. Na grande maioria das situações a família assume a responsabilidade de comparecer nas consultas de retornos com o estomizado devido ainda a sua debilidade física e auxilia ou mesmo assume os cuidados do estomizado intestinal (SANTOS, CESARETTI, 2000; LENZA, 2011).

A reintegração social do estomizado é favorecida se este tiver a possibilidade de cadastramento no Programa de Ostomizados, pois além do seguimento ambulatorial especializado, com acesso aos equipamentos, há a convivência com outros estomizados, que favorecem a troca de experiências sobre a nova imagem corporal, no enfrentamento das dificuldades cotidianas, encaminhamento para a resolução de problemas de saúde e suporte técnico (BECHARA et.al., 2005; STUMM, 2008; LENZA, 2011).

Dessa forma, um breve histórico sobre as políticas de saúde direcionadas aos estomizados, como o Programa de Ostomizados é relevante para compreendermos o processo de assistência à saúde a esses pacientes. O Programa de Ostomizados é um programa do Sistema Único de Saúde (SUS) e remete a concepção básica de saúde desse sistema, na capacidade de compreender o indivíduo no contexto de sua coletividade e dos problemas que dela emana (BAPTISTA, 2005).

Frente às necessidades de políticas direcionadas a assistência aos estomizados, o Estado de São Paulo foi pioneiro ao implantar em 1993 o Programa de Ostomizados. Este programa teve como proposta o atendimento aos estomizados por uma equipe multiprofissional com avaliação periódica e seguimento ambulatorial, consolidada posteriormente pela Portaria 400 de 18 de novembro de 2009. A assistência de Enfermagem neste programa inclui a consulta de Enfermagem com levantamento de dados clínicos, tratamentos realizados, exame físico, seleção e indicação de equipamentos (bolsas de estomias) adequados às necessidades individuais, adjuvantes como (desodorante, espessante, filtro, presilha) de proteção e segurança (barreiras, cinto, removedor), sistemas de irrigação e oclusor do estoma (LENZA, 2011).

Assim, a Portaria 400/2009 estabelece duas classificações dos Serviços de Atenção à Saúde dos Estomizadas em tipo I e II (BRASIL, 2009; LENZA, 2011):

- Tipo I: Ao Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, compete ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;

- Tipo II engloba todas as ações desenvolvidas pelo tipo I mais a capacitação de profissionais no cuidado a estes pacientes.

Porém, esta Portaria também preconiza recomendações gerais para os Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas quanto ao cadastro de pessoas com estoma, organizar a assistência aos estomizados pelo administrador local de acordo com sua realidade, estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência na assistência desde atenção básica até alta complexidade, com orientações direcionadas ao ensino do autocuidado e avaliar as reais necessidades psicossociais da pessoa estomizada, seja para cirurgia de reversão de estomias como a indicação de melhores equipamentos coletores a prevenção de

complicações a pessoas com estoma, assim como gerenciar o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes a estes pacientes, promover a educação permanente de profissionais na adequada assistência aos estomizados, incentivar participação em associação de estomizados e maior participação da família nesse processo também (BRASIL, 2009; LENZA, 2011).

Para que o Programa de Ostomizados seja implantado enquanto um programa de saúde do SUS e se concretize na realidade do município, onde este estudo foi desenvolvido, ainda existem alguns critérios, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), que precisam ser preenchidos pelo gestor público municipal. Dentre estes critérios temos: definição da população a ser atendida e da necessidade de cobertura assistencial específica nessa localidade; mecanismos de acesso com fluxos de referência e contrarreferência, a capacidade técnica e operacional dos serviços, a série histórica de atendimentos realizados na localidade e identificação de demanda reprimida, integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência e a disponibilidade de financiamento (CONASS, 2011).

A Portaria 400/2009 estabelece a obrigatoriedade de acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde aos estomizados, sob a responsabilidade dos administradores das três esferas do governo, nível federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

A solicitação da implantação do Programa de Ostomizados no município desse estudo não tem sido colocada na pauta de prioridades na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, para que a ONG, que desenvolve o atendimento aos estomizados na cidade de Ourinhos/SP, seja transformada na sede deste programa de saúde, assumindo a assistência de estomizados intestinais e urinários, bem como de pessoas com incontinência urinária e anal da microrregião.

Há a necessidade da implantação do Programa de Ostomizados nesse município, pois a ONG tem fornecido assistência a pacientes apenas do município. No entanto, o mesmo é referência na União dos municípios da média Sorocabana (UMMES) na realização de exames diagnósticos, cirurgias, consultas médicas e programas de assistência a saúde especializada. A demanda de pacientes estomizados por várias causas, tem aumentado no município e região,

acompanhando os dados de incidência no país e no mundo em casos de CCR, assim como de doenças inflamatórias e outras causas.

Implantar o programa de Ostomizados proporcionará uma assistência especializada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estomia e pele periestoma, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Diante disso, não há uma mobilização política e da Secretaria da Saúde do município para atender os critérios estabelecidos pelo MS para inserção do município na Tabela de Serviços do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), processo no qual temos nos engajado desde a apresentação da proposta do estudo, em julho de 2011.

3.2 Autocuidado de Estomizados Intestinais no Domicílio

O autocuidado pode ser conceituado como a capacidade do indivíduo de realizar todas as atividades indispensáveis para viver e sobreviver, sendo estas necessidades físicas, psicológicas e espirituais (SAMPAIO et al., 2008).

Para tanto, quando nos referimos ao ensino do autocuidado, na prática de enfermagem, é importante reportarmos a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. A teoria de Orem focaliza as necessidades de autocuidado do cliente, e define o autocuidado como uma atividade aprendida, orientada por metas, direcionada para o próprio indivíduo no interesse de manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A meta da teoria de Orem é ajudar o cliente a desempenhar o autocuidado. Os cuidados de enfermagem são necessários quando o cliente é não é capaz de satisfazer as necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento ou sociais. A enfermagem determina a causa pela qual o cliente é não é capaz de satisfazer essas necessidades, como capacitá-lo e satisfazê-las e a capacidade de

realização de autocuidado. A meta da enfermagem é aumentar a capacidade de autonomia em satisfazer suas necessidades (POTTER; PERRY, 2009).

O ensino do autocuidado aos estomizados intestinais deve ser realizado inicialmente pela enfermeira da unidade de internação ou pela estomaterapeuta, com contrarreferência para os outros serviços de saúde após a alta hospitalar, principalmente ao Programa de Ostomizados.

O ensino é um processo interativo que promove o aprendizado, e consiste em um conjunto de ações conscientes e deliberadas, que ajudam os indivíduos a ganhar novos conhecimentos, mudar atitudes, adotar novos comportamentos ou realizar novas habilidades. Um educador proporciona informação que estimula o educando a se engajar em atividades que levam à mudança desejada (BASTABLE, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

Nesse sentido, o ensino do autocuidado aos estomizados intestinais objetiva o seu aprendizado, para aquisição de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades. A estratégia ensino-aprendizagem se inicia quando o paciente e a enfermeira estomaterapeuta identificam a necessidade de conhecimento ou aquisição de nova habilidade como os cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos. Este ensino deverá responder as necessidades do educando (estomizado). Assim, a enfermeira (educador) avalia estas necessidades para determinar, juntamente com o paciente, por meio de comunicação dialógica, essencial para que ocorra um aprendizado (BASTABLE, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

Nesse sentido, as informações necessárias ao planejamento do ensino do autocuidado incluem dados clínicos (diagnóstico, tratamentos prévios, efeitos colaterais dos tratamentos, recidiva, complicações, diagnóstico, tipo de estomia, tipo de procedimento e demarcação do estoma no pré-operatório) e sociodedemográficos do paciente (sexo, idade, escolaridade, convívio com família, presença de cuidador e serviço de saúde em seguimento). No pós-operatório, os dados sobre a evolução, complicações, cicatrização da ferida operatória, tipo de alimentação, funcionamento intestinal e capacidade de aprendizado do paciente/família. Estes dados devem ser avaliados para subsidiar o planejamento da atividade de ensino aos estomizados intestinais, pois influenciam na capacidade de

realizar o autocuidado e na manutenção da autonomia e independência destes pacientes (PITTMAN, 2011; CONNOR, 2005; READDING, 2005; TOTH, 2006; VARMA, 2009; BORWELL, 2009).

O ensino do autocuidado assegura ao estomizado o alcance da independência na realização dos seus cuidados em relação à família e aos profissionais de saúde. Assim, o estomizado consegue distinguir a presença de complicações do seu estoma, bem como dificuldades importantes na manutenção e troca de equipamentos. A educação do paciente e o planejamento da alta hospitalar são componentes vitais da assistência de enfermagem perioperatória (MEEKER; ROTHROCK, 2007).

O ensino do autocuidado possibilitará ao paciente e a família, o alcance da recuperação, diminuição de ansiedade e do medo, além de reduzir os custos com a hospitalização, insatisfação com o atendimento recebido, oferecer suporte profissional ao cuidador e a família para que estes possam retomar a sua dinâmica de organização e funcionamento, anterior ao processo de adoecimento do familiar (MEEKER; ROTHROCK, 2007; BURCH, 2011).

Após a alta hospitalar, inicia o processo de conviver com a condição de estomizado intestinal, que pode ser favorecido com o ensino do autocuidado individualizado, pois cada pessoa apresenta diferentes reações frente às situações de mudança na imagem corporal, de necessidade de aprendizado de novos cuidados de saúde, de utilização de equipamentos e de seguimento clínico de controle da doença oncológica (GOSSELINK, 2005; BURCH, 2011).

Para o desenvolvimento da atividade de ensino do autocuidado de estomizados intestinais, aspectos específicos devem ser analisados. Assim, realizamos uma revisão integrativa da literatura para analisar sobre a importância do ensino do autocuidado na prática de enfermagem e as principais estratégias utilizadas.

A revisão integrativa da literatura visa a busca de pesquisas produzidas e consiste na síntese de múltiplos estudos, que permitem conclusões gerais à respeito de uma área de estudo. Este método possibilita a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas

sobre uma determinada temática, com obtenção de um profundo entendimento do fenômeno, com base em estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa facilita a tomada de decisão dos profissionais de saúde, que prestam cuidados, com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e melhor custo/benefício para a própria organização, consolidando a prática clínica ao embasamento científico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002; SONOBE, 2009; WITTEMORE; KNALF, 2005).

A revisão integrativa da produção nacional e internacional à respeito do contexto dos estomizados intestinais no domicílio, complicações e dificuldades de enfrentamento, necessidades e o suporte profissional, e a segunda parte acerca das estratégias de ensino do autocuidado em pacientes estomizados no domicílio, foi analisado segundo os pressupostos descritos por Melnyk; Fineout-Overholt (2005), Wittemore; Knalf (2005), Mendes (2008), Souza (2010) e Galvão (2002) que contempla seis etapas: a seleção das hipóteses ou questões norteadoras da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão da amostra; apresentação das características dos estudos; análise dos dados e interpretação dos resultados e a apresentação da revisão.

As questões norteadoras foram: Quais as demandas de aprendizagem do autocuidado para estomizados intestinais adultos ou idosos, recomendados pela literatura? Qual a produção científica sobre as estratégias utilizadas para o ensino do autocuidado para estomizados intestinais adultos ou idosos?

A população do estudo incluiu artigos sobre o ensino do autocuidado para estomizados adultos e idosos, encontrados no período de 2005 à 2011, indexados nas bases de dados Medline, Pubmed, Lilacs, CINAHL e COCHRANE.

As buscas em todas as bases de dados foram realizadas utilizando os seguintes descritores: Autocuidado na Reabilitação / Ensino / Estomia / Enfermagem Familiar/ Self-care in rehabilitation / Teaching / Ostomy / Family Nursing ***/.***

Nas bases de dados CINAHL, obtivemos um total de 457artigos científicos, no Medline 242 artigos, no Lilacs 41 artigos, no Pubmed 3453 artigos e na Cochrane 58 artigos científicos.

A amostra foi estabelecida após a leitura do título e do resumo dos artigos, seguindo os seguintes critérios: artigos na íntegra, publicados entre 2005 a 2011, em inglês, espanhol e português, que abordassem a questão sobre estomia, ensino do autocuidado, reabilitação e enfermagem familiar, em pessoas adultas ou idosas. Nas bases de dados CINAHL foram selecionados 11 artigos, no Medline 1 artigo, no Lilacs 2 artigos, no Pubmed 4 artigos e na Cochrane 1 artigo científico.

Os níveis de evidência foram classificados em I: Revisão sistemática ou Metanálise de múltiplos ensaios clínicos controlados; II: Estudo experimental em ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III: Estudo quase-experimental em ensaio clínico controlado não randomizado; IV: Estudo não-experimental como pesquisa de caso controle ou coorte bem delineada; V: Evidência provida de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; VI: Evidência de único estudo descritivo ou qualitativo; VII: Evidência provida de opinião de especialistas e/ou relatórios de comitês (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005; MENDES, 2008; SOUZA, 2010; GALVÃO, 2002).

Com a análise e discussão dos resultados da amostra sobre as evidências científicas sobre o ensino do autocuidado para estomizados intestinais adultos e idosos, foram elaboradas as implicações para o ensino do autocuidado no domicílio.

Jorn e Peer (2011) comparou em seu estudo a qualidade de vida entre pacientes com CCR com ou sem colostomia permanente, destacando que a excisão abdominoperineal tem sido o tratamento padrão de escolha. Com avanços nas técnicas de ressecção retal e anastomose, a ressecção anterior com preservação do esfíncter tornou-se o tratamento preferido para câncer retal, com exceção dos cânceres próximos ao esfíncter anal. A principal razão para isso foi a convicção de que a qualidade de vida em pacientes com uma colostomia, após excisão abdominoperineal é mais pobre do que para pacientes submetidos a uma operação com uma técnica de preservação do esfíncter. No entanto, pacientes em operações de preservação de esfíncter podem experimentar sintomas que afetam sua qualidade de vida, que são diferentes dos pacientes com estoma. O estudo foi inconclusivo em relação à qualidade de vida dos pacientes após o ressecção anterior se é superior àquela dos pacientes após operação abdominoperineal. Há

necessidades de estudos prospectivos para explorar a influência das diversas co-variáveis na qualidade de vida destes pacientes (nível de evidência I).

Wallace e Taylor (2011) estudaram a interferência dos efeitos colaterais da quimioterapia antineoplásica na capacidade de realização dos cuidados com o estoma. Os efeitos colaterais como náuseas, fadiga e diarréia, assim como os efeitos colaterais específicos das novas drogas em combinação e os anticorpos monoclonais, afetaram o estilo de vida e nos cuidados com a estomia, durante e após o tratamento. Dois efeitos colaterais importantes da oxaliplatina foram identificados: a neuropatia periférica (agulhadas ou dormência nas mãos e pés) e síndrome palmar-plantar (dor e edema das mãos ou dos pés). Os efeitos colaterais interferiram na realização do autocuidado (nível de evidência VI).

Pittman (2011) abordou as características demográficas e clínicas dos pacientes recém-estomizados. Diferenças significativas foram encontradas entre as características demográficas e clínicas, tipo de estomia e disposição do paciente. A idade, tipo de procedimento, a razão para a cirurgia, tipo de estoma, local do estoma e fatores complicadores foram significativamente diferentes pelo tipo de estomia. A maioria dos pacientes não foi demarcada no pré-operatório (67%). As múltiplas características que foram associadas com o tipo de estomia e disposição do paciente no momento da alta hospitalar e a análise destas relações fornece uma direção para o desenvolvimento de intervenções que irá diminuir a incidência de complicações pós-operatórias e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos a viver com uma estomia. Este estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (USA) e a autora montou um instrumento como modelo conceitual para avaliação das complicações da estomia, associado a características clínicas e demográficas, asism como a disposição dessas características após a alta hospitalar que possibilitasse identificar e solucionar as complicacões identificadas, tendo como base o ensino no perioperátorio pela enfermeira estomaterapeuta com destaque para a demarcação pré-operatória (nível de evidência IV).

Borwell (2010) focalizou os fatores psicológicos no cuidado de um estomizado e a importância da avaliação pré-operatória para a reabilitação no pós-operatório, com utilização de estratégias como manipulação de uma bolsa de estomia ou uma visita a um estomizado pode favorecer o bem-estar do paciente. No pós-operatório,

a enfermeira planeja o preparo para a alta hospitalar, que envolve ensino específico sobre cuidado com o estoma e equipamentos. A educação do paciente e incentivo ao autocuidado é importante, pois o autocuidado deve refletir os objetivos da aprendizagem estabelecidos na avaliação pré-operatória, com a participação do paciente. A aprendizagem de cuidados físicos e a lidar com os aspectos psicossociais favorecem o alcance da reabilitação. Dessa forma, a enfermeira estomaterapeuta para ser uma educadora, precisa mais do que transmitir as informações, necessita determina o que os pacientes necessitam aprender e descobrir a capacidade destes para aprender. O ensino do autocuidado quando valorizado pela enfermeira, refletem no melhor preparo dos estomizados em assumir responsabilidades no cuidado coma estomia e a troca dos equipamentos (nível de evidência VI).

Souza et al (2009) destacaram o papel do familiar cuidador junto à pessoa com estomia em seu período adaptativo. A paciência e compreensão da família são fundamentais para que ocorra o processo adaptativo de aceitação e aprendizado do autocuidado pelo paciente. Ambos familiar cuidador e estomizado passam a lidar cotidianamente com a estomia e equipamentos, manipulando diretamente fezes ou urina. Essa convivência pode ser desestruturante e levar à diminuição da autoestima. Os profissionais de saúde devem orientar a família na prestação dos cuidados aos estomizados, evitando situações de estresse e capacitando-os a ajudar no autocuidado. O familiar cuidador precisa de auxílio na aquisição de novas habilidades do cuidado sobre o uso e troca de equipamentos, cuidados pós-radioterapia e quimioterapia antineoplásica, cuidados com a alimentação, entre outros. A família terá mais condições de cuidar de seu familiar se ela também for cuidada e contar com suporte de profissionais. Os profissionais de enfermagem devem conhecer a família do estomizado, entender comportamentos, sentimentos e os significados que atribuem a experiência de ter um membro da família com estomia decorrente de um processo oncológico (nível de evidência VI).

Borwell (2009) abordou a intervenção necessária para pacientes candidatos às cirurgias com confecção de estoma, em relação às possíveis mudanças permanentes na imagem corporal e no estilo de vida, que influenciarão sua recuperação psicológica. O aconselhamento e preparo psicológico dos pacientes e

sua família deve ser iniciada na fase pré-operatória. A enfermeira é identificada como a profissional capacitada para coordenar os elementos da reabilitação, em conjunto com a equipe multidisciplinar, principalmente com o ensino pré-operatório sobre a cirurgia e suas consequências, esclarecendo dúvidas e auxiliando no enfrentamento do processo de adoecimento (nível de evidência VI).

Varma (2009) destacou que a cirurgia com confecção do estoma traz mudanças significativas para o paciente, tanto físicas quanto psicológicos. O paciente ao perder o controle sobre sua eliminação, necessita se adaptar a sua fisiologia alterada e buscar formas alternativas para adaptação ao uso das bolsas coletoras, uso de roupas adequadas, à irrigação intestinal quando possível e às atividades diárias, além de explorar atividades esportivas. Os profissionais de saúde devem incentivar o estomizado a retomar seu estilo de vida saudável e a interação social para o alcance de sua reabilitação, desde o pré-operatório (nível de evidência V).

Willimans (2008) analisou as dificuldades enfrentadas pelos idosos estomizados, em função do processo de envelhecimento, que leva às alterações que incluem a redução do tempo de reação, fadiga, perda de memória, mudanças na visão e audição, redução da destreza manual e adaptação ao autocuidado com estoma e equipamentos. Além disso, surgem doenças como Parkinson, Alzheimer, acidentes vasculares cerebrais, perda de membros superiores ou inferiores (um ou ambos), esclerose múltipla, doença cardíaca e artrite. O idoso estomizado pode viver uma vida completa e ativa, com preparo e avaliação pré-operatória que pode identificar riscos potenciais e as necessidades do indivíduo para o planejamento da assistência perioperatória, além de conhecimentos e habilidades para prestar cuidado ao idoso estomizado (nível de evidência V).

Kingsley et al (2007) analisaram a aceitação do estoma pelo paciente e sua interação social. Pessoas com colostomias têm de lidar com mudanças nas funções intestinais, hábitos alimentares e imagem corporal e a sua adaptação em relação à colostomia após a cirurgia pode ser melhorada por meio do incentivo, estímulo para o envolvimento nas atividades sociais e o suporte dos profissionais de saúde (nível de evidência IV).

Toth (2006) discutiu a assistência aos pacientes estomizados por CCR. O ensino pré-operatório e a escolha do local do estoma são identificados como um dos aspectos importantes do sucesso no pós-operatório com relação a utilização das bolsas de estomia e reabilitação psicossocial. Os cuidados no pós-operatório incluem cuidados com o estoma, gerência da ferida abdominal e perineal e drenagem de estabilização. O uso de bolsas transparentes no pós-operatório possibilita a avaliação da estomia e do efluente drenado (nível de evidência V).

Readding (2005) relatou que a alta hospitalar é um importante marco na recuperação do paciente, pois podem apresentar medos e ansiedades relacionadas à recuperação fisiológica, mas retornar às suas atividades cotidianas e o estilo de vida, além de lidar com a sua nova condição de estomizado. Para assegurar que cada paciente tenha a oportunidade de maximizar a sua independência, as enfermeiras devem estar capacitadas para a realização da atividade de ensino e devem trabalhar em equipe, contribuindo em sua reabilitação (nível de evidência V).

Connor (2005) em seu estudo ressaltou a importância da estomaterapeuta no ensino de pacientes no pré e pós-operatório. O planejamento da atividade de ensino deve ser organizado, sistematizado, fundamentado em princípios sólidos de ensino e aprendizagem, com estabelecimento de objetivos, considerando-se as necessidades do paciente. O processo ensino-aprendizagem deve ser estabelecido com avaliação da capacidade de aprendizagem e da capacidade motora, assim como a motivação para aprender. Um planejamento de ensino adequado às necessidades do paciente permitirá que, após a alta hospitalar, o paciente consiga identificar alternativas para a sua adaptação à nova condição de estomizado e o alcance da reabilitação (nível de evidência V).

Destacaram-se também, as possíveis mudanças permanentes na imagem corporal do paciente e o estilo de vida, afetando seus aspectos psicossociais, sexuais e sua recuperação psicológica. A enfermeira ou estomaterapeuta deve estar atenta aos sentimentos como ansiedade, depressão, medo da incapacidade para o trabalho, atividades sexuais e sociais, receio de odores, vazamentos, medo da doença oncológica, da dor, do sofrimento e da morte.

O papel do familiar cuidador junto à pessoa com estomia foi ressaltado em seu período adaptativo, como fundamental no enfrentamento de sua nova condição

e aprendizado do próprio autocuidado pelo paciente. O ensino do autocuidado ao familiar cuidador e estomizado possibilita-os lidar cotidianamente com a estomia e equipamentos e adjuvantes, o manuseio e troca de equipamentos, cuidados após a radioterapia e a quimioterapia e com a alimentação.

O estomizado necessita adotar várias estratégias para a sua adaptação às atividades cotidianas, incluindo-se o autocuidado do estoma e pele periestoma com prevenção de possíveis complicações, além do seguimento ambulatorial por uma equipe especializada (VIOLIN et. al., 2008).

A maioria dos estomizados relata dificuldades quando há eliminação de gases, vazamentos e odores exalados pela bolsa de estomia. Existe a preocupação em minimizar essas dificuldades que envolvem não apenas o aperfeiçoamento dos dispositivos (bolsas coletoras), mas a assistência especializada é importante neste processo, pois assegura a qualidade da assistência prestada ao estomizado (STUMM, 2008; GALL, 2007).

No planejamento da assistência de enfermagem deve prevenir complicações para assegurar recuperação fisiológica e reabilitação do paciente. Porém, é necessário também avaliar o aprendizado de autocuidado do estomizado e da família, oferecer suporte profissional para diminuir a ansiedade e esclarecer dúvidas, principalmente no retorno ao domicílio, após a alta hospitalar. Para tanto, torna-se imprescindível uma assistência multidisciplinar, que inclua a participação da enfermeira/estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e médico.

As intervenções no pré-operatório visam, além da demarcação do local do estoma, ensino do cliente e família sobre a cirurgia e suas consequências e do autocuidado e favorecer a adaptação à nova condição e minimizar o efeito causado pela mutilação cirúrgica. No pós-operatório, o ensino do autocuidado com estomia e equipamentos deve ser retomado, assim como os cuidados com a ferida, alimentação, atividades físicas, retomada das atividades cotidianas e laborais e o encaminhamento ao Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (BECHARA et.al., 2005; SONOBE, 2009).

Na construção cirúrgica de um estoma se recomenda a protrusão de 2 a 3 cm para a passagem do efluente colônico e adaptação da bolsa coletora, além da demarcação prévia do estoma (SONOBE, 2009).

Os cuidados domiciliares do estomizado baseiam-se na filosofia do autocuidado e direcionam-se na autonomia do paciente, na autoconfiança, na responsabilidade pessoal e na iniciativa pessoal. Novos conhecimentos e habilidades são frequentemente necessários para que os pacientes possam dar continuidade as suas atividades cotidianas, e a responsabilidade da enfermeira estomaterapeuta é abordar a informação de que os pacientes e familiares precisam. Esclarecendo a informação dada pelo médico e outros profissionais de saúde, sendo a fonte de informação principal necessária para ajustar os problemas de saúde (POTTER; PERRY, 2009; BASTABLE, 2010).

O conteúdo do ensino é baseado naquilo que o paciente identifica como necessidade, a partir de observações feitas pelo próprio paciente, sua família e também pelos profissionais de saúde. A enfermagem tem papel fundamental na recuperação e alcance de reabilitação do estomizado intestinal, pela característica do seu trabalho de assistência ao paciente, que possibilita maior tempo de contato e estabelecimento de maior vínculo, no ensino do paciente e de sua família, com abordagem de aspectos físicos e psicossociais como dieta, controle do odor, manuseio e troca de equipamentos, autoestima, imagem corporal, utilização de roupas e sexualidade (MEEKER; ROTHROCK, 2007).

Em relação às estratégias de ensino do autocuidado para os estomizados intestinais, enfatizamos aspectos importantes que fundamentaram a proposta deste estudo, subsidiado pela revisão de literatura.

LO et al (2011) apresentou um programa multimídia de ensino sobre autocuidado para estomizados e comportamentos dos pacientes com estomia no pós-operatório. Os pacientes que receberam este ensino melhoraram o conhecimento sobre autocuidado, atitudes e comportamentos de forma estatisticamente significante quando comparados com aqueles que receberam o ensino convencional sobre o mesmo conteúdo. A longo prazo, este estudo demonstrou que os pacotes multimídia podem melhorar o envolvimento do paciente na realização dos cuidados com a estomia, com melhora da capacidade para o autocuidado (nível de evidência II).

Beaver (2011) explorou a satisfação dos pacientes em diferentes aspectos de acompanhamento de assistência em saúde em tratamento para CCR, a

receptividade em relação à estratégia alternativa para o ensino do autocuidado, com acompanhamento telefônico. As enfermeiras especialistas em oncologia foram as responsáveis pelo fornecimento de informações e pela experiência clínica. Os pacientes receberam seguimento telefônico, sendo que os pacientes do sexo masculino indicaram níveis mais altos de disponibilidade para aceitar esta abordagem que as mulheres. Os altos níveis de satisfação com os cuidados pelas enfermeiras e a aceitação do paciente do uso do telefone no seguimento, indica a viabilidade desta alternativa no seguimento desses pacientes cirúrgicos, após a alta hospitalar (nível de evidência IV).

LO et al. (2009) verificaram os custos e a eficácia do ensino sobre o autocuidado com a estomia e equipamentos, com um programa multimídia de aprendizagem e um programa de serviço convencional de ensino. Esses programas de ensino multimídia em saúde, não apenas ofereceram aos pacientes informações úteis na ausência de profissionais de saúde, mas aumentaram as informações fornecidas na prática clínica tradicional. Foram medidas a eficácia do conhecimento do autocuidado, a atitude de autocuidado e o comportamento de autocuidado. Indivíduos no grupo de aprendizagem do ensino multimídia demonstraram resultados significativamente melhores nas medidas de eficácia e as relações de custo mostraram que o modelo de aprendizagem proposto foi melhor do que o modelo convencional após um ciclo de intervenção. Esta pesquisa fornece informações úteis para aqueles que gostariam de melhorar a capacidade de autocuidado dos pacientes estomizados (nível de evidência II).

Black (2009) demonstrou a estratégia de ensino direcionado ao paciente estomizado e familiar sobre o autocuidado com o estoma no domicílio e forneceu informações de apoio e ajuda. Nesse sentido, aborda que o sucesso da reabilitação do paciente depende de vários fatores como o tipo de estoma, se temporário ou permanente, entendendo o uso correto dos equipamentos e bolsas coletoras e compreender o processo de envelhecimento é fundamental. Ressalta que o papel do cuidador na configuração residencial para ajudar nos cuidados de um paciente estomizado requer um grau de experiência e de saber. O cuidador também é preciso estar atento e compreender as necessidades físicas, emocionais e psicossociais do paciente idoso estomizado (nível de evidência VI).

Williams et al (2009) exploraram o desenvolvimento de uma ferramenta de educação interativa para o cuidado de enfermagem ao estomizado por meio da internet ou através de um CD-ROM ou DVD, com combinação de modos de informação, incluindo aula presencial e aula por meio eletrônico. Este recurso educacional interativo é muito indicado para ajudar os alunos sobre os cuidados e práticas da assistência de enfermagem aos pacientes estomizados. Essa ferramenta educacional tem como objetivo melhorar os conhecimentos e habilidades das pessoas que trabalham na assistência de enfermagem aos estomizados em seu autocuidado e capacitando-os para promover a reabilitação, com enfoque específico. Este método evidenciou que os profissionais de enfermagem buscam a expansão de seus conhecimentos e habilidades na assistência ao paciente estomizado de outros modos que leve a aprendizagem para além da sala de aula. No entanto, não se evidenciou maior aprendizagem deste método comparativamente com os métodos tradicionais. Este recurso educacional interativo auxiliou os alunos no desenvolvimento da assistência de enfermagem ao paciente estomizado (nível de evidência VI).

Lee et al. (2008) ilustraram um método interativo de um programa de educação permanente sobre os cuidados aos estomizados na atenção primária e secundária, com o objetivo de aumentar o conhecimento e a qualificação das enfermeiras. Esse programa foi realizado em horário distinto ao do trabalho, sendo valorizado pelos profissionais de enfermagem, apesar da resistência inicial de alguns. Este programa instrumentalizou o profissional para o ensino do autocuidado do estomizado e para o planejamento da alta hospitalar, além de possibilitar melhor integração entre a atenção primária e secundária (nível de evidência VI).

Sampaio et al (2008) realizaram estudo clínico com estomizado intestinal, aplicando a Teoria do Autocuidado de Orem. Orem preconiza que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Dessa forma, os indivíduos podem se desenvolver, pois o autocuidado é aprendido e não instintivo e propõe estágios e regras para a prática de enfermagem: contato inicial com o paciente que requer o cuidado; continuidade do contato para desenvolver as ações de enfermagem; estágio de preparação do paciente para desenvolver ações do cuidado

independentes da supervisão de enfermagem. As enfermeiras devem considerar o cuidado centrado na família como parte integrante do planejamento da assistência de enfermagem, considerando-se às necessidades individuais dos pacientes (nível de evidência VI).

A análise dos sete estudos sobre as estratégias do ensino do autocuidado para os estomizados intestinais, possibilitaram identificar as diferentes estratégias utilizadas no ensino perioperatório destes pacientes, como uso de multimídia, acompanhamento telefônico, educação permanente dos profissionais de saúde para capacitá-los para o ensino do autocuidado de pacientes e familiares e atualização do conhecimento por meio eletrônico. Estas diferentes estratégias de ensino preconizam o atendimento das necessidades de cada indivíduo, com inclusão de aspectos que favorecem o aprendizado do autocuidado como atitudes e comportamentos sobre a cirurgia e suas consequências (BEAVER, 2011; LO et al., 2011; BLACK, 2009; WILLIAMS et al., 2009; LEE et al, 2008).

As estratégias de ensino indicam a viabilidade destas alternativas no seguimento desses pacientes cirúrgicos, após a alta hospitalar, em um contexto onde estas tecnologias estão facilmente disponibilizadas. Ainda, no contexto brasileiro temos dificuldades no oferecimento de recursos tecnológicos como mídia digital na assistência à saúde e a acessibilidade da população à internet ainda é limitada em muitas realidades e a maioria dos pacientes com estomia intestinal por câncer, são idosos e dependem de outras pessoas para utilizar estes recursos. A capacitação dos profissionais para o ensino de autocuidado de estomizado intestinal contribui na qualidade da assistência prestada (BEAVER, 2011; LO et al., 2011; BLACK, 2009; WILLIAMS et al., 2009; LEE et al., 2008).

Outros estudos tem abordado os mesmos aspectos identificados nas pesquisas descritas, com a utilização de recursos de mídia digital, sem a presença da enfermeira estomaterapeuta no ensino do autocuidado. Em relação ao ensino tradicional, em que há a relação dialógica, paciente e enfermeira, na atividade desenvolvida. Nas avaliações efetuadas, em todos os estudos, não houve diferença significativa nas diferentes estratégias utilizadas. Entretanto, ao levar em conta a avaliação subjetiva das diferentes abordagens, os pacientes relataram melhor se adaptar no ensino do autocuidado tradicional. Evidencia-se, até o momento, que a

relação interpessoal entre enfermeira estomaterapeuta e paciente com a participação do familiar, tem tido mais efetivo, com maior satisfação pessoal sobre a aprendizagem alcançada diante da nova condição de estomizado (BEAVER, 2011; LO et al., 2011; BLACK, 2009; WILLIAMS et al., 2009; LEE et al, 2008; BASTABLE, 2010; PITTMAN et al., 2008).

O autocuidado deve ser entendido como uma parceria entre paciente e profissional, no qual os problemas são identificados, com definição de ações e a estratégia mais apropriada para o aprendizado para essa clientela (BASTABLE, 2010).

O desenvolvimento do ensino do autocuidado pressupõe interação dialógica, entre o profissional e o estomizado intestinal ou candidato a uma estomia, a inserção da família e o estabelecimento de demandas de autocuidado e avaliação do potencial do paciente para a realização do autocuidado (BASTABLE, 2010).

Os estudos possibilitaram verificar que as diferentes estratégias de ensino implementadas, bem como os dados clínicos e sociais são importantes para analisar a capacidade dos indivíduos para a realização do autocuidado, no domicílio. O enfermeiro necessita ter conhecimento técnico-científico sobre técnica cirúrgica, demarcação do estoma, tipos de tratamentos, possíveis complicações e desenvolver habilidades para o ensino do autocuidado para paciente e familiares (LO et al., 2011; WILLIAMS et al., 2009; BEAVER, 2011; BLACK, 2009; LEE et al., 2008).

O ensino do autocuidado de estomizados intestinais deve ser com base nas reais necessidades individuais do paciente, verbalizadas por ele próprio, seu familiar ou observadas pelos profissionais de saúde. Neste ensino, o familiar deve ser preparado para estar atento e identificar problemas físicos ou psicoemocionais do estomizado intestinal, para buscar o suporte profissional necessário na instituição onde realiza o tratamento (BASTABLE, 2010).

A capacidade para a realização do autocuidado deve ser avaliada a partir do desenvolvimento de habilidades do paciente e do familiar, para que estes possam ter autonomia e independência para a tomada de decisões sobre os tipos de cuidados, que conseguem assumir no domicílio, bem como identificar a necessidade de auxílio de outras pessoas da família.

Portanto, os enfermeiros ou estomaterapeutas devem buscar subsídios que favoreçam o planejamento do ensino para o estomizado e sua família, assim como estar preparados para oferecer suporte profissional para possibilitar a recuperação fisiológica e o alcance da reabilitação do estomizado intestinal.

3.3 O contexto familiar do estomizado intestinal

Para se compreender o processo ensino-aprendizagem acerca do autocuidado aos estomizados intestinais no domicílio, é importante conhecermos como ocorrem as relações sociais, o processo saúde-doença e as concepções de família, já que a maioria desses estomizados intestinais, cadastrados no Programa de Ostomizados, pertence à classe popular brasileira, com condição socioeconômica baixa.

Estudos nacionais tem abordado o predomínio do sexo feminino como indivíduos com maior índice de estomias, onde a maioria tendo como doença de base o câncer colorretal, sendo a faixa etária dos 40 aos 70 anos de idade (RAMOS et al., 2012; INCA, 2013; ATTOLINI; GALLON, 2010).

Em nossa reflexão começaremos por Bourdieu (1996) que traz a definição de família nuclear como um conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação ou excepcionalmente por adoção (parentesco), vivendo sob no mesmo domicílio (coabitação).

Na atualidade, a família nuclear é uma experiência minoritária em relação aos casais que vivem juntos sem serem casados, as famílias monoparentais e as novas formas de laços familiares, que se transformam continuamente. A família é uma realidade que transcende seus membros, é uma unidade doméstica concebida como um agente ativo, dotado de vontade, capaz de pensamento, de sentimento e de ação e apoiado em um conjunto de pressupostos cognitivos e de prescrição normativas que dizem respeito à maneira correta de viver as relações domésticas. Este universo está suspensa as leis corriqueiras do mundo econômico, a família é o lugar da confiança (trusting) e da doação (giving) (BOURDIEU, 1996).

Assim, a família tem um papel determinante na manutenção da ordem social, na reprodução não apenas biológica, mas social, ou seja, na reprodução do espaço social e das relações sociais. Assim, o termo família pode significar toda rede de parentesco e afinidade.

Dessa forma, a família como qualquer outra instituição se altera historicamente muitas vezes, de forma imprevisível. Essas alterações não se dão em função de um planejamento racional, mas estão condicionadas às concepções e valores da tradição histórica (BOURDIEU, 1996).

Nesse sentido, a família também define-se em relação aos cuidados, enquanto uma instituição relevante nos cuidados dispensados à saúde e à doença. Ressalta que a doença é mais individual e mais social dos acontecimentos. Faz-se necessário distinguir o adoecer do léxico inglês, ou seja, a doença. A palavra *disease* expressa uma realidade patológica, enfermidade considerada como acontecimento físico, ou seja, é a doença dada pelo diagnóstico médico. *Illness*, a enfermidade torna-se acontecimento individual, como um processo subjetivo. Trata-se da experiência da pessoa ao vivenciar uma doença, ou seja, as pessoas podem ter a mesma doença, mas experiênciá-la de forma totalmente distinta (ROMANELLI, 2003).

Sickness refere-se à dimensão sociocultural de atribuição de significados socialmente reconhecida como sinais comportamentais produzidas pela doença, ou seja, são as representações sociais da sociedade, legitimadas pelo diagnóstico médico.

A doença é algo que o enfermo incorpora, o modo culturalmente adequado de adoecer, de acordo com a representação de seus atributos pessoais, assim o modo de adoecer para jovens, crianças, mulheres, idosos pode ser distinto (ROMANELLI, 2003).

Existe também a concepção de familismo que são as relações de parentesco fundamentadas pelo principio da reciprocidade e da legitimidade por critérios morais. O repertório cultural da família, as formas de arranjos domésticos condicionam e delimitam os cuidados com a saúde e os atendimentos aos doentes. A família exerce uma ação pedagógica sobre a saúde (ROMANELLI, 2003).

Frente ao exposto, a mulher é considerada fundamental no processo saúde/doença, pois ela preocupa-se mais com a saúde e com a doença e são assíduas em serviços públicos de saúde (ROMANELLI, 2003).

No sistema capitalista, a saúde e a doença são consideradas como fatores de produção, sendo que o sistema saúde organizado visa manter ou tornar o indivíduo produtivo. A concepção de doença é focada no corpo (biomédica) que reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito dos vários aspectos do seu contexto de vida (MINAYO, 1997).

Nas camadas populares, a concepção de saúde e doença possui uma representação social contraditória, ligadas à atividade física e à capacidade de trabalhar. A equivalência da doença ao não trabalho não é natural, contudo a construção socialmente aceita tem incorporado a visão capitalista, de que o corpo é feito para produzir (força de trabalho). Para a classe trabalhadora essa produção é traduzida na forma de salário (MINAYO, 1997).

Essa concepção biomédica da saúde e doença é a mesma, tanto para a classe dominante como para a classe trabalhadora (popular), focalizando-se doenças como Aids, câncer e tantas outras, que atingiram indistintamente todas as classes sociais. Isso assinala o limite humano e o desafio da própria capacidade de sobrevivência.

Os estomizados intestinais, que fazem o acompanhamento ambulatorial no Programa de Ostomizados mantido pelo SUS, são pessoas da classe popular, que possuem baixa escolaridade, ampla participação no mercado de trabalho e adesão a grupos religiosos. Estes por sua vez experienciam a doença oncológica e ser estomizado intestinal com grandes alterações na dinâmica familiar, sendo o valor da família muito importante nesse estrato social (GIDDENS, 1993; MACHADO; BARROS, 2009).

A população menos favorecida que buscam às unidades básicas de saúde e aos hospitais, desconcerta não apenas os profissionais da medicina, mas os profissionais de saúde como um todo, ao questionar seus saberes, relativizando-os, e ainda, contrapõem com outras crenças e práticas populares (MINAYO, 1997).

Nesse sentido o atendimento especializado da equipe multidisciplinar no Programa de Ostomizados, possibilita focalizar maior atenção a estes pacientes nas

relações assistenciais, legitimando as intervenções dos profissionais de saúde, para o alcance da reabilitação da clientela (SINGLY, 2007).

No pós-operatório tardio, o estomizado intestinal necessita de pessoas preparadas para ajudá-lo no processo de enfrentamento da nova condição no domicílio, assim como de profissionais mediadores para o paciente e familiares, favorecendo a reabilitação destes estomizados (SINGLY, 2007).

No entanto, os pacientes que vivenciam estressores da doença oncológica, que se submetem às cirurgias sejam terapêutica ou paliativa, experienciam importantes mudanças e os impactos na família, pois estes em geral não estão preparados para as transformações emocional, social e econômico, que podem afetar toda a estrutura e dinâmica familiar (SINGLY, 2007; CANO et. al., 2009).

A assistência de enfermagem deve priorizar a prevenção de complicações para assegurar recuperação fisiológica e reabilitação do paciente. Porém, é necessário também aperfeiçoar as estratégias ensino-aprendizagem para o autocuidado do estomizado intestinal e da família, oferecer suporte profissional para diminuir a ansiedade e esclarecer dúvidas, principalmente no retorno ao domicílio, com abordagem multidisciplinar.

A doença oncológica de um integrante de uma família gera uma alteração na dinâmica e na estrutura familiar. Caso o adoecido seja um dos provedores, isso afeta na composição da renda familiar, que influencia na divisão das despesas e a contribuição no orçamento familiar influenciam o poder do indivíduo na família, durante o período de adoecimento, podendo transformar temporariamente ou definitivamente as relações entre os seus membros (LAGO et al., 2009).

A maioria dos estomizados, quando possuem vinculo empregatício, tem dificuldade de se reintegrar ao trabalho novamente e possuem também baixo nível educacional e relacionam-se à diminuição do nível socioeconômico e cultural também, quando relacionados a casos de estomias tendo como base as neoplasias intestinais. A deficiência de conhecimento sobre a necessidade de realizar exames de rotina para detecção precoce do câncer e sua prevenção. Assim como, mudanças no papel e status social da pessoa, na família e sociedade (STUMM, OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2009; PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009; RAMOS et al., 2012; ATTOLINI; GALLON, 2010; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A condição de estomizado intestinal pode transformar diretamente a dinâmica e estrutura familiar, modificando os padrões familiares anteriores, com inúmeros ajustes de toda a família, amigos e sociedade, além da necessidade de lidar com as perdas, consequentes às alterações na rotina diária, tanto dos filhos, dos adultos, cuja reorganização da vida familiar demora algum tempo (CANO et al., 2009).

Nas camadas populares, a concepção de saúde e doença não restringe apenas ao modelo biomédico, mas o conceito ampliado de saúde aparece na fala dessas pessoas, trazendo os aspectos culturais e sociais, que influenciam o modo de vida dessas pessoas como o ar impuro, às mudanças de tempo, mau olhado, entre outras, além da insatisfação salarial, das condições de trabalho e alimentação (MINAYO, 1997).

Os sintomas de uma doença são percebidos e avaliados, de diferentes formas, por diferentes grupos ou pessoas em situações sociais distintas. Pertencer à classe social, a uma determinada faixa etária ou etnia também influenciam na experiência da enfermidade (ALVES, 1993).

Salientamos a importância da atuação da equipe de enfermagem na assistência e no suporte à família do estomizado intestinal, com identificação das necessidades dessas pessoas considerando os diferentes modos de vida por meio da escuta, para realizar o planejamento de intervenções. Para tanto, torna-se imprescindível analisar os sentidos atribuídos às situações de autocuidado no domicílio.

É importante refletir sobre o contexto familiar do estomizado intestinal, a experiência de adoecimento e as suas interações sociais, pois isso possibilitará avaliar o tipo de estratégia mais apropriada ao ensino do autocuidado individualizado, com ampliação de seus conhecimentos e da autonomia para realizar as ações e as escolhas (SCHAURICH, CABRAL, ALMEIDA, 2007).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Pedagogia da problematização (Método Laubach)

A Metodologia da Problematização tem sido umas das abordagens de ensino utilizadas para o paciente cirúrgico, cujo objetivo é possibilitar o desenvolvimento de habilidades nos cuidados com a estomia, ferida, troca dos equipamentos ao paciente, constituindo uma possibilidade para o paciente e família construir novos conhecimentos frente à realidade vivida (BERBEL, 1998; VIEIRA, 2004; BERNANDIN, 2013).

A conhecida Pedagogia da Problematização ou mais precisamente Método Laubach de alfabetização de adultos, foi criado pelo missionário protestante norte-americano Frank Charles Laubach (1884-1970). Desenvolvido por Laubach nas Filipinas, em 1915, foi utilizado com grande sucesso em toda a Ásia e em várias partes da América Latina, durante todo o século XX. A população filipina era analfabeta e a língua falada nunca fora escrita, e Laubach enfrentava em sua missão um problema ao dobro: como criar uma língua escrita e ensinar essa escrita aos filipinos, para que esses pudessem ler a Bíblia. Com o auxílio de um educador filipino, Laubach adaptou o alfabeto inglês ao dialeto das Filipinas (VIEIRA, 2004; BERNANDIN, 2013).

Logo em seguida, adaptou um antigo método de ensino norte-americano de reconhecimento das palavras escritas, por meio de retratos de objetos familiares do cotidiano do aluno, no ensino da leitura da nova língua escrita. A letra inicial do nome do objeto recebia ênfase especial, assim o aluno passava a reconhecê-lo em outras situações, levando a juntar as letras e a formar palavras. Usando essa metodologia, Laubach trabalhou por 30 anos nas Filipinas e sul da Ásia, conseguindo alfabetizar 60% da população filipina. Essa metodologia inspirou um grupo de educadores, que possibilitou criar grafias para 225 línguas, ainda não escritas (VIEIRA, 2004; BERNANDIN, 2013).

No Brasil, o método Laubach foi introduzido pelo próprio Laubach em 1943, a pedido do governo brasileiro. Ele veio ao Brasil explicar sua metodologia, como já fizera em vários outros países latino-americanos e ao redor do mundo. Nesse sentido em terra tupiniquins, a metodologia de Laubach e suas cartilhas foram

copiadas por educadores marxistas do estado de Pernambuco, de cunho cristão para ênfase à luta de classes, com o objetivo de implementar uma reforma pedagógica centrada no aluno, a sua socialização e um ensino não cognitivo em geral, que visa a aprimorar a não formação intellectual dos alunos. O autor dessas outras cartilhas era Paulo Freire, que emprestou seu nome à nova metodologia" Como se ela fosse de sua autoria (VIEIRA, 2004; BERNANDIN, 2013).

Para o desenvolvimento desse estudo, o Método do Arco, tendo como base a metodologia de ensino de Laubach, de forma sistematizada é composta por cinco etapas: Observação da Realidade, Pontos-Chaves, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação a Realidade. Este por sua vez tem se mostrado adequado no ensino de pacientes cirúrgicos (SONOBE et al., 2001).

O Método do Arco de Maguerez no ensino do paciente cirúrgico tem por objetivo levar este e o enfermeiro a exercitar a relação tripartite prática-teoria-prática, tendo a realidade como ponto de partida e chegada do processo ensino-aprendizagem (SONOBE et al., 2001; BASTABLE, 2010).

A Metodologia de ensino de Laubach tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas e encadeadas a partir de um problema identificado na realidade. Constitui-se de um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades selecionadas e organizadas em cada etapa, definida de acordo com a natureza do problema em estudo e as características e condições dos participantes. Neste estudo, focalizaremos o ensino do autocuidado do estomizado intestinal por câncer colorretal no domicílio, com finalidade de criar sua autonomia e independência, seja em relação à família ou aos profissionais de saúde (BORDENAVE; PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

O Método do Arco, foi criado por Charles Maguerez, onde esse arco tem a realidade do paciente como ponto de partida e chegada. Isso concretiza-se através de um processo criativo de ação-reflexão sobre uma determinada realidade vivenciada pelos pacientes, neste estudo, a realização do autocuidado no domicílio (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

Este método tem se mostrado adequado em situações clínicas de ensino de pacientes por ser flexível, interativo, que define-se no processo e por utilizar os pressupostos da alfabetização de adultos (andragogia), e é plenamente aplicável.

O processo tem como ponto de partida uma determinada realidade observada pelo pesquisador com seus próprios olhos. Ao observar a realidade o pesquisador expressa suas percepções e sentimentos individuais, situando os problemas num contexto global, permitirá identificar as dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas. Esta primeira etapa é chamada de obervação da realidade (SONOBE, 1996; BERBEL, 1998; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE; PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

Na etapa denominada de Ponto-chave, o pesquisador identifica entre os dados observados e percebidos aqueles que são mais relevantes e determinantes da situação. Tal complexidade sugere um estudo mais atento, mais criterioso, mais crítico e abrangente do problema, em busca de sua solução. A partir dessa análise reflexiva, a elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

Na etapa da Teorização o pesquisador faz a fundamentação teórica do assunto, por meio de bibliografias como livros, jornais, revistas especializadas, experiências científicas, observações, ou seja, que o pesquisador possa compreender os problemas e as situações identificadas, assim como os princípios teóricos que os explicam. As informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema. Tudo é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da etapa seguinte (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE; PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

Na etapa de Formulação de hipotéses de solução, ocorre o confrontamento da realidade com a teorização, através da extrapolação e generalização, apresentando e selecionando soluções criativas e viáveis na prática. O pesquisador usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que se prepara para transformá-la. Nesta etapa as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos

os ângulos possíveis (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

A última etapa é a Aplicação da realidade, quando o pesquisador pratica as hipóteses mais viáveis e aplicavéis, aprende a generalizar para situações diferentes e discernir a conveniência nas circusntâncias. Além disso, o pesquisador adquire competência e habilidade no manejo das técnicas associadas à solução do problema. Completa-se assim o Arco de Maguerez, com o sentido especial de levar o pesquisador a exercitar a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, quer dizer, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino-aprendizagem, ou seja, a realidade do paciente (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERNARDIN, 2013).

A avaliação é um processo inerente a pesquisa qualitativa e o uso das etapas do método do arco, ocorre continuamente por meio da observação e percepção do pesquisador sobre sua participação, seu desempenho e aquisição de conhecimento, frente as suas necessidades (SONOBE, 1996; CRESWELL, 2007). Dessa forma, a sistematização do ensino do autocuidado para os estomizados no domicilio foi estabelecido segundo as etapas do Método do Arco. É um modo dinâmico e interativo de sistematizar o ensino e os aspectos a serem considerados no decorrer dessa atividade educativa são as reais necessidades apontadas pelos próprios pacientes estomizados e o familiar.

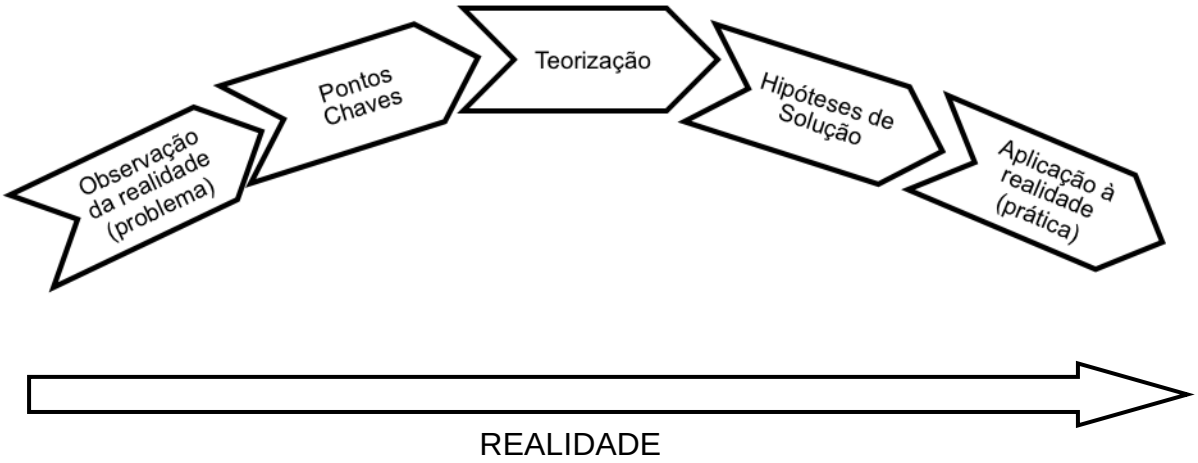
Como todo processo, a observação atenta da realidade e a discussão aberta sobre os dados, em especial com reflexões sobre as possíveis causas e os determinantes dos problemas identificados possibilita posteriormente elaborar as hipóteses de solução. Assim, é possível a intervenção direta na realidade, identificada no contexto do domicilio do estomizado.

Assim, a abordagem qualitativa permite a aplicação de técnicas para o desenvolvimento do estudo e ter se mostrado adequado no estudo dos fenômenos socioculturais. É adequado quando se deseja conhecer profundamente ou a totalidade de um fenômeno específico ou quando se está mais interessado no que ocorre e como ocorre.

Ilustração 1. O esquema do Método do Arco de Maguerez

Proposta de Maguerez

Método do Arco



5. ASPECTOS METODOLÓGICOS E CONTEXTO DO ESTUDO

Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa, que busca interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem, em função disso, é comumente referida com o pesquisa interpretativa. Isso significa que, o pesquisador com frequência tem de questionar suposições do senso comum ou idéias tidas como garantidas. Apresenta um aspecto distinto de outros métodos, por estudar as pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais (POPE, MAYS, 2009).

A abordagem qualitativa ocorre em um cenário natural, o pesquisador sempre se insere no contexto do participante para conduzir a pesquisa. Isto permite ao pesquisador estar altamente envolvido nas experiências reais dos participantes (CRESWELL, 2007).

A pesquisa qualitativa examina a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária, com utilização de métodos de pesquisa, que incluem a observação direta, entrevistas, análise de textos, de documentos ou do discurso ou comportamento gravados em áudio e vídeo.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa envolve a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para coleta de dados com uma análise cuidadosa e rigorosa (POPE, MAYS, 2009; CRESWELL, 2007).

Assim, a pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, ou seja, o pesquisador faz uma interpretação dos dados, incluindo a descrição de uma pessoa ou contexto e análise dos dados para a identificação de temas ou categorias (CRESWELL, 2007).

Assim, o conhecimento sobre o ensino do autocuidado de estomizados intestinais, no contexto domiciliar poderá ser alcançado com a abordagem qualitativa e isso contribuirá para compreender a realidade e a experiência dos estomizados em relação ao autocuidado no domicilio.

Nesse sentido, utilizou-se o método etnográfico para este estudo diante da realidade vivida pelos estomizados intestinais no domicílio, por possibilitar o entendimento da experiência subjetiva, ver as coisas da maneira como elas o fazem e captar os sentidos que atribuem para tornar suas experiências significativas (POPE, MAYS, 2009).

A etnografia é definida como a descrição densa de significados culturais atribuidos por um determinado grupo, que possibilita a descoberta de domínios de conhecimentos, interpretação de comportamentos em relação a uma experiencia especifica. É um processo de observação detalhada, com descrição e registro para analisar a experiencia de um grupo em estudo, para apreender suas características no ambiente natural. É uma atividade de pesquisa, que envolve tempo prolongado de contato direto com os participantes do estudo, segundo estrategias e metodos que propiciam maior aproximação com a experiencias destes (LIMA et al, 1996; CAPRARA, LANDIM, 2008).

O método etnográfico envolve técnicas de entrevista com gravação em áudio, observação participante e diário de campo, que potencializa a análise das experiências subjetivas e subisidia a construção da interpretação pelo pesquisador sobre a experiência humana (COSTA, GUALDA, 2010; CAPRARA, LANDIM, 2008).

Para a apreensão da realidade, a pesquisa de campo é essencial com destaque para a observação participante, por facilitar a coleta de dados com a insercão do pesquisador no contexto dos participantes, além de acompanhar os acontecimentos importantes, que possibilitam maior aprofundamento e vinculo com outras pessoas que participam na experiencia analisada (LIMA et al., 1996; ANGROSINO, 2009).

Contudo, para realizar estas observações, o pesquisador necessita refinar a sua capacidade de observação, inclusive com utilização de roteiros sistematizados que dimensionam os aspectos, acontecimentos e comportamentos, que possoam subsidiar a interpretação do pesquisador. Além disso, o desenvolvimento da pesquisa etnográfica pode ser influenciado pela experiência profissional do pesquisador, para questionar e buscar referênciais coerentes com o objeto de estudo, com inserção de novos aspectos que podem surgir no desenvolvimento do estudo (DALMOLIN, LOPES, VASCONCELLOS, 2002; CAPRARA, LADIM, 2008; COSTA, GUALDA, 2010; POPE, MAYS, 2009).

A observação participante exige a seleção do local que possibilita acesso ao grupo de pessoas focalizado no estudo, que favorece o início da observação pelo pesquisador, com riqueza de detalhes e maior tempo de contato que selecionará o que essencial do que não é (LIMA et al., 1996; ANGROSINO, 2009).

Nesse sentido, a sensibilidade do pesquisador, diante das situações com as quais se depara e a interação estabelecida com os participantes do estudo, possibilitará a obtenção de dados mais fidedignos da realidade estudada (LIMA et al., 1996; CAPRARA; LANDIM, 2008).

Os registros da observação participante nos diários de campo, constituem registros sistemáticos das atividades desenvolvidas com descrições densas, relatos orais importantes, impressões e sentimentos experienciados, tanto dos participantes como do pesquisador. Este material pode ser analisado durante o desenvolvimento da pesquisa, o que possibilita novas interpretações ou o aprofundamento de questões em coleta de dados posteriores (DALMOLIN et al., 2002; ANGROSINO, 2009).

Concomitantemente, a observação participante com o registro das informações em diário de campo, assim como outras técnicas de coleta de dados como questionários, entrevistas semiestruturadas com gravacão em áudio/vídeo, podem ser utilizadas para a obtenção de dados. Isso é fundamental para a validação da perspectiva do pesquisador em relação ao contexto e dados do estudo.

A descrição dos dados etnográficos é a redescrição da realidade, pois o pesquisador assume o papel de intérprete ou de tradutor por meio da escrita. A amplitude do texto etnográfico sobre experiência em campo apresenta grande quantidade de dados primaries, com descrições precisas da situação e contexto estudados, explorando a perspectiva dos participantes, ou seja, sua maneira de ver o mundo e seus comportamentos (TRAD, 2012; LIMA et al., 1996).

Na análise dos dados qualitativos pode ser utilizada a Análise de Conteúdo Indutiva, cujas etapas são: organização dos dados em forma de textos, elaboração de categorias dos dados coletados, para identificar na linguagem dos participantes do estudo e o conjunto inicial de categorias ou temas recorrentes, assim como as contradições.

A apreensão das estruturas culturais da experiência dos participantes, análise dos sentidos dados por estes dentro de uma realidade, com ampliação de associações com todos os textos produzidos; interpretação das relações com os outros componentes do texto e estabelecimento de relação com o contexto da experiência dos participantes (HESSE-BIBER, LEAVY, 2006; MAYS, POPE, 2009).

Assim, para a sistematização da atividade de ensino do autocuidado utilizamos o Método do Arco, fundamentado na metodologia de ensino da problematização, pois consideramos como mais adequado pela característica da clientela e por possibilitar a individualização do ensino. É constituído pelas fases de observação da realidade, ponto-chave, teorização, solução de hipóteses e aplicação à realidade (SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

5.1 Operacionalização do Estudo

O projeto foi elaborado segundo os preceitos do CONEP (Conselho Nacional de Ética e Pesquisa) e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP em 16 de novembro de 2011 (No. de protocolo 1415/2011).

5.2 Contexto do estudo

Esta pesquisa de abordagem qualitativa, com método etnográfico, foi realizada no município de Ourinhos/SP, cujo cadastramento de pacientes para aquisição dos equipamentos é realizado por meio do encaminhamento destes dos hospitais e residentes nesta localidade na Secretaria de Saúde. Esta realiza apenas o cadastramento para a entrega dos equipamentos, não possuindo atendimento sistematizado em saúde aos estomizados do município. O atendimento aos estomizados, após a alta hospitalar, era realizado pela ONG (Organização não-governamental) conhecida como Programa de Ostomizados Gema Zanini, cujo atendimento visava apenas a troca dos equipamentos de estomizados intestinais, não ocorrendo à assistência para outros tipos de estomias apresentadas pelos habitantes do município. As estomias de maior prevalência nesta localidade são as colostomias, ileostomias e urostomias.

Frente a esta realidade, o primeiro contato para a realização deste estudo foi com a ONG e posteriormente com a Secretaria de Saúde de Ourinhos (SP), que

disponibilizou a relação de estomizados do município. Este ainda trazia informações como o tipo de equipamento utilizado, o processo patológico, que resultou na confecção da estomia, dados pessoais como data de nascimento, endereço e telefone. No primeiro momento, esta relação de pacientes possuía 96 cadastrados, mas ao realizar a busca verificou-se que o banco de dados da Secretaria estava desatualizado, pois muitos pacientes constavam como ausentes na entrega dos equipamentos, pois já tinham realizado a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal (RTI), mudado do município ou falecido.

Após o contato e a busca ativa destes pacientes, a relação foi de 52 estomizados. Esses pacientes, no pós-operatório tardio, quando encaminhados a ao município possuem grandes dificuldades para o autocuidado com a colostomia e equipamentos, assim como os cuidados com a ferida, alimentação, atividades físicas, retomada das atividades cotidianas e laborais.

Para a realização do estudo foi necessária a visita domiciliar de todos os pacientes pois muitos haviam mudado os telefones de contato, outros familiares buscavam os equipamentos na Secretaria de Saúde, mas não residiam com os mesmos, somente haviam fornecio o endereço residencial. Diante desta realidade, a Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos (FAESO) entrou em contato com a pesquisadora manifestando interesse em desenvolver um projeto de extensão aos alunos do curso da graduação de enfermagem relacionado às estomias e feridas.

Esta instituição de ensino, por sua vez forneceria o espaço físico e materiais básicos para o atendimento aos estomizados, assim como a participação dos alunos em todas as etapas da pesquisa. Estabelecida esta parceria foi necessário pela pesquisadora ministrar 3 aulas teóricas a 12 alunos que manifestaram interesse em participar do projeto sobre estomia, fisiopatologia, técnicas cirúrgicas, cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico e oncológico, tratamentos, tipos, indicações e troca de equipamentos.

Após ministrar as 3 aulas teóricas e instruir os alunos dos possíveis perfis e realidade dos estomizados no Brasil, as visitas domiciliares foram realizadas a todos pacientes. Nas visitas, aplicou-se o instrumento de avaliação do domicílio pela pesquisadora, esclarecendo os objetivos do estudo, fornecendo um folder do projeto de extensão com endereço e telefones para contato e agendado dia e horário para

que o paciente se deslocasse até a Faculdade para a avaliação clínica. Dos 52 pacientes visitados, apenas 19 pacientes compareceram até a faculdade para a avaliação clínica. Destes 19 estomizados, 10 apresentavam os critérios de seleção para este estudo, que eram apresentar dificuldades com o autocuidado com a colostomia e equipamentos, assim como os cuidados com a ferida operatória. Mediante isso, foram convidados para participarem da etapa da atividade educativa.

Estabelecido este contato aqueles que aceitaram participar do estudo, foram agendadas visitas domiciliares para o início da atividade educativa. O ensino do autocuidado, foi baseado nas reais necessidades dos pacientes, com explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, além dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia, seus tipos e suas complicações.

Nesse sentido, este estudo possibilitou demonstrar para que ocorra a assistência em saúde no município, é necessário organizar a rede de saúde, com a integração dos diferentes níveis de complexidade de atendimento à saúde, com a implementação da referência e contrarreferência.

Assim, o desenvolvimento deste estudo pode contribuir na identificação de necessidades de aprendizagem do autocuidado e a avaliação da implementação de uma estratégia de ensino para os estomizados deste município.

Os participantes do estudo foram os estomizados intestinais cadastrados na Secretaria de Saúde, maiores de 18 anos, que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Uma via foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Os encontros foram agendados no domicílio dos pacientes, com a sistematização da atividade de ensino do autocuidado pelo Método do Arco e por meio de entrevistas semiestruturadas (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

A atividade de ensino do autocuidado foi estabelecida segundo as etapas do Método do Arco, considerando que elas não são estanques e se interpõem, podendo ocorrer de forma simultânea, outros arcos menores em cada uma das ações de ambas as partes envolvidas, em função das situações de aprendizagem

desencadeadas. Desta forma, as atividades desenvolvidas para o alcance dos objetivos deste estudo foram assim sistematizadas (BERBEL, 1998; SONOBE, 1996; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE; PEREIRA, 2002):

• Observação da realidade: estabelecer comunicação interpessoal com os estomizados e familiares em ambiente tranquilo no domicílio sem interrupções durante a atividade de ensino, sentar-se próximo ao paciente e/ou familiar, descrever a percepção e os sentimentos destes em relação a sua experiência de autocuidado com a estomia intestinal e equipamentos; listar suas expectativas, preocupações e necessidades no contexto domiciliar; discutir o processo vivenciado por meio da troca de impressões e relatos com o estomizado e o familiar.

• Ponto-chave: estabelecer os pontos que o estomizado e a pesquisadora observaram como os mais importantes na fase de observação da realidade; discutir as relações e as explicações dos aspectos levantados pelo estomizado, refletindo sobre as possíveis causas dos problemas identificados na observação da realidade, porque que tal problema existe no contexto do domicilio?

• Teorização: resgatar informações e fornecer subsídios teóricos e práticos sobre os cuidados com a estomia e equipamentos, complicações da pele periestoma, com demonstração da troca da bolsa de colostomia e cuidado na higienização do estoma, a utilização de folhetos de orientação como apoio na atividade educativa no processo ensino-aprendizagem. A teorização será realizada em função das expectativas e tensões apresentadas pelo estomizado e o familiar. As informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto às suas contribuições para resolver os problemas identificados. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da próxima etapa;

• Hipóteses de solução: descrever ações e formas que o estomizado e o familiar consideram adequadas para sanar as suas necessidades; listar e identificar dificuldades e facilidades apresentadas por estes no desenvolvimento dos cuidados no domicílio. É uma ação conjunta que visa facilitar a busca de soluções viáveis e

práticas para as necessidades apresentadas pelo estomizado e cabe a ele propor as hipóteses de solução adequadas à realidade do contexto de vida e das condições no domicílio. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito?

• Aplicação à realidade: implementar as ações viáveis e práticas para o estomizado e familiar para sanar as suas necessidades de autocuidado no domicílio e também o domínio para tomada de decisões no encaminhamento de soluções adequadas para a sua reabilitação. Corresponde às ações tanto do estomizado quanto da pesquisadora durante toda atividade de ensino do autocuidado. Tal aplicação permite que no contexto do domicílio os problemas sejam obervados e para este levarão uma resposta, visando transformá-lo em algum grau.

A avaliação dos resultados da atividade de ensino do autocuidado foi realizada com a pergunta norteadora: Para você, o que foi aprender a cuidar do local da cirurgia, da colostomia e da bolsa?

A avaliação da atividade realizada pelos estomizados foi analisada com vistas à obtenção dos sentidos atribuídos por estes à experiência de aprendizagem.

A realização da análise dos dados foi por meio da perspectiva interpretativa, com análise de conteúdo indutivo. A coleta de dados e sua análise são contínuas e ciclícas, sendo essa adequada para estudos de abordagem qualitativa ao interpretar um fenômeno, através de entrevistas em profundidade. Estas são digitadas em forma de textos, classificação dos dados dos sentidos atribuídos em forma de categorias, que integrarão os núcleos temáticos, que representam os significados da experiência dos estomizados intestinais no domicílio (CRESWELL, 2007; HESSE-BIBER; LEAVY, 2006**).**

As Questões norteadoras para avaliação da atividade de ensino realizada com os estomizados frente a aprendizagem alcançada foram : Aprender a fazer o procedimento em si, o que mudou? O que o faz acreditar que é capaz de realizar o autocuidado? Houve mudança de postura ao conseguir realizar o autocuidado?

Em relação ao equipamento, será que existe uma relação entre a capacidade de fazer o autocuidado com o tipo de equipamento?

O que significou para você a aprender a fazer o autocuidado, isso muda a expectativa para o futuro?

O que pensa sobre a forma como foi realizado o ensino do autocuidado? Quais os benefícios que o aprendizado do autocuidado trouxe?

Ao longo da atividade educativa, fomos avaliando o alcance dos resultados alcançados de maneira contínua. Portanto, acreditamos que este estudo com implementação da atividade de ensino do autocuidado com o Método do Arco possibilitou o alcance dos objetivos propostos, que foram desenvolvidos em seu ambiente natural (domicílio do estomizado intestinal), planejado de modo aberto e flexível, focalizando a realidade e a demanda de necessidade de aprendizagem do estomizado intestinal.

Etapa 1- avaliação do domícilio sistematizado e observação participante: na visita domiciliária para 52 pessoas, utilizou-se um instrumento de avaliação do domicílio, elaborado com base na literatura científica e na experiência clínica das pesquisadoras, o qual foi validada pelos participantes do Grupo de Pesquisa. Este instrumento abordou quatro aspectos, a infraestrutura do domicílio, o atendimento à saúde, o autocuidado no domicílio, e deslocamento e atividades sociais, totalizando 49 questões. As visitas algumas foram previamente agendadas, outras não foram possíveis, devido o cadastro dos pacientes na Secretaria de Saúde estarem desatualizados com endereços e telefones.

Etapa 2- Avaliação clínica sistematizada de 19 estomizados com indicação do equipamento, utilizou-se um instrumento de avaliação clínica, elaborado com base na literatura científica e na experiência clínica das pesquisadoras, o qual foi validada pelos participantes do Grupo de Pesquisa. Este instrumento é dividido em seis partes sendo dados sociodemográficos, clínicos e de tratamentos, curativo e ferida cirúrgica, autocuidado com a estomia e equipamentos e capacidade para o autocuidado, totalizando 58 questões. As avaliações clínicas, previamente agendadas, em espaço físico adequado para o atendimento dos estomizados.

Etapa 3- atividade educativa de ensino do autocuidado no domicílio de 10 estomizados intestinais, observação participante, anotações em diário de campo, gravação em áudio da entrevista semi-estruturada realizada.

Os dados da avaliação domiciliar e de avaliação clínica foram organizados e tabulados por meio do programa Excel versão 2012 e seguidamente avaliado pelo Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 16.0., para análise descritiva.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Resultados e Discussões

A análise e discussão dos dados será apresentado em três etapas, sendo a primeira relacionada a avaliação domiciliária com participação de 52 pessoas, cadastradas na Secretaria de Saúde de Ourinhos (SP), que possuiam estomia intestinal e urinária. Foram identificadas as características sóciodemográficas, além dos equipamentos coletores e adjuvantes e materiais utilizados e capacidade do autocuidado. Esta etapa foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2012.

Na segunda etapa, realizou-se avaliação clínica da estomia, presença de complicações, equipamentos utilizados, bem como problemas nas atividades cotidianas decorrentes da condição de estomizado intestinal. Participaram desta etapa 19 estomizados intestinais por CCR, no período de 30 de outubro a 01 de novembro de 2012.

Na terceira etapa, realizou-se a atividade educativa com 10 estomizados intestinais por CCR, no domicílio destas pessoas, no período de novembro de 1012 a fevereiro de 2013.

Tabela 1 : Infraestrutura domiciliar e acesso ao atendimento em saúde dos estomizados intestinais e urinários, participantes deste estudo. Ribeirão Preto, 2013.

Variavéis	N=52	%
Residência		
Urbana	52	100
Situação da Moradia		
Casa própria	39	75,0
Casa alugada	9	17,3
Outros	4	7,7
Construção		
Tijolos	49	94,3
Madeira	3	5,7
Cômodos		
Até 5	27	52
6 ou mais	25	48
Banheiros		
Até 2	44	84,6
3 ou mais	8	15,4
Banheiro Individual		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9
Quarto Individual		
Sim	41	78,8
Não	11	21,2
Agua encanada, esgoto, piso na casa, energia elétrica e coleta de lixo		
Sim	52	100
Ventilação		
Natural	2	3,8
Ar-condicionado	2	3,8
Ventilador	48	92,4
Telefone		
Fixo	20	38,5
Celular	13	25,0
Ambos	19	36,5
Convênio de Saúde Privado		
Sim	8	15,4
Não	44	84,6
Atendimento de saúde		
Convênio Público	43	82,7
Convênio Particular	9	17,3
Coabitação		
Até 3 pessoas	33	63,5
4 ou mais pessoas	19	36,5
Auxílio no cuidado		
Sim	23	44,2
Não	29	55,8
Privacidade para troca dos equipamentos		
Sim	52	100
Troca dos equipamentos		
Banheiro	18	34,6
Quarto	34	65,4

Na primeira etapa de avaliação do domicílio de 52 estomizados, identificou-se a idade mínima de 1 ano e a máxima 92 anos, cuja média foi de 37 anos, indicando uma diversidade de faixa etária dos estomizados, o que pode implicar em uma diversidade de problemas, que levam à condição de estomizado.

Nesta avaliação da condição domiciliária foi possível a visita de 52 residências de 52 estomizados, de um total de 60 estomizados cadastrados na Secretaria de Saúde de Ourinhos (SP). A população do município é de 103.930 habitantes em 2011, cuja densidade demográfica está em 350,88 (habitantes/km^2), taxa de natalidade em 14,29 por mil habitantes e índice de envelhecimento de 62,38%. Moradores com idade acima de 60 anos representam 13,23% da população, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,813, considerado como elevado em relação às cidades do Estado de São Paulo (OURINHOS, 2013).

Em relação a moradia 52 (100%) pessoas residem na zona urbana, sendo que 39 (75%) possuem casa própria, 9 (17,3%) casa alugada e 4 (7,7%) outras situações.

Estes dados refletem 97,42% de urbanização do município, de acordo com dados da Prefeitura em 2010. Quanto ao tipo de moradia houve predomínio de casa própria devido ao maior acesso a financiamentos residenciais promovidos via Governo Federal e Municipal, nos bairros populares, com incentivo com descontos de impostos para pessoas com mais de 60 anos e residentes a pelo menos 10 anos no município (OURINHOS, 2013).

O tipo de construção de 49(94,3%) participantes é de tijolos e para 3(3,7%) de madeira. Em relação ao número de cômodos na residência, 27(52%) possuem até 5 cômodos e 25(48%) possuem 6 ou mais. Destes, 41 (78,8%) possuem quarto individual e 11 (21,2%) não. Nas 52 (100%) residências há piso de alvenaria.

Na residência de 44 (84,6%) participantes há até 2 banheiros, em 8(15,4%) 3 ou mais. Do total, 12(23,1%) possuem banheiro individual e 48(76,9%) coletivo.

Não encontramos estudos que focalizassem a avaliação domiciliária como no nosso, no entanto, consideramos que estas pessoas possuem condições satisfatórias de moradia para a realização de autocuidado com a estomia e manutenção de equipamentos coletores.

Todos os 52 (100%) possuem condições de saneamento básico como água encanada, esgoto, coleta de lixo, energia elétrica. O município possui cobertura a saneamento básico em torno de 95% da área populacional, administradas pela Superientendência de Água e Esgoto (SAE). O acesso ao saneamento básico reflete dados em contraste com o restante do país, pois o atendimento com água potável, consideradas as áreas urbanas e rurais, a distribuição atinge 92,5% da população, próximo das regiões Sudeste e Sul com 96,6% e 96%, respectivamente. A rede de esgotos atinge 53,5%, indicando que está ainda abaixo se comparadas às regiões Sudeste e Centro-Oeste, consideradas melhor atendidas, com 76,6% e 50,5% respectivamente (BRASIL, 2013).

Em relação ao tipo de ventilação nos domicílios identificamos que 48(92,4%) utilizam ventiladores elétricos e 4 (7,6%) ar-condicionado e ventilação natural.

Os meios de comunicação utilizados por 20 (38,5%) pessoas foram telefone fixo, 13 (25%) somente celular e por 19 (36,5%) ambos.

No Brasil, atualmente os meios de comunicação como mídia digital interligada a internet, tem possibilitado maior contato com as tecnologias como telefones fixos e móveis, favorecendo o acesso aos serviços pelas operadoras nacionais e internacionais. Os participantes deste estudo possuem facilidade, o que indica uma condição socioeconômica e maior poder de compra.

O atendimento em saúde para 44 (84,6%) participantes é o convênio do SUS e 8 (15,4%) possuem convênio particular. Quando estes necessitavam de atendimento, 43 (82,7%) buscam convênios públicos e 9 (17,3%) buscavam os particulares.

Atualmente, 80% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS para ter acesso à assistência à saúde, como unidades de Atenção Básica e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como unidades especializadas e hospitais em busca de atendimento de maior complexidade como transplantes, cirurgias, procedimentos de quimioterapia e radioterapia e internações. Além disso, há vários atendimentos especializados, que envolvem serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação de crianças e idosos em todo o País, com subvenção do Governo Federal (BRASIL, 2013).

Em relação à coabitação, 33 (63,5%) estomizados vivem com até 3 pessoas e 19 (36,5%) com 4 ou mais pessoas. Do total, 23 (44,2%) são auxiliados na realizalção do autocuidado no domicílio e 29 (55,8%) não recebem auxílio familiar.

A participação da família durante o processo de recuperação do estomizado, em forma de apoio, torna determinante a reabilitação deste, principalmente no autocuidado com a estomia e troca dos equipamentos no domicilio. Para tanto, a existência de um ambiente, onde o estomizado se sinta mais confortável e tenha privacidade possibilita a o desenvolvimento de maior independência e segurança.

Neste estudo, 52 (100%) participantes possuem privacidade, sendo que 34 (65,4%) realizam o autocuidado com a estomia e troca do esquipamento coletor no quarto e 18 (34,6%) no banheiro. A predominância da escolha do quarto reflete o maior conforto e privacidade que o cômodo proporciona ao estomizado, pois este realiza a troca frente ao espelho, sentado sobre a cama com melhor posicionamento possível, favorece a adequacidade do autocuidado (MORAES; SOUSA; CARMO, 2012).

Tabela 2 : Caracterização do autocuidado no domicílio, deslocamento e atividades sociais dos estomizados intestinais e urinários, participantes deste estudo. Ribeirão Preto, 2013.

Variavéis	N=52	%
Orientação hospitalar-Equipamentos		
Sim	24	46,2
Não	28	53,8
Orientação-Estomia		
Sim	36	69,2
Não	16	30,8
Orientação AC[1] após alta hospitalar		
Sim	45	86,5
Não	7	13,5
Orientação AC-Profissional		
Enfermeira	16	30,8
Auxiliar/técnico de enfermagem	16	30,8
Médico	6	11,4
Outros	14	27,0
Orientação AC-Perioperatório		
Durante internação	23	44,2
Após alta hospitalar	26	50,0
Nenhum	3	5,8
Mudança na Alimentação		
Sim	29	55,8
Não	23	44,2
Mudança-Alimentação família		
Sim	6	11,5
Não	46	88,5
Mudança-Vestuário		
Sim	42	80,8
Não	10	19,2
Transporte público		
Sim	52	100
Facilidade de acesso		
Sim	51	98,1
Não	1	1,9
Isenção no transporte público		
Sim	13	25,0
Não	39	75,0
Busca dos equipamentos		
Paciente	18	34,6
Familiares	34	65,4
Tempo gasto trajeto Serviço de saúde		
5 a 20 minutos	44	84,4
21 ou mais	8	15,6

[1] AC: Autocuidado

Tempo gasto para busca de equipamentos		
5 a 30 minutos	49	94,3
31 ou mais	3	5,7
Não Participação Grupo de Estomizado		
Distância	2	3,8
Dificuldade de locomoção	19	36,5
Compromissos pessoais	22	42,3
Outros	9	17,3
Mudança de Domicílio-Pós Estomia		
Sim	9	17,3
Não	43	82,7
Atividade doméstica-Pós Estomia		
Sim	26	50,0
Não	26	50,0
Ajuda nos afazeres domésticos		
Sim	8	15,4
Não	44	84,6
Atividades sociais-Pós Estomia		
Sim	32	61,5
Não	20	38,5
Mudança Rotina familiar-Pós Estomia		
Sim	22	42,3
Não	30	57,7
Mudança-Rotina do cuidador		
Sim	19	36,5
Não	33	63,5

Na Tabela 2, verificamos que em relação à orientação sobre o ensino do autocuidado com a estomia e os equipamentos, 28 (53,8%) estomizados não receberam e 24 (46,2%) a receberam.

O ensino do autocuidado no perioperatório tem sido salientado por como importante aspecto na identificação de fatores de riscos para o desenvolvimento de complicações na estomia e pele periestoma. Além disso, outros fatores podem contribuir para o risco de complicações pós-operatórias como obesidade, idade avançada, cirurgia emergencial, doenças inflamatórias do intestino, experiência do cirurgião, condição do tecido intestinal, colite isquêmica, retração do estoma e ausência da realização da demarcação pré-operatória pela enfermeira estomaterapeuta (PITTMAN, 2011).

Nesse sentido, no preparo pré-operatório o ensino do autocuidado deve ser contemplado, pois contribuirá na recuperação pós-operatória, tornando a internação hospitalar mais curta e favorecendo o aprendizado dos cuidados com a estomia. O ensino realizado por uma enfermeira estomaterapeuta tem melhorado os resultados no pós-operatório em relação à aquisicão de habilidades, adaptação a nova condição em longo prazo e prevencão de complicações de estoma e pele periestoma (WOCN, 2010).

O ensino do autocuidado consiste em como e quando esvaziar a bolsa coletora, a troca dos equipamentos, cuidados com a pele periestoma, orientacões nutricionais, fatores de risco para complicações, estratégias de enfrentamento frente às dificuldades, modificacões no estilo de vida como vestuário, intimidade e atividades de lazer. Nos Estados Unidos da América (USA) o ensino do autocuidado ao estomizados no pós-operatório geralmente é realizado com 3 ou 4 visitas pela enfermeira-estomaterapeuta para favorecer o desenvolvimento de habilidades psicomotoras pelo paciente, que deve ser iniciada no pré-operatório e retomada no pós-operatório (WOCN, 2010; PITTMAN, 2011).

As informações importantes para o ensino do autocuidado no pré-operatório pode englobar uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, procedimento cirúrgico, ajustes no estilo de vida, preparo psicológico e apresentação de equipamentos, assim como a demarcação do local do

estoma para reduzir a incidência de complicações e assegurar o autocuidado e a qualidade de vida (WOCN, 2010; PITTMAN, 2011).

Sobre a orientação recebida em relação à necessidade da confecção da estomia, 36 (69,2%) estomizados a receberam e 16 (30,8%) não.

O paciente ao receber a notícia da necessidades da confecção do estoma anteriormente à cirurgia, não possui tempo suficiente para refletir sobre as mudanças que ocorrerão. Surgem reações como dificuldade para controlar suas eliminações fecais e/ou urinárias. A forma como o profissional médico realiza a comunicação sobre a necessidade da estomia para o paciente, influencia nas reações ao adoecimento e as terapêuticas. Os estomizados são pessoas com necessidades e reações específicas, que podem ser influenciadas aos fatores externos, bem como a qualidade do suporte familiar, financeiro e assistencial, recebidos ao longo do tratamento cirúrgico (BARNABE; DELL ACQUA, 2008).

Entretanto, outros estudos mostram que, além da forma de comunicação da notícia sobre a indicação da confecção da estomia para o paciente, a participação da enfermeira estomaterapeuta está diretamente ligada à efetividade do ensino do autocuidado. Estes pacientes frente à perspectiva de cirurgia intestinal ficam ansiosos, principalmente quando há possibilidade de estomia em caráter definitivo. Contudo, a estomia pode ser encarada como algo que traz uma melhora significativa na qualidade de vida ou alivia o sofrimento decorrente do quadro clínico (BARNABE, DELL ACQUA, 2008; MERLINO, 2012).

A discussão realística da possibilidade de um estoma é umas das razões para ajudar os pacientes a compreender que a necessidade de confeccioná-lo não é uma falha, não é o fim de suas vidas. A abordagem junto ao cirurgião é seguida pelos apontamentos da enfermeira estomaterapeuta, quem explica as razões práticas de um estoma, salientando ao paciente que não estará sozinho. A família é uma parte importante nessas discussões, são fundamentais no suporte no pós-operatório (MERLINO, 2012).

Após a alta hospitalar em relação ao ensino do autocuidado, quarenta e cinco (86,5%) receberam orientação e sete (13,5%) não receberam, e quem realizou a orientação de autocuidado, dezesseis (30,8%) foi a enfermeira e dezesseis (30,8%) auxiliar/técnico de enfermagem, seis (11,4%) o médico e quatorze (27%) foram

outros. O período durante o perioperatório que estes pacientes receberam o ensino do autocuidado, vinte e seis (50%) foram após a alta hospitalar, vinte e três (44,2%) durante a internação hospitalar e três (5,8%) em nenhum período.

Observa-se, nos dados obtidos, que não há um atendimento especializado e sistematizado aos estomizados no perioperatório, refletindo nos vários tipos de abordagem que o paciente e família encontram ao longo desse processo. Há um consenso entre especialistas na estomaterapia, que definem que os componentes chave no ensino do autocuidado no pós-operatório está na discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrintestinal, instruções com demonstrações técnicas sobre os cuidados com o estoma, remover e colocar os equipamentos, esvaziar e fixar a bolsa coletora, cuidados com a pele periestoma, tipos de acessórios em estomia, nutrição, medicação, roupas, percepcão da imagem corporal, aspectos psicológicos (depressão, ansiedade, dor), atividades de lazer, relacionamentos interpessoais como sexualidade e intimidade, complicacões comuns (dermatite, vazamentos de fezes, mudanças no estoma) e resolução de problemas. Assim como, recursos adicionais como participacão em grupos de estomizados, associacões de suporte oncológico ou doenças inflamatórias (WOCN, 2010).

A Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto e a WOCN (Wound Ostomy, Continence Nurse Society) recomendam que uma enfermeira estomaterapeuta avalie o paciente antes da cirurgia. Esta avaliação e abordagem facilitarão e previnirá muitos dos problemas encontrados no pós-operatório seja na troca dos equipamentos como na adaptação a nova condição. Como apontado anteriormente à demarcação pré-operatória do local da estomia seja pela estomaterapeuta como pelo cirurgião, visa selecionar uma area no abdômen que evite dobra de peles, proeminências ósseas, cicatrizes avaliando o tipo corporal do paciente como obesos ou muito magro, mudanças físicas, destreza manual, campo visual, ocupacão, esportes/atividades de lazer, cintos, tipos de roupas. A enfermeira avalia o abdômen do paciente na posição em pé, sentado e deitado, e demarca o local do estoma recomendado. O paciente e a família também podem começar a aprender sobre os cuidados com a estomia em um ambiente mais descontraído antes da cirurgia (DEITZ; GATES, 2010; WOCN, 2010).

Em relação a mudanças ocorridas após a cirurgia de confecção da estomia, a alimentação do paciente, vinte e nove (55,8%) relataram mudanças na alimentação para tipos como líquidas, sem resíduos, com resíduos e pastosa, e vinte e três (44,2%) não tiveram alterações. A alimentação da família quarenta e seis (88,5%) não tiveram influência para mudanças em relação a dieta do familiar estomizado, e seis (11,5%) ocorreram mudanças.

O ensino do autocuidado quando realizado de maneira sistemática e direcionada também fornece orientacões quanto a alimentação ao paciente e família. Estes pensam que não podem mais consumir determinados tipos de alimentos para o resto de sua vida, por isso o acompanhamento e o ensino são importantes durante o processo de reabilitação.

Existem alguns tipos de alimentos que ajudam o paciente com uma colostomia ou ileostomia a ter uma dieta balanceada, como por exemplo, no pós-operatório mediato querer iniciar uma alimentação com baixo teor de fibras e resíduos e avançar para uma dieta regular. Pode adicionar novos alimentos que contribuirá no controle e ajustes do efluente da estomia. Existem alguns alimentos que podem causar gazes como cerveja, bebidas com gás, brocolis, repolho, feijão, cebola, pepino, couve-flor, produtos lácteos, são susceptíveis de produzir gás. Assim como, o paciente pode ter um aumento nos gazes se engole ar enquanto come ou mastigando chicletes, fumando ou chupando uma bala (ACS, 2013).

Existem alimentos que podem causar odor como peixes, ovos, alho, feijão, queijo, repolho, nabos. Os pacientes sentirão o odor apenas quando forem esvaziar a bolsa coletora, quando ocorre a percepção do odor sem manipulacão dos equipamentos, há falha na fixação deste. Existem alimentos que ajudam as fezes a ficarem mais pastosas como pudim, crème de amendoim, maçã, macarrão, arroz, queijo e pão. Como os pacientes com estomias não tem controle voluntário sobre a eliminação de fezes e gases, educá-los sobre os efeitos de alimentos pode ter sobre os padrões intestinais e incentive-los a consumir uma dieta bem equilibrada (DEITZ; GATES, 2010; ACS, 2013).

Estudos tem identificado que no pós-operatório há mudança na alimentação, como evitar alimentos flatulentos por causarem desconforto abdominal (gases) e diarréia, revelando que o uso da bolsa coletora implica em mudanças nos hábitos

alimentares. Quando há presença de constipação e flatulência, os estomizados não fazem nenhum tipo de alteração nutricional, o que sugere falta de orientação em relação as mudanças na eliminação fecal (ATTOLINI; GALLON, 2010).

O vestuário dos pacientes quarenta e dois (80,8%) sofreram mudanças para roupas tipo largas e mais justas, e dez (19,2%) não ocorreram alterações.

Atualmente as empresas que produzem os equipamentos nos cuidados com a estomia, são produtos feitos com hidrocolóide (pectina, gelatina e carboximetilcelulose sódica). Estes modernos dispositivos possuem maior adesividade a pele, vários tamanhos e modelos que embaixo das roupas não podem ser vistos. Pacientes geralmente pensam que pessoas externas podem ver os dispositivos, isso acontecerá parcialmente se a bolsa coletora estiver acima de sua capacidade média. Existem tipos de roupas intimas espcialmente desenhadas que ajudam, uso de cintos que ajudam a segurar a bolsa coletora, calças de tecido tipo lycra que podem ajudar em períodos de maior atividade (ACS, 2013).

Em relação aos meios de transporte e facilidade de acesso para aquisição de bens de consumo, cinquenta e dois (100%) possuem acesso ao transporte público, e trinta e nove (75%) não possuem isenção no transporte público e treze (25%) possuem isenção, sendo cinquenta e um (98,1%) possuem facilidade de acesso ao transporte público e cinquenta e dois (100%) a bens de consumo como padaria, mercado entre outros.

No Brasil e em certas regiões do país tem se amplo acesso ao transporte público, nem sempre com a qualidade desejada mas que possibilita o deslocamento dos residentes do município. Neste estudo os todos os pacientes possuem fácil acesso ao transporte público e bens de consumo, no entanto, a maioria não possuem isenção no transporte público. Os que possuem isenção são beneficiados devido a idade pois se encaixa dentro do estatuto do idoso, mas não que os direitos do estomizados classificados com deficiência física estão sendo respeitados.

Nacionalmente a pessoa com deficiência física possui alterações completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, com comprometimento da função física como paraplegia, paraparesia, tetraplegia, hemiplegia, hemiparesia, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida (BRASIL, 2004).

O estomizado possui uma deficiência física porque devido a um porcesso patológico anterior teve consequências com alteração no sistema digestório, gerando limitações tanto social como pessoal, com mudanças na manutenção das atividades diárias e o alcance na reabilitação (LENZA, 2011).

A legislação objetivou melhorar a acessibilidade desses pacientes aos serviços oferecidos à comunidade sejam públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, lazer, visando à prevenção de outras deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social e a formação de recursos humanos especializados para atendimento dessa clientela (BRASIL, 2008; LENZA, 2011).

Na busca dos equipamentos trinta e quatro (65,4%) são os familiares como mãe/pai, filhos, nora/genro, esposa/marido que buscam e dezoito (34,6%) são os próprios pacientes.

Os dados obtidos corrobora outros estudos tem trazido a respeito da participacão familiar na reabilitação do estomizado. O familiar cuidador realiza atividades diversificadas Como banho, barba, corte de cabelo, troca e limpeza das bolsas de estomia, curativos, alimentação e a busca dos equipamentos no polo de distribuição do município onde residem. No pós-operatório imediato, as demandas de cuidado são mais intensas, exigindo grande dedicação do familiar cuidador (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009).

O tempo de locomoção até a unidade de saúde mais próxima da residência, quarenta e quatro (84,4%) gastam em torno de 5 a 20 minutos, e oito (15,6%) mais de 21 minutos, e o tempo gasto no deslocamento da residência até o local de aquisição de equipamentos, quarenta e nove (94,3%) gastam de 5 a 30 minutos e três (5,7%) gastam 31 minutos ou mais.

Como apresentado anteriormente, a maioria dos estomizados residem em bairros populares na periferia do município em estudo, e utilizam o meio de transporte público no deslocamento de suas atividades. A empresa de ônibus circular que administra o transporte urbano tem como protocolo que os motoristas façam sua trajetória do bairro de origem até o terminal de ônibus que fica localizado no centro da cidade até em 30 minutos. O deslocamento do terminal de ônibus até a

secretaria de saúde andando onde é realizada apenas a distribuição dos equipamentos leva em torno de 5 a 10 minutos. Assim, os pacientes ou familiares que buscam os equipamentos utilizando o transporte público não gastam mais do que 40 minutos em cada trajeto, totalizando no final 80 minutos. Já a proximidade evidenciada no deslocamento até a unidade de saúde mais próxima acontece porque existem nas periferias unidades de saúde da família que fornecem essa assistência em saúde.

Em relação aos motivos para a não participação no grupo de estomizados, vinte e dois (42,3%) foram compromissos pessoais, dezenove (36,5%) dificuldade em se locomover e dois (3,8%) a distância.

A baixa adesão dos pacientes para a não participação no grupo de estomizados resulta que os encontros eram realizados uma vez ao mês, e organizados pelos membros da ONG Gema Zanini, mas não o era de maneira sistematizada e organizada no cronograma das atividades propostas. Os pacientes não viam objetivos nos encontros que consideravam importante e por isso quando questionados referiam vários motivos como acima identificado, no entanto, outros expressaram com o sinceridade o porque da não participação.

As principais mudanças encontradas na adaptação a nova condição de estomizado no domicílio e diante do problema patológico identificado, quarenta e três (82,7%) não mudaram de residência e nove (17,3%) mudaram, tendo como motivos principais a busca de tratamento em outra cidade e residir com familiares após a nova condição.

Atualmente, muitos pacientes oncológicos residentes em Ourinhos (SP) realizam cirurgias no hospital público da cidade, que tem atendido os municípios pertencentes a UMMES (União de municípios da média Sorocabana) composto de 12 cidades. Muitos pacientes, anteriormente buscavam tratamento na cidade de Jaú (SP), entretanto, com a reestruturação da saúde municipal a assistência tem sido feita na própria cidade e está com previsão em breve da inauguração do ambulatório de oncologia com os tratamentos de quimioterapia e radioterapia vinculado ao sistema único de saúde (SUS). Este ambulatório já está em funcionamento, mas apenas para convênios de saúde particulares. Com isso o número de pacientes que buscam assistência em saúde fora do município tem diminuído, gerando também

economia aos cofres públicos municipais gastos com ambulâncias para o deslocamento destes no seguimento em outras cidades.

Nas atividades domésticas cotidianas, vinte e seis (50%) fazem atividades como limpeza da casa, lavar/passar roupa e vinte e seis (50%) não realizam atividades, onde quarenta e quatro (84,6%) não possuem ajuda nos afazeres como empregada doméstica.

O retorno as atividades cotidianas são fundamentais na reabilitação dos estomizados, assim como a volta ao trabalho e ao estudo. Esse tempo de volta geralmente é de 3 a 6 semanas após a cirurgia, mas que não envolvam trabalho pesado que exijam fisicamente (ACS, 2013).

As atividades sociais após a cirurgia da confecção da estomia que deixaram de realizar, trinta e dois (61,5%) relataram mudanças como fazer caminhada, sair de casa, trabalhar, pescar e vinte (38,5%) não sofreram alterações.

Algumas atividades pelos menos no pós-operatório mediato a tardio devem ser seguidas com precaução como não dirigir na primeira semana após a cirurgia ou enquanto estiver tomando medicação para dor, levantamento de peso pode causar hérnia paraestomal, não levantar nada pesado antes de 6 semanas após a cirurgia. Após este período pode retornar a todas as atividades se o paciente se sentir pronto (ACS, 2013).

Ao nível social, constata-se que existe uma preocupação por parte do estomizado em manter secreta a sua condição. Outros referem afastamento de “amigos” pós-cirurgia, enquanto outros se afastam, por se sentirem “estigmatizadas” nas relações sociais (ACS, 2013; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Estudos tem demonstrado que atividades de lazer também modificam. As consideradas passivas, como cinema, televisão, leituras entre outras, não há alteração. Já as atividades consideradas “ativas” como viajar, realizar algum tipo de esporte, ocorrem alterações. Os principais motivos são insegurança sobre a qualidade dos dispositivos, problemas físicos, dificuldades em higienizar a bolsa coletora, vergonha e medo de problemas gastrintestinais. Cerca de metade dos pacientes não retomam suas atividades de lazer ou retomam apenas parcialmente (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Em relação a rotina familiar, trinta (57,7%) não sofreram mudanças e vinte e dois (42,3%) ocorreram mudanças como a preocupação na troca dos equipamentos, consultas médicas e medicação.

O responsável pelo cuidado, trinta e três (63,5%) não sofreram mudanças na rotina e dezenove (36,5%) sofreram mudanças como diminuição da carga horária de trabalho e parou de trabalhar.

O apoio da família não se limita ao cuidado e apoio com a estomia, mas outros aspectos do viver deste familiar que dizem respeito à manutenção de suas atividades de vida diária como pagamento de contas, realização de compras, acompanhamento de consultas médicas e hospitalizações, aquisição de materiais e medicamentos, busca de orientações para ajudar no cuidado, contratação de profissionais de saúde para o cuidado. O apoio da família ao estomizado é fundamental, sendo determinante para a aceitação da estomia e consequentemente para o seu processo de reabilitação e adaptação (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

6.2 Caracterização dos estomizados

Segunda etapa - Avaliação clínica de estomizados intestinais e urinários

Tabela 3 : Caracterização sociodemográfica dos estomizados intestinais e urinários, participantes da avaliação clínica deste estudo. Ribeirão Preto, 2013.

Variavéis	N=19	%
Idade		
Até 60 anos	7	37,1
Acima de 61 anos	12	62,9
Sexo		
Feminino	9	47,4
Masculino	10	52,6
Raça/Cor		
Branca	13	63,2
Parda	5	26,3
Negra	1	5,3
Ocupação		
Aposentado	12	63,2
Dona de casa	4	21,1
Licença Saúde pelo INSS	3	15,8
Anos de Estudo		
Até 8 anos	13	68,5
Acima de 8 anos	6	31,6
Religião		
Católica	15	78,9
Evangélica	1	5,3
Protestante	2	10,5
Outros	1	5,3
Renda Familiar		
Até 2 salários mínimos	16	84,2
Acima de 2 salários mínimos	3	15,8
Responsável financeiramente pela família		
Sim	11	57,9
Não	8	42,1
Seguimento em Saúde		
Programa Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde	11	57,9
Hospital Público/Privado	8	42,1
História familiar - Patologia		
Sim	1	5,3
Não	18	94,7
Acompanhamento por condição crônica		
Hipertensão arterial	10	52,5
Diabetes Mellitus	2	10,5
Outros	7	37,0

Nesta segunda etapa, realizou-se a avaliação clínica de 19 estomizados intestinais por CCR, procedentes de Ourinhos (Estado de São Paulo), no período de 30 de outubro a 01 de novembro de 2012.

Utilizou-se um instrumento de avaliação clínica elaborado pelas pesquisadoras, com validação pelos membros do Grupo de Pesquisa. Este instrumento é subdividido em seis partes: dados sociodemográficos; clínicos; terapêuticos; curativo e ferida cirúrgica; autocuidado com a estomia e equipamentos; e capacidade para o autocuidado, totalizando 58 questões.

As avaliações clínicas foram agendadas previamente e realizada em um espaço físico adequado para o atendimento dos estomizados.

Na Tabela 2, as características sociodemográficas estão sintetizadas.

Os pacientes que compuseram a etapa deste estudo a idade mínima foi de 28 anos e a máxima 89, sendo a média de 54 anos. A faixa etária foi de doze (62,9%) acima de 61 anos e sete (37,1%) até 60 anos.

Em relação ao sexo dos participantes desta etapa do estudo, 10 (52,6%) homens e nove (47,4%) mulheres, sendo que treze (63,2%) eram brancos e cinco (26,3%) parda.

No estudo de Pittmann et al. (2008) a idade média dos participantes americanos foi de 68 anos, sendo a maioria homem (92%), de cor branca (84%) e aposentados (69%), assim como no de Mitchell et al. (2007) que a maioria era estomizada masculina (94%), de cor branca (84%), com média de 69 anos.

No Brasil, o estudos de Paula, Takahashi e Paula (2009), mostra distribuição mais equitativas entre mulheres estomizadas e homens estomizados, decorrentes de CCR, com média de idade que variou entre 46 anos e 60 anos.

Por outro lado, outros estudos brasileiros verificaram predomínio de mulheres estomizadas em relação ao de homens, com média de idade entre 44 anos e 61 anos (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008; ATTOLINI; GALLON, 2010; STECKERT et al., 2010; RAMOS et al., 2012).

Nos estudos nacionais houve predomínio de mulheres estomizadas por CCR. Somente os estudos de Valadão et al. (2010) e de Santos et al. (2007) corroboram com os estudos norte-americanos com predomínio de estomizados homens, porém com média de idade entre 46 anos e 60 anos.

Atualmente, a população brasileira feminina é de 51% e a incidência de CCR estimada para o ano 2013 é de 15.960 para mulheres e de 14.180 para homens (RAMOS et al., 2012; INCA, 2013).

Em relação à idade, estudos indicam que cerca de 70% das pessoas com CCR, estão na faixa etária entre 40 e 70 anos de idade, contudo 90% dos dos cânceres localizados no cólon e reto, acometem indivíduos com idade superior a 50 anos (ATTOLINI; GALLON, 2010).

A distribuição etária dos estomizados intestinais está em consonância com o aumento do envelhecimento da população brasileira, sendo que pessoas acima de 65 anos representam cerca de 17 milhões de pessoas, o que corresponde aproximadamente a 10% da população do país (IBGE, 2010).

Há predomínio de estomizados intestinais, entre 58 e 78 anos, pois esta faixa etária constitui fator de risco para o aparecimento de neoplasias e de outras condições crônicas, e em geral resultam em confecção de estomia por comprometimento clínico por tratamentos prévios, para diminuir o tempo do processo anestésico-cirúrgico e prevenir complicações pós-operatórias (RAMOS et al., 2012).

Os resultados deste estudo corroboram a literatura científica, contudo atenção especial deve ser dada às doenças inflamatórias, que representam fatores de risco para malignização do processo inflamatório (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Nos estudos de revisão de literatura encontrados sobre a temática predominou a raça branca, pois foram desenvolvidos nos Estados Unidos. Nosso estudo foi desenvolvido em município, que foi colonizado por imigrantes europeus e asiáticos no início do século XX, devido à construção da Estrada de Ferro Sorocabana e assim houve predomínio de brancos.

Do total de 19 estomizados intestinais, 12 (63,2%) eram aposentados e sete (36,9%) eram dona de casa ou em licença-saúde pelo INSS.

Pesquisas trazem que a maioria dos pacientes estomizados quando composta por aposentados, do lar ou licença pelo INSS do vinculo empregatício, tem dificuldade de se reintegrar ao trabalho novamente. Os que possuem vínculo

empregatício, preferem se aposentar e se afastam em definitivo das atividades laborais, e os desempregados não conseguem se inserir no mercado formal de trabalho devido a condição de estomizado (STUMM, OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2009; PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009).

Entretanto, outro dado relevante encontrado foi a existência de uma parcela considerável de pessoas jovens na condição de estomizado, tendo principais causas as doenças inflamatórias do intestino, ferimentos por arma branca e fogo. Estes são economicamente ativos o que pode gerar prejuízos nas atividades laborais, além de onerar a máquina previdenciária e impactar em questões sociais como em atividades de lazer e até a sexualidade (RAMOS et al, 2012).

Do total de 19 estomizados intestinais, 13 (68,5%) estudaram até 8 anos e seis (31,6%) acima de 8 anos.

Em estudos realizados em território norte-americano, a população de estomizado tinha mais do que 8 anos de estudo, correspondendo a 82% dos participantes (MITCHELL et al., 2007).

No Brasil, estudos nacionais nos trouxeram dados diferenciados a nível educacional dos estomizados, sendo 60% dos participantes da pesquisa tinham menos do 8 anos de estudo, o que corresponderia atualmente ao ensino fundamental (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009; STUMM, OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2009; RAMOS et al., 2012).

As causas desses indices baixos de nível educacional entre os estomizados relacionam-se à diminuição do nível socioeconômico e cultural também, quando relacionados a casos de estomias tendo como base as neoplasias intestinais. A deficiência de conhecimento sobre a necessidade de realizar exames de rotina para detecção precoce do câncer e sua prevenção, denotando a importância da atuação da equipe de saúde na educação da população (STUMM, OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2009; ATTOLINI; GALLON, 2010).

A religião quinze (78,9%) são católicos e quatro (21,1%) estão entre evangélicos, protestantes tradicionais e outros.

O indice maior de estomizados que são cristãos independente se católicos ou protestantes, reflete o processo de formação e identidade do país colonizados por europeus em sua maioria católicos. Já em estudos americanos a religião

predominante é a cristã mas de cunho prostestante, pois a fundação e formação daquele território se deu por cristãos protestantes, afirmando os dados encontrados em relação a religião dos pacientes (MITCHELL et al, 2007; PITTMAN et al., 2008).

Na renda familiar dezesseis (84,2%) possuem até 2 salários mínimos e três (15,8%) acima de 2 salários mínimos.

Em relação a responsabilidade financeira pela família, onze (57,9%) são responsáveis e oito (42,1%) não.

Pesquisas nacionais tem abordado que as alterações conseqüente da cirurgia que resultam na confecção da estomia, provoca mudanças no papel e status social da pessoa, na família e sociedade. No retorno as atividade laborais tem encontrado dificuldades de reinserção devida à perda ou limitação da capacidade produtiva percebida pelo paciente. O uso da bolsa de coletora representa uma mutilação corporal sofrida, o que representa para a pessoa uma perda da capacidade produtiva. Muitas vezes, o estomizado incorpora o estigma social e tem dificuldades de aceitação de sua condição e com o processo de adaptação (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

No seguimento em saúde, onze (57,9%) realiza no programa saúde da família/unidade básica de saúde e oito (42,1%) em hospital público/privado.

Sobre a história familiar de mesma patologia, dezoito (94,7%) não possuem. Em relação ao acompanhamento por condição crônica, dez (52,5%) realiza por hipertensão arterial e nove (47,5%) entre diabetes mellitus e outros.

O acompanhamento em saúde reflete o maior acesso que os pacientes possuem na atenção primária, no caso do município são as unidades de saúde da família e básica presentes nos bairros populares, seja para consultas médicas em clínicos gerais, curativos e outras necessidades apresentadas durante o período de recuperação e reablitação.

Sobre a história familiar de mesma patologia, dezoito (94,7%) não possuem. Analisando os dados obtidos verificamos que a maioria dos pacientes não possuem a predisposição genética como via primária para o desenvolvimento de doenças intestinais, o que nos leva a indagar sobre fatores congênitos e/ou estilo de vida desses pacientes. Questões como alimentação associada ao estilo de vida e o acesso as informações de prevenção para a realização de exames são importantes

na detecção precoce de doenças intestinais (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; ATTOLINI; GALLON, 2010).

Em relação ao acompanhamento por condição crônica, dez (52,5%) realiza por hipertensão arterial e nove (47,5%) entre diabetes mellitus e outros.

Ao avaliarmos esses pacientes, verificamos que a condição de estomizado não deve ser o único foco da assistência. Quando apresenta processo neoplásico, o paciente já está com uma condição clínica debilitada. Ou seja, o diagnóstico da doença, a cirurgia, a estomia, tratamentos adjuvantes quando necessários como quimioterapia, que doenças de base como diabetes mellitus e hipertensão arterial ficam muitas vezes relegados como menos preocupantes. Dados da sociedade brasileira de diabetes e de hipertensos, indicam que atualmente são 12 milhões de diabéticos no país, e 17 milhões de hipertensos. Esses estomizados, independente de qual processo patológico, que resultou na confecção da estomia, necessita de atenção para as condições crônicas associadas, pois uma descompensação da hipertensão ou diabetes associado ao estado clínico geral pode agravar o estado de saúde do paciente. O tratamento, realizado pelos profissionais de saúde, deve ser crítico e com conhecimento aprofundado da fisiopatologia da doença, e não focalizar somente a troca dos equipamentos, pois na realidade brasileira os profissionais de saúde ainda não tem se apropriado de conhecimento específico para ensinar o autocuidado ao paciente e família (SBD; SBH, 2013).

Tabela 4 : Dados clínicos e terapêuticos dos estomizados intestinais e urinários, participantes da avaliação clínica da estomia e uso de equipamentos deste estudo. Ribeirão Preto, 2013.

Variavéis	N=19	%
Peso		
Até 65 kg	9	47,0
Acima de 66 kg	10	53,0
Altura		
Acima de 1 metro e 30 cm	19	100
IMC		
De 18 a 24	7	36,9
Acima de 25	12	63,1
Diagnóstico		
Câncer Colorretal	9	47,9
Outras patologias	10	52,1
Cirurgias Prévias		
Sim	1	5,3
Não	18	94,7
Recidiva da doença		
Não	19	100
Estadiamento oncológico		
Inicial	10	52,7
Avançado	1	5,3
Outras patologias	8	42,0
Quimioterapia Antineoplásica		
Sim	5	26,3
Não	14	73,7
Radioterapia		
Sim	5	26,3
Não	14	73,7
Terapêutica Oncológica		
Neoadjuvante	2	10,5
Neo e adjuvante	4	21,1
Nenhuma	13	68,4
Cirurgia realizada		
Retossigmoidectomia	3	15,8
Amputacão Abdominoperineal	5	26,1
Colectomia parcial	9	47,8
Outros	2	10,3
Tempo de Estomia		
Até 1 ano	11	58,0
Acima de 1 ano	8	42,0
Tipo de Estomia		
Colostomia	16	84,2
Ileostomia	1	5,3
Urostomia	2	10,5

Localização do Estoma		
Quadrante inferior esquerdo	15	78,9
Quadrante inferior direito	4	21,1
Diâmetro do Estoma		
Até 32 mm	13	68,6
Acima de 33 mm	6	31,4
Protusão do Estoma		
Até 15 mm	15	79,0
Acima de 16 mm	4	21,0
Características do Estoma		
Maturado	19	100
Formato do Estoma		
Arredondado	12	63,3
Irregular	1	5,3
Ovalado	6	31,6
Nível do Estoma		
Nivelado	17	89,5
Retraído	2	10,5
Pele Periestoma		
Íntegra	18	94,7
Ulcerada	1	5,3
Efluente		
Líquido	3	15,8
Pastoso	16	84,2
Equipamento em Uso		
Drenável peça única	2	10,5
Drenável 2 peças	17	89,5
Base		
Plana	16	84,2
Convexa	3	15,8
Tipo de Base		
Pré-cortada	2	10,5
Recortável	17	89,5
Diâmetro da Base		
45 mm	13	68,4
57 mm	6	31,6
Adjuvantes		
Cinto	5	26,3
Pasta de resina sintética	14	73,7
Frequência da troca dos equipamentos		
Até 3 vezes na semana	18	94,8
Acima de 4 vezes	1	5,2
Equipamentos recebidos		
10 bolsas coletoras	19	100
Fornecimento suficiente		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3

As variáveis relacionadas ao peso, dez (53%) estão acima de 66 kg e nove (47%) até 65 kg, sendo o índice de massa corporal (IMC) doze (63,1%) estão acima de 25 e sete (36,9%) de 18 a 24, já a altura dezenove (100%) estão acima de 1 metro e 30 cm.

Frente aos dados obtidos a maioria dos pacientes encontram com IMC acima de 25, são classificados como acima do peso e o restante até 24 estão dentro do peso normal. Uma atenção a esses pacientes com avaliação nutricional é necessária para direcionar uma alimentação balanceada porque a maioria estão acima do peso recomendado.

Alguns estudos tem demonstrado que o sobrepeso e a obesidade tem correlação com o risco de desenvolvimento de diversos tipos de cancer. Uma dieta ampla com consumo de frutas, hortaliças e fibras, baixo consumo de alguns tipos de gordura e ingestão caloric controlada, atividade física regular, contribui para o risco reduzido de diversos tipos de câncer, em especial o colorretal. Quanto maior o IMC pior tem sido a qualidade de vida dos estomizados, pois o sobrepeso e a obesidade tem maiores risco de doenças cardiovasculares. Esses dados corrobora com os achados anteriores de que a maioria dos pacientes possuem doenças de bases como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (ATTOLINI; GALLON, 2010; SBD; SBH, 2013).

Em relação ao diagnóstico da doença, dez (52,1%) estão relacionados a doenças como diverticulite, megacólon chagásico, doença de crohn e câncer de bexiga; e nove (47,9%) ao câncer colorretal.

Frente os dados obtidos, as principais causas que podem resultar em estomias as doenças inflamatórias são as mais frequentes, seguido pelo CCR, em porcentagem considerável levando em conta os participantes desta etapa do estudo.

Doenças como diverticulite provém da conhecida doença diverticular do cólon ou intestino grosso. É caracterizada pela presença de diverticulos na parede do cólon que podem causar sintomas ou não. Os divertículos constituem estruturas saculares em fundo cego que se formam na parede do intestino ao longo da vida de um individuo. A diverticulite é o processo inflamatório agudo ou crônico nos diverticulos, associado ou não as complicações. As principais complicações da diverticulite que podem resultar na confecção do estoma são as perfurações,

fístulas, obstrução intestinal e estenose ureteral (ROCHA, 2011; MATOS et al., 2004).

O megacólon chagásico ou dilatação do cólon com alteração dos plexos nervosos do sistema nervoso autônomo intramural do cólon ocasionado pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, é uma doença endêmica no Brasil e em outros países da américa latina (ROCHA, 2011; MATOS et al., 2004).

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode acometer qualquer segmento do trato gastrintestinal, tende a ser progressiva e a maioria dos pacientes necessita de tratamento cirurgico durante sua evolução. A cirurgia não promoverá a cura da doença e sim pretende corrigir complicações ou melhorar o estado geral quando o tratamento clínico é ineficaz (MATOS et al., 2004).

A neoplasia de bexiga encontrada nesse estudo corresponde a um percentual pequeno, pois existem três tipos de neoplasias que se desenvolvem por meio de células que revestem a bexiga. A classificação se dá de acordo com as células que sofrem a alteração maligna, sendo o carcinoma de células de transição representa a maioria dos casos e começa nas células do tecido mais interno da bexiga; Carcinoma de células escamosas afetam as células delgadas e planas que podem surgir na bexiga depois de infecção ou irritações prolongadas; e o Adenocarcinoma se inicia nas células glandulares (de secreção) que podem se formar na bexiga depois de um longo tempo de irritação ou inflamação. Quando o desenvolvimento da neoplasia se limita ao tecido de revestimento da bexiga é conhecido como superficial. O câncer que começa nas células de transição pode se disseminar através do revestimento da bexiga, invadir a parede muscular e disseminar até os órgãos próximos ou por meio dos linfonodos, provocando metástase a distância. No ano de 2012 estimou-se 8.900 novos casos de cancer de bexiga, sendo 6.210 em homens e 2.690 em mulheres (INCA, 2013; MATOS et al., 2004).

O CCR pode estar localizado em três partes sendo neoplasia de cólon, reto e canal anal. A neoplasia de cólon seu principal sintoma diagnóstico é a alteração do hábito intestinal, com podem ter quadros de diarréia ou constipação intestinal. Há quadros clínicos, característicos de determinadas localizações, como em tumores de cólon direito cuja sintomatologia são diarreia, anemia e massa abdominal palpável; cólon esquerdo referem constipação intestinal, sangramento, emagrecimento. Na

neoplasia retal o sintoma mais evidente é a alteração do hábito intestinal de forma a deixar o paciente mais obstipado, podendo ocorrer cólicas abdominais. Sangramento de pequeno volume, tenesmo é um sintoma caracteristico, dor. Já a neoplasia de canal anal o diagnóstico diferencial é a fissura anal crônica, pois a dor tipica da fissura após a evacuação pode apresentar nas lesões de fase inicial, mas com o crescimento da lesão a dor torna-se contínua. O sangramento retal, prurido anal, secreção mucosa, tenesmo, sensação de protuberância ou nodulação anal (massa anal), alteração do hábito intestinal, perda de peso também são sintomas que ocorrem nas neoplasias de canal anal (ROCHA, 2011; MATOS et al., 2004; SANTOS JR, 2007; PARRA et al., 2007).

Outros estudos sobre os sintomas comuns de CCR corroboram com os dados explicitados como dor abdominal, obstrução intestinal, emagrecimento, sangramento, anemia, perfuração e fístula. Em relação aos pacientes com tumores de cólon direito, os sintomas mais comuns prevalentes são emagrecimento, dor, obstrução e anemia. Nos pacientes com tumores de cólon esquerdo e sigmóide ocorem dor, obstrução, emagrecimento, sangramento e anemia. Nos pacientes com tumores de reto os sintomas são sangramento, obstrução, dor, emagrecimento e perfuração (VALADÃO et al., 2010).

Existem estudos que trazem dados de que o câncer do canal anal corresponde a 4% de todas as neoplasias malignas do trato digestivo baixo e tem, entre as principais causas entre os fatores etiológicos o vírus do papiloma humano (HPV), associado fortemente com as doenças sexualmente transmissíveis. Esses tumores podem ser curados com a associação de radioterapia e quimioterapia, diferente do que ocorreu no passado, quando a terapêutica era feita por meio da amputação do ânus e reto deixando o paciente com colostomia definitiva (SANTOS JR, 2007).

Os tumores do canal anal são mais comuns em mulheres e em homens homossexuais, onde estudos abordaram que a história de lesão verrucosa perianal aparece em 50% dos homens homossexuais que desenvolveram câncer anal, e em somente 20% das mulheres e homens não homossexuais. Podem ocorrem em

qualquer faixa etária, mas são mais comuns na sexta e sétima décadas de vida (PARRA et al., 2007; SANTOS JR, 2007).

Os fatores de riscos para o câncer anal são a infecção viral (condiloma anal), coito anal, história de doenças sexualmente transmissíveis, promiscuidade, história de câncer cervical, vulvar ou vaginal, imunossupressão após transplante de órgãos (SANTOS JR, 2007; PARRA et al., 2007).

Nessa linha de pensamento, o câncer continua a ser uma das doenças mais temidas do nosso tempo, isso resulta do significado atribuído ao câncer, como idéia de algo que destrói a vitalidade, incerteza de cura, a possibilidade de morte, aliada a um grande sofrimento, que podem ser associados à punição e ao castigo. Assim, o cuidado com a pessoa com cancer colorretal que necessitará na confecção do estoma, deve se iniciar quando o diagnóstico é revelado, pois o impacto será duplo, a estomia e o cancer (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Nesse sentido, as formas de detecção precoce do CCR está na realização de exames endoscópicos como a colonoscopia, assim como a ligação entre dieta e câncer está bem estabelecida, e estima-se que fatores de nutrição e estilo de vida sejam determinantes em um terço de todos os casos de câncer. A nutrição por meio do uso de alimentos específicos como parte de uma dieta controlada, é uma forma não invasiva de redução de risco (ATTOLINI; GALLON, 2010).

Por outro lado, a maioria dos pacientes não tem acesso com facilidade à ambulatórios de coloproctologia e a realização da colonoscopia, levando ao diagnóstico retardado por essas dificuldades. O baixo nível sócioeconômico dos pacientes e ao déficit de conhecimento sobre as medidas preventivas e de detecção precoce dificulta a procura dos serviços em saúde com o surgimento dos primeiros sintomas. A alta taxa de mortalidade e o alto índice de recidiva indicam que tais lesões foram diagnosticadas tardiamente, com menor resposta ao tratamento de radioterapia, quimioterapia e cirurgia (RAMOS et al., 2012; PARRA et al., 2007; VALADÃO et al., 2010).

As recomendações para o rastreamento de CCR na população não são

uniformes, leva em consideração o risco de um indivíduo desenvolvê-lo. São divididos em baixo, intermediário, aumentado e alto risco. Para os pacientes de baixo risco não é recomendado nenhum método de rastreio. Para os pacientes de risco médio, o rastreamento é feito a partir dos 50 anos com análise anual de sangue oculto na fezes e caso der positivo, deve realizar a colonoscopia; Pacientes de risco aumentado e alto risco devem ser submetidos a colonoscopia em intervalos menores do que 10 anos (RAMOS et al, 2012; PARRA et al, 2007; VALADÃO et al., 2010).

Sobre a presença de cirurgia prévias, dezoito (94,7%) não realizaram, e dezenove (100%) não possuem recidiva da doença.

No estadiamento oncológico, dez (57,2%) eram estágio inicial, um (5,3%) avançado e oito (42%) eram outras patologias.

Observa-se nos dados encontrados, que mais de 50% dos pacientes estavam no estadiamento oncológico inicial, o que pode proprocionar um tempo de sobrevida em torno de 5 anos. O estadiamento oncológico obedece aos critérios estabelecidos pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) e a Union for International Control of Cancer (UICC), que o divide segundo as categorias T (extensão do tumor primário), N (ausência ou presença e extensão de metástases linfonodais regionais) e M (presença ou ausência de metástases à distância (LUCENA et al., 2009).

Dentro dessa classificação, a invasão do tumor na parede do intestino, comprometimento do linfonodos e a presença de metástases a distância podem ser ordenados em T (tumor), N (linfonodos), M (metástase). Assim, a classificação T1 corresponde a invasão da submucosa, T2 invasão da muscular própria, T3 invasão de subserosa e de gordura pericólica, T4 invasão de estruturas adjacentes. Em relação ao comprometimento de linfonodos, N0 sem comprometimento, N1 de um a três linfonodos comprometidos, N2 de quatro ou mais linfonodos comprometidos, N3 qualquer linfonodo ao longos dos vasos. Já as metástases a distância, M0 sem evidência, M1 presenca de metástases a distância (MATOS et al., 2004; ROCHA, 2011; LUCENA et al., 2009).

O diagnostico do câncer em fase inicial proporciona melhores chances de cura e sobrevivência desses pacientes estão associados à radioterapia, a

quimioterapia antineoplásica e a cirurgia. Os tumors, menores que dois centímetros e os bem diferenciados, possuem melhor prognóstico (LUCENA et al., 2009).

Nas formas de tratamentos apenas cinco (26,3%) realizam quimioterapia antineoplásica e radioterapia, sendo na terapêutica oncológica quatro (21,1%) realizaram neoadjuvância e adjuvância, dois (10,5%) somente neoadjuvância e treze (68,4%) não realizou nenhuma terapêutica oncológica.

A quimioterapia antineoplásica é a utilização de agentes químicos isolados ou em associação, com o objetivo de tratar tumores malignos, e tem se tornado uma das mais importantes e promissoras formas de combater o câncer. E um tipo de tratamento sistêmico da doença que contrasta coma cirurgia e radioterapia. Pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, extensão da doença e da condição física do paciente (BONASSA; GATO, 2012; LUCENA et al., 2009).

Quando empregada, antes da cirurgia, tem como objetivo a avaliação da resposta ao antineoplásico e redução do tumor, que pode resultar em cirurgias mais conservadoras, é a chamada quimioterapia neoadjuvante. A utilização de quimioterápicos após a cirurgia para promover a erradicação de micrometástases, é conhecida como quimioterapia adjuvante (BONASSA; GATO, 2012; LUCENA et al.; 2009).

O mecanismo de ação dos quimioterápicos consiste em atuar em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão. São tóxicos a tecidos de rápida proliferação caracterizada por uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos. Os Quimioterápicos mais comumente utilizados no tratamento de câncer colorretal são 5-Fluorouracil e cisplatina (BONASSA; GATO, 2012; LUCENA et al., 2009).

A radioterapia é um método que visa destruir células tumorais por meio de feixes de radiações ionizantes. Uma dose, pré-calculada de radiação é aplicada, em determinado tempo, volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, as quais farão a regeneração da área irradiada. A resposta do tecido ao tratamento com as radiações depende de vários fatores como a sensibilidade do tumor à radiação, sua localização e oxigenação, da mesma forma da qualidade e a

quantidade da radiação e o tempo total em que é administrada (INCA, 2013; PINHO, 2007).

Nesse sentido, alguns estudos tem abordado a associação da quimioterapia antineoplásica e a radioterapia em pacientes com câncer colorretal, tanto nas terapias neoadjuvantes quanto adjuvantes.

Bons resultados tem sido obtidos através da associação da quimioterapia à radioterapia, e isto motivou o surgimento da terapia neoadjuvante para o tratamento do câncer colorretal, com sua aplicação no período pré-operatório com objetivos de promover redução do tamanho do tumor possibilitando melhores condições de ressecabilidade e preservação esfincteriana (PINHO, 2007).

Corroborando o estudo citado, a radioterapia associada promove redução do tamanho tumoral, penetração e comprometimento lifonodal, assim como a terapia neoadjuvante também reduz os índices de recidiva local (MELANI; CAMPOS, 2006).

A radioterapia apresenta algumas complicações que podem ser a nível epitelial divididos em grau 1 como eritema discreto ou folicular, descamação seca, diminuição da sudorese; grau 2 eritema doloroso ou forte, descamação úmida, edema moderado; grau 3 descamação úmida, edema importante; grau 4 ulceração, hemorragia e necrose. Assim, como alteracões gastrintestinais baixas como desconforto retal, diarréia requerendo medicação, distensão abdominal, obstrução aguda, fistula retovaginal ou perfuração, sangramento, anemia, cistite, tenesmo necessitando de descompressão, (LUCENA et al., 2009).

Dessa forma, outras pesquisas aborda a preocupação de que o uso da radioterapia é acompanhada de efeitos colaterais nocivos. Pois o maior emprego da radioterapia pélvica, a crescente incidência de lesões actínicas agudas ou crônicas, retais, vesicais e para outros órgãos pélvicos, não somente pelas mucosites como pelas perturbações funcionais do organismo, desde atividade erétil, a continência vesical ou retal, por lesão direta sobre os esfíncteres ou pelas radioneurites envolvendo os plexos e nervos sacrais (SANTOS JR, 2006).

Em relação a cirurgia realizada, nove (47,8%) foi colectomia parcial, cinco (26,1%) amputação abdominoperineal, três (15,8%) retossigmoidectomia e dois (10,3%) outros tipos.

De acordo com estes dados, há uma parcela significativa de estomizados que realizaram colectomia. Os tumores de cólon direito é realizado excisando em sua maioria todo o cólon com anastomose ileo-transverso. Os tumores de cólon esquerdo também é seccionado assim como os segmentos cólicos correspondentes. Tumores da junção retossigmóide realiza-se a retossigmoidectomia abdominal ou cirurgia de Hartmann ressecção de segmento colônico sem anastomose primária, com fechamento do coto distal e abertura de colostomia proximal ao segmento ressecado. Em tumores localizados a direita e a esquerda do colon, realiza-se colectomia total com ileorretoanastomose terminoterminal. Nesse tipo de cirurgia as derivações intestinais ou colostomia/ileostomia pode ser temporárias com possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal (MATOS et al., 2004; WU, 2012).

A amputação abdominoperineal do reto ou cirurgia de Miles é a retirada de todo o reto, canal anal, esfincteres anais, grande parte dos musculos elevadores do ânus, gordura da fossa isquiorretal, todo sigmóide e o mesocolo. Essa modalidade cirúrgica são para neoplasias de reto médio, baixo e canal anal, onde a preservação esfincteriana é dificil devido a condição da alta infiltração e estágio avançado do tumor. Pacientes que apresentam esse tipo de neoplasia é realizada a derivação terminal, ou seja, a pessoa ficará com uma colostomia permanente (MATOS et al., 2004; WU, 2012; SANTOS JR, 2006).

Quanto ao tempo de estomia, onze (58%) é até 1 ano e oito (42%) acima de 1 ano. O tempo de estomizado da maioria é até um ano, o que corresponde um número maior de pessoas que estão sendo submetidas a cirurgias intestinais que tem resultado na confecção da estomia nesse município em estudo. Pesquisas tem trazido resultados diferentes do encontrado, sendo (26,7%) convivem com o estoma de dois a cinco anos, (13,3%) de seis a 10 anos, (26,7%) de 11 a 15 anos, (13,3%) de 16 a 20 anos e (20%) há 21 anos ou mais (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009).

No tipo de estomia, dezesseis (84,2%) possui colostomia, um (5,3%) ileostomia e dois (10,5%) urostomia.

Observa-se um predomínio das colostomias, evidenciando maiores problemas no intestino grosso e/ou possibilidades de derivações neste órgão. A colostomia é o resultado de um procedimento, temporário ou permanente que permite a derivação das fezes pelo estabelecimento entee o cólon e a pele. A realização de uma

colostomia temporária está indicada no tratamento de atresia anal, fístulas retovesical, retouretral e retovaginal, doença de Hirschsprung, sepse anorretal, obstrução, em casos de perfuração ou trauma de cólon esquerdo e na proteção de anastomoses colorretais distais. Em casos de câncer de reto baixo ou canal anal realizados ressecção abdomino perineal, considerado inadequado para restauração do trânsito intestinal, ressecção anorretal decorrente de trauma, defeitos congênitos ou sepse anorretal grave e em casos de incontinência fecal, é realizado a colostomia permanente (MATOS et al., 2004; GAROFALO, 2012).

Antes da cirurgia, o cirurgião deveria manter uma discussão franca com o paciente considerando a possibilidade ou certeza de uma colostomia. Para muito pacientes a colostomia permanente é inaceitável, mas a maioria compreende quando a falta de alternativas é explicada para eles. Ao discutir a colostomia com o paciente, é importante explicar como será feita, os cuidados necessários, e as potenciais complicacões a longo prazo. O mais importante, é que o paciente precisa compreender que a colostomia é uma mudança em sua vida e não o fim dela, por isso a importância da enfermeira estomaterapeuta no ensino do autocuidado, assim como exerce papel essencial na demarcação pré-operatória da colostomia permamente (GAROFALO, 2012).

A ileostomia é mais comumentemente indicada em doença inflamatória do intestino como doença de crohn ou retocolite ulcerativa inespecífica, que podem em determinada fase da doença exteriorizar o ileo em forma de alça ou terminal. Esta condição artificial funcional pode interferir na qualidade de vida, por isso tem sido indicado em caráter temporário, mas a ileostomia pode ser definitiva quando ocorre ressecções colorretais seja doença neoplásica maligna como nas doenças inflamatórias onde todo o cólon foi retirado (MATOS et al., 2004; STOCCHI, 2012).

Existem alguns estudos que abordam acerca do tempo de reversão da estomia em casos quando é tempoária, e os fatores que podem influenciar.

E prática cirúrgica comum fechar um estoma temporário após 8 semanas de sua confecção, e existem quatro fatores principais que podem influenciar no tempo de fechamento do estoma como idade acima de 70 anos, a necessidade de tratamento do cancer com terapia adjuvante como a quimioterapia, complicações cirúrgicas no pós-operatório associados com a criação do estoma, e tipo do estoma.

Quando o paciente necessita de um tratamento oncológico o periodo de tempo de demora na reversão da estomia é de 6 meses ou mais após a cirurgia inicial (TAYLOR, VARMA, 2011).

Assim, como outros estudos referem que a colostomia e ileostomia podem trazer algumas complicações também que são classificados como estomal ou peristomal. As complicações mais comuns podem incluir dermatite irritante periestomal, dor associada com a localização do estoma, hemorragia, necrose, prolapso, estenose, a descolamento mucocutâneo, hérnia, infecção e retração. Encontrou-se que 10% a 70% de todos os pacientes com uma estomia irá desenvolver uma ou mais complicações do estoma ou pele periestoma. Cerca de 71% dos pacientes com ileostomia e 43% dos pacientes com uma colostomia experimentaram complicações do estoma (PITTMAN et al., 2008).

No Brasil, há dados exatos do número de estomizados nos país, levando a refletir na implantação de sistemas de registros com sistemático controle dos dados, já que o mesmo gera informações para o centro de saúde nacional na transferência de verbas para a compra dos equipamentos.

Nos Estados Unidos da América, existem cerca de 800 mil pessoas com estomas registrados no sistema de saúde nacional e 1 milhão quando incluso o Canadá. Aproximadamente, as 100 mil estomias são realizadas por ano e desses cerca de 1100 são estomas permanentes (DEITZ; GATES, 2010; MITCHELL et al., 2007).

Na localização do estoma, quinze (78,9%) no quadrante inferior esquerdo e quatro (21,1%) no quadrante inferior direito. No diâmetro do estoma, treze (68,6%) é até 32 mm e seis (31,4%) acima de 33 mm; e na protusão do estoma, quinze (79%) até 15 mm e quatro (21%) acima de 16 mm.

Os estomas quando são criados existem locais indicados, no caso da ileostomia uma construção adequada é essencial para administrar o efluente potencialmente corrosivo que sai da ileostomia, e deve ser apropriadamente planejado e selecionado no pré-operatório. A localização adequada da ileostomia na parede abdominal é o quadrante inferior direito sobre o músculo reto abdominal, é ideal porque é próximo a cicatriz umbilical, livre de pregas e proeminências ósseas. E particularmente importante evitar as pregas porque podem causar descolamento

dos equipamentos na pele quando o paciente fica na posição sentado, assim como a estomia em superficies irregulares da pele pode ser impossível manter uma adesividade efetiva entre o equipamento e a pele, levando a infiltração de fezes e descolamento do equipamento (STOCCHI, 2012).

Há vários fatores a considerar na demarcação pré-operatória de um estoma, estes incluem a profissão do paciente, estilo de roupa, linha do cinto, fexibilidade, contorno da parede abdominal nas posições em pé, sentado e deitado, assim como problemas físicos, localização prévia de cicatrizes abdominais, proeminências ósseas e a circunferência do abdomen. As colostomias a esquerda são indicadas sua confecção no quadrante inferior esquerdo sobre o musculo reto abdominal, onde o paciente possa visualizar e colocar facilmente os equipamentos, assim como evitar riscos de herniação (GAROFALO, 2012).

As características do estoma, dezenove (100%) apresentavam maturados; e no formato doze (63,3%) era arredondado, seis (31,6%) ovalado e um (5,3%) irregular.

No período pós-operatório imediato, o estoma deve estar edemaciado, rosa escuro a vermelho e úmido. Um estoma pálido pode indicar anemia, e um estoma escuro ou roxo-azul pode indicar isquemia. O estoma pode ser redondo, oval, ou um pouco irregular. A maioria das mudanças no tamanho e forma ocorrem durante as primeiras 6 a 8 semanas, sendo então necessário ajustar o tamanho do equipamento utilizado frequentemente durante este tempo (DEITZ; GATES, 2010).

No nível do estoma, dezessete (89,5%) era nivelado e dois (10,5%) retraído; já a pele periestoma dezoito (94,7%) estava íntegra.

O grau de protusão de um estoma da parede abdominal ajudará a determinar o tipo mais adequado do equipamento a ser utilizado. Uma protusão moderada do estoma cerca de 1 a 3 cm, com a abertura no centro é considerado ideal, pois as fezes flui facilmente para dentro da bolsa coletora. A manutenção da vedação pode ser desafiador quando o estoma é nivelado com a pele ou retraído (abaixo do nível da pele). Assim como, um estoma longa protusão pode ser psicologicamente ofensivo para o paciente e pode ser difícil de disfarçar sobre a roupa. Um estoma com protusão maior também é vulnerável a lesões traumáticas, laceração ou danos

de ser dobrado ou curvado nos equipamentos (DEITZ; GATES, 2010; PITTMAN et al., 2008).

Já em relação a integridade da pele periestoma evidenciados nos dados obtidos, estudos tem colocado a existência de várias complicações que os estomizados pode estar susceptivéis. Estudos afirmam que a idade, tipo do estoma (ileostomia ou colostomia), sua configuração (terminal, em alça), podem influenciar negativamente nas complicações estomais, mas a demarcação pré-operatória pela enfermeira estomaterapeuta influencia positivamente nas complicações do estoma apresentadas. Da mesma forma, que os pacientes que foram submetidos ao ensino do autocuidado e demarcação no pré-operatório em relação aos que não foram, concluem que há redução nas complicações no pós-operatório (PITTMAN et al., 2008).

As complicações cirúrgicas na criação do estoma podem ser ambas estomal e periestomal, são significante problemas para muitos individuos. As complicações de estoma como hérnia paraestomal, prolapso, necrose, descolamento mucocutâneo, retração, estenose, fistula e trauma. As complicações periestomais foram definidas como varizes periestomais (caput medusa no idioma inglês), candídiase, foliculite, hyperplasia (lesões pseudoverrucosas), pyoderma gangrenoso, granulomas, dermatite alérgica ou irritativa e trauma (WOCN, 2010; PITTMAN et al., 2008).

As complicações podem ser agrupadas em precoces, definida aquelas que ocorrem em menos do que 30 dias após a cirurgia, e tardias que ocorrem após 30 dias da cirurgia. Complicações precoces identificadas nos estudos são irritação da pele, dor e necrose, já as tardias foram irritação da pele, prolapse e estenose. Algumas complicações podem ocorrer em qualquer periodo, seja precoce como tardia (WOCN, 2010; DEITZ; GATES, 2010).

Estudos apontam que os principais problemas relacionados com a pele periestoma é a dermatite por contato com o efluente com a pele, o trauma mecânico para remoção dos equipamentos e alergia são os principais problemas identificados (NAZARKO, 2007; PITTMAN et al., 2008).

Em relação ao tipo de efluente, dezesseis (84,2%) era pastoso e três (15,8%) líquido. No tipo de equipamento em uso, dezessete (89,5%) era drenável de 2 peças e dois (10,5%) drenável de peça única; no tipo de base dezesseis (84,2%) era plana

e três (15,8%) convexa. O tipo de base, dezessete (89,5%) recortável e dois (10,5%) pré-cortada; sendo o diâmetro da base, treze (68,4%) de 45 mm e seis (31,6%) de 57 mm.

O tipo de efluente, as ileostomias são fezes liquidas e as colostomias são fezes formadas ou semi-formadas. A absorção da água das fezes que derivam do intestino delgado são absorvidas ao longo do intestino grosso, e as mesmas são menos ácidas durante o trajeto de absorção. O efuente da ileostomia é liquido e contém muitas enzimas digestivas, e a colostomia são fezes não ácida e consistentes (NAZARKO, 2007; PITTMAN et al., 2008).

Em relação aos tipos de equipamentos, as condições básicas do sistema deve ser previsivel e confiavel no tempo de uso. Deve ser confortavel, a prova de odor, custos efetivos e proteger a pele periestomal. Na maioria dos casos, o tempo de uso deve ser pelos menos três dias e não é recomendável exceder sete dias (WOCN, 2010).

Existem dois tipos de equipamentos, o sistema de uma peça (a bolsa coletora e barreira protetora da pele são confeccionados juntos), e o sistema de duas peças (a barreira protetora e a bolsa coletora são separadas, onde a barreira protetora adere na pele ao redor do estoma, protegendo a pele e conecta a bolsa coletora a barreira protetora) (WOCN, 2010; ACS, 2013).

As bolsas coletoras drenáveis ou bolsas abertas não precisa remover a bolsa drenavel para esvazia-la, é de facil esvaziamento para estomizados que necessitam esvaziar várias vezes ao dia. As bolsas fechadas não possuem aberturas e não podem ser esvaziadas, e quando estão cheias precisam trocr todo o sistema da bolsa coletora. Ela é indicada para pacientes que não precisam esvaziar frequentemente, para conveniência quando viaja, durante momentos intimos porque é menos volumoso e não precisa utilizar clips para fechar o sistema, e para nadar (WOCN, 2010; ACS, 2013; DEITZ; GATES, 2010).

Em relacão a cor da bolsa coletora podem ser transparente, utilizada no pós-operatório recente enquanto ainda está no hospital para avaliacão do estoma, ou opaca utilizada quando o paciente vai para o domicilio. Os tamanhos podem ser grandes ou pequenos e dependerá da quantidade de efluente que o estoma do

paciente produzirá, assim como a preferência pessoal do mesmo (WOCN, 2010; ACS, 2013; DEITZ; GATES, 2010).

Se o estoma tiver tamanho regular pode utilizar a de base pré-cortada, pois esta é mais conveniente porque molda o estoma exatamente do tamanho da base. Já as estomias irregulares necessitam de bases recortáveis para adequar ao seu tamanho exato (WOCN, 2010; ACS, 2013).

Existem também equipamentos de base plana, é apropriado para estomas que possuem protusão acima do nível da pele. A base convexa pode ser utilizada para nivelar o estoma com a pele ou retrair para baixo o nível da pele, e existem tipos flexíveis e rígidos. O flexível é mais firme no abdomên, enquanto a forma rígida é geralmente mais efetiva onde há areas periestomais com vincos rasos ou dobras (WOCN, 2010; ACS, 2013; PITTMAN et al., 2008).

Corroborando os dados apresentados em relação aos tipos de equipamentos, pacientes referem problemas com a eliminação das fezes. Pesquisas abordam que a maioria dos pacientes relata incômodo quando há eliminação de gases, vazamentos e odor exalado pela bolsa coletora. A preocupação em minimizar essas dificuldades envolve a escolha adequada de dispositivos disponíveis e a assistência de enfermagem no ensino do autocuidado durante o perioperatório para assegurar melhor qualidade de vida ao estomizado (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Outro estudo refere que a má adaptação dos equipamentos ao estoma podem ocorrer em até 50% dos pacientes com estomias, ocasionado principalmente devido à escolha inadequada do local do estoma na parede abdominal, próximo a depressões, pregas cutâneas, proeminências ósseas, entre outros acidentes anatômicos, permitindo o vazamento do efluente drenado pelo estoma (SANTOS et al., 2007).

Já os adjuvantes, quatorze (73,7%) utilizam pasta de resina sintética e cinco (26,3%) o cinto.

A pasta de barreira protetora é usada para preencher dobras no corpo ou áreas desiguais ao redor do estoma. Pode ajudar a selar melhor entre a pele e a barreira de pele da base do equipamento. O uso do cinto é um suporte extra na fixação do equipamento, dando maior segurança nas atividades cotidianas diárias.

Ele é conectado em flanges presentes na bolsa coletora e passado ao redor do abdômen, é ajustável (WOCN, 2010; ACS, 2013).

A frequência de troca dos equipamentos, dezoito (94,8%) trocam até 3 vezes na semana e um (5,2%) acima de 4 vezes.

Esses dados denotam preocupação na troca dos equipamentos por esses pacientes avaliados, pois de acordo com a WOCN (Wound, Ostomy, Continence Nurses Society) é recomendado que o paciente fique com o equipamento pelo menos três dias e que não exceda sete dias na troca. Se os estomizados trocam com maior frequência há um custo para o sistema de saúde que distribui esses equipamentos, assim como prejuízos para o próprio paciente que podem ocasionar lesões periestomais devido a troca frequente e o desconforto da não durabilidade do material quando relacionado a isso. Investigar as reais causas é fundamental, pois melhora a qualidade de vida do paciente e resolubilidade frente ao sistema em relação aos custo excessivos. A atuação da enfermeira estomaterapeuta no ensino do autocuidado desde o pré-operatório é essencial, ao resolver o problema dos equipamentos ao paciente e otimizar a distribuição desse material.

A quantidade de equipamentos recebidos, dezenove (100%) recebem 10 bolsas coletoras; Relacionados ao fornecimento dos equipamentos, dezoito (94,7%) relata serem suficientes e um (5,3%) não é suficiente.

Os estomizados desse estudo aduirem os equipamentos na Secretaria de Saúde do município, sendo a entrega realizada por uma enfermeira. Os equipamentos são entregues, de acordo com o registro no sistema e quantidade fornecida são 10, de acordo com a portaria 400/2009.

Não é realizado nenhum tipo de orientação ou atendimento especializado, apenas a dispensção dos equipamentos. A criação do Programa de Ostomizados não tem perspectivas futuras de sua consolidação. No entanto, o município recebe uma verba específica do Governo Federal, e é responsável pela gestão e implementação dessa assistência, porém ainda o atendimento não tem sido efetivo (LENZA, 2011; BECHARA et al., 2005).

Tabela 5 : Autocuidado realizado no domicílio pelos estomizados intestinais, participantes deste estudo. Ribeirão Preto, 2013.

Variavéis	N=19	%
Higiene com a estomia		
Água e sabão em barra	19	100
Cuidados com a estomia-Limpeza		
Tecido de algodão	11	57,9
Fralda (Algodão macio)	5	26,3
Outros tecidos	3	15,8
Remoção dos Equipamentos		
Água	19	100
Medição do Tamanho do Estoma		
Molde do Estoma	19	100
Esvaziamento, higiene da bolsa de colostomia e manejo da presilha		
Sozinho	16	84,2
Com auxílio	3	15,8
Retirada da bolsa coletora e Limpeza do estoma e pele periestoma		
Sozinho	12	63,2
Com auxílio	7	36,8
Medição do estoma com o molde e recorte da base		
Sozinho	11	57,9
Com auxílio	8	42,1
Fixação da base da bolsa coletora		
Sozinho	10	52,6
Com auxílio	9	47,4
Conecta a bolsa a base		
Sozinho	12	63,3
Com auxílio	7	36,8
Realização do autocuidado		
Nula	3	15,8
Parcial	5	26,3
Total	11	57,9
Capacidade AC do familiar/cuidador		
Nula	4	21,0
Parcial	6	31,5
Total	9	47,3
Adaptação do estomizado a nova condição		
Parcial	8	42,1
Total	11	57,9

Os cuidados com a ferida cirúrgica, dezessete (89,5%) está cicatrizada e dois (10,5%) não está, apresentando características como hiperemia/edema ou limpa, com presença de dor na escala de 0 a 10, média de 3 e 4, com presença de exsudato (5,3%) do tipo seroso. Os pontos cirúrgicos, dezessete (89,5%) estavam retirados e dois (10,5%) alternados; onde houve ausência de deiscência, fistulas, infecção do sitio cirúrgico e uso de antimicrobianos em dezenove (100%) dos pacientes.

A ferida cirúrgica é definida como ferida aguda, tem início repentino e de curta duração, podem ser intencional ou por traumatismo. Uma ferida cirúrgica é uma solução de continuidade saudável, intencional e não complicada na pele, resultante de intervenção cirúrgica. Em pessoas saudáveis responde bem ao tratamento pós-operatório e cicatriza sem intercorrências, como foi verificado nos resultados encontrados que a maioria estava com a ferida cicatrizada. A retirada dos pontos cirúrgicos ou sutura ocorre entre 7 a 15 dias após a cirurgia, dentro do processo de cicatrização normal (DEALEY, 2012).

Os fatores que interferem no processo de cicatrização está a idade avançada, aspecto nutricional, tipo de doença (no caso de pacientes oncológicos associados a tratamentos radioquimioterápicos, infecção, comorbidades e oxigenação dos tecidos. Um processo infeccioso preexistente também pode comprometer ou retardar a cicatrização, sendo os principais sinais de infecção na ferida incluem aumento do exsudato e de característica purulenta (contendo pus), eritema (tecido avermelhado) ao redor da ferida, temperatura mais alta da pele na ferida e ao redor dela, dor recente ou agravada, mal estar geral, febre e leucocitose (AZEVEDO et al., 2005; DEALEY, 2012).

Quando a ferida não cicatriza de primeira intenção com a aproximação das bordas pela linha de sutura que pode ser causado por uma infecção, a cicatrização acontecerá por segunda ou até terceira intenção. A ferida é deixada aberta e cicatriza por granulação, contração e epitelização, já a de terceira intenção deve se resolver o problema da infecção, uma vez não havendo mais o processo infeccioso a ferida é suturada novamente. As potenciais complicações de uma ferida cirúrgica são a infecção, hemorragia, deiscência e evisceração (AZEVEDO et al., 2005; DEALEY, 2012).

Os pacientes desse estudo não apresentaram complicações na ferida cirúrgica de maneira significativa, pois existem algumas pesquisas que corrobora com os dados apresentados, de que pacientes oncológicos devido a sua própria condição clínica frente a doença, possuem mais chances de complicações no pós-operatória na ferida cirúrgica (DEALEY, 2012).

A higiene da estomia, dezenove (100%) realizam com água e sabão em barra, assim como a remoção dos equipamentos com água e medição do tamanho do estoma com o molde. Nos cuidados com a estomia/limpeza, onze (57,9%) utilizam tecido de algodão, cinco (26,3%) fralda (algodão macio) e três (15,8%) outros tecidos.

Estudos tem abordado que a maioria dos problemas que os estomizados possuem na relação com os tipos de equipamentos e a higiene com o estoma, está as fezes entrarem em contacto com a pele. Se as fezes é líquida (mais comum em pessoas com estoma no ileo e cólon ascendente), é importante garantir ao paciente o tipo de equipamento adequado, como o sistema de duas peças. A mudança na dieta pode tornar as fezes menos líquidas e reduzir a irritação da pele quando as fezes entra em contato. O uso de sabão perfumado não tem sido recomendado pois este retira da pele sua proteção natural, sendo melhor utilizar apenas água pura para limpar a pele periestoma e o estoma. Em casos que a limpeza apenas com água não retira toda a sujidade de fezes, pode se utilizar sabão neutro não perfumado (NAZARKO, 2007).

No ensino do autocuidado ao paciente e familiar sobre a troca dos equipamentos, abordar as habilidades na limpeza e inspeção da pele periestoma e do estoma são essenciais. Inspecionar o estoma em relação a cor, se ele está vermelho e úmido, a pele periestoma se há presença de vermelhidão ou irritação (ensinar o paciente a usar o espelho para observer o estoma e a pele), limpar a pele periestoma com água aquecida, não utilizar sabão, lenços contendo óleos, perfumes, cremes ou álcool. Secar a pele gentilmente com leves palmadinhas, caso a pele periestoma esteja irritada pode utilizar o pó de barreira protetora que absorverá umidade se tiver e ajudará no processo de cicatrização, melhorando o quadro de lesão periestomal (ACS, 2013; NAZARKO, 2007).

No esvaziamento, higiene na bolsa de colostomia e manejo da presilha, dezesseis (84,2%) realizam sozinhos e três (15,8%) com auxilio.

A retirada da bolsa coletora e limpeza do estoma e pele periestoma, doze (63,2%) realizam sozinhos e sete (36,8%) com auxilio.

A medição do estoma com o molde e recorte da base, onze (57,9%) realizam sozinhos e oito (42,1%) com auxilio; onde a fixação da bolsa coletora, dez (52,6%) faz sozinho e nove (47,4%) com auxilio.

Em relação a conectar a bolsa coletora a base, doze (63,3%) realizam sozinhos e sete (36,8%) com auxilio.

As habilidades para a troca dos equipamentos foi evidenciado pelos resultados obtidos, mas salientar os cuidados necessários é importante. Para remover os equipamentos velhos, deve-se puxar a barreira protetora da pele com calma, segurando a pele em cada ponto, pode utilizar lenços de removedor adesivo, papel toalha ou umedecer com água aquecida que ajuda a remover a barreira da bolsa coletora da pele. E importante mensurar o tamanho do estoma e demarcar o tamanho exato na base do equipamento para que o recorte esteja correto. Cerca de um a três meses após a cirurgia, o estoma ainda diminuirá de tamanho sendo essencial a verificação constante da estomia para sua adequação (ACS, 2013; CRAWFORD et al, 2012).

Estudos recentes tem abordado se há diferença significativa entre o ensino do autocuidado realizado pela enfermeira estomaterapeuta junto ao paciente com demonstração da troca dos equipamentos e cuidado com estomia, em relação as orientações recebidas pelos mesmos mas em mídia digital (DVD) sem a presença da enfermeira. Os resultados indicaram que a orientação em DVD foi tão eficaz quanto a abordagem pessoal da enfermeira para educar os pacientes com novas estomias. Indivíduos de ambos os grupos tiveram boas pontuações nas avaliações que medem a compreensão das complicações, dieta, recursos e resolução de problemas. Os indivíduos tinham níveis comparáveis na aplicação e manipulação dos equipamentos. A maioria dos participantes de ambos os grupos foram capazes de preparar e aplicar os equipamentos e demonstrar a técnica de esvaziamento adequado. Os autores esperavam obter pontuações de confiança maiores e que o método de mídia digital (DVD) pudesse inspirar mais confiança, já que possuia um

material do passo a passo do esvaziamento da bolsa coletora, cuidados com a estomia e a técnica de aplicação dos equipamentos, aumentando o conhecimento, habilidades e confiança no autocuidado (CRAWFORD et al, 2012).

Na capacidade de realização do autocuidado, onze (57,9%) é total, cinco (26,3%) parcial e três (15,8%) é nula;

Corroborando com o dados acima na capacidade dos pacientes na realização do autocuidado, pesquisas tem verificado que os estomizados vão adquirindo habilidades no seu autocuidado ao conseguir realizá-lo, isso diminui a dependência e a necessidade de cuidado do familiar, e ao longo do tempo torna-se parcialmente dependente ou independente. Ao adquir habilidades na realização do autocuidado, a autonomia é um resultado esperado, e a atuação da enfermeira no processo do ensino é essencial ao abordar aspectos da necessidade fisiológica, apoio emocional, adaptações frente as mudanças ocorridas, suporte ao paciente e familiares. O apoio emocional fornecido pelo familia é importante no processo de recuperação e reabilitação do estomizado através de explicações, diálogos, conselhos e também estar presente, disponível, demonstrando segurança, auxiliando na aceitação da nova condição e na diminuição de medos e angústias gerados (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009).

Por outro lado, outras pesqusias salientam que o ensindo do autocuidado deva incluir essencialmente como e quando esvaziar a bolsa coletora, a técnica para a remoção e aplicação de novos equipamentos. Assim como, o ensino sobre cuidados com a pele periestomal, efeitos da estomia na dieta, medicamentos prescritos, controle do odor, roupas, atividade física, monitorização de complicações do estoma ou periestomal e orientação sexual. A capacidade de esvaziar a bolsa coletora deve ser composta por um conjunto mínimo de habilidades adquirida no ensino do autocuidado, e que os pacientes consifa realizar a troca dos equipamentos e os cuidados com o estoma seja em ambiente domiciliar como externamente (COLWELL; GRAY, 2007).

A capacidade do familiar/cuidador na realização dos cuidados com a estomia e os equipamentos foi em nove (47,3%) total, em seis (31,5%) parcial e em quatro (21%) nula.

O familiar/cuidador em vários estudos é evidenciado como quem desempenha um papel fundamental no cuidado ao paciente com estomia, seja na busca por orientações que o possibilita a cuidar do seu familiar estomizado, pois muitos se sentem inseguros quanto a sua capacidade como cuidador. Após a alta hospitalar, os estomizados e seus familiares apresentam dificuldades para dar continuidade ao cuidado no domicílio, sendo essencial a atuação da enfermeira nesse processo de adaptação a nova condição. Do mesmo jeito que a paciência e compreensão da família são importantes o processo de aceitação e o aprendizado do autocuidado pelo paciente. Pois esses passam a lidar cotidianamente com a estomia e seus acessórios, manipulando fezes diretamente. Para que o familiar/cuidador consiga realizar os cuidados ao seu familiar estomizado, este necessita ser potencializado como cuidador na aquisição de novas habilidades na troca dos equipamentos, cuidados com a dieta, que atenda as suas reais necessidades que possa garantir melhor adaptação, qualidade de vida e autonomia ao paciente e familiar (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009; COLWELL; GRAY, 2007).

A adaptação do estomizado a nova condição, onze (57,9%) é total e oito (42,1%) é parcial.

As principais dificuldades no enfrentamento do estomizado diante de sua nova condição, é o grande desafio seja do paciente quanto da família. Sentimentos da perda de um órgão e privação do controle fecal e de eliminação de gases; perda de auto-estima com alteração da imagem corporal; perda de status social devido ao isolamento imposto pela próprio estomizado; sentimento de inutilidade ao acreditar em não conseguir realizar mais suas atividades laborais e ou cotidianas, depressão, desgosto, repulsa, alterações na sexualidade e inaceitação podem levar a alterações na dinâmica familiar (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; BARNABE; DELL ACQUA, 2008; MITCHELL et al., 2007).

Alterações na sexualidade tem sido desmonstrada em estudos que não é apenas o ato sexual em si, mas a expressão de emoções relacionadas à afetividade, sensações físicas, envolvendo momentos que geram satisfação, prazer e bem-estar físico e emocional, compartilhados com outra pessoa. A participação do familiar conjugue possibilita a expressão das ansiedades e inseguranças, assim como

receber o apoio emocional, amor, empatia, cuidados, contribui no enfrentamento e influencia no estado de saúde do paciente. Tem mais que evidenciado em vários estudos abordados que o apoio da família e do parceiro é essencial no enfrentamento do paciente frente à nova condição, o que torna melhor o processo de recuperação no pós-operatório e retorno às atividades cotidianas, assim como na expressão de sua sexualidade (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; MITCHELL et al., 2007).

Nesse sentido, a experiência do estomizado se transforma ao longo do tempo, com a evolução de sua doença, adaptações encontradas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Para que o paciente consiga se adaptar, este necessita de um tempo pessoal para refletir sua condição de estomizado, isso pode levar de dias a meses, por isso a importância do apoio familiar junto com a atuação de profissionais de saúde nesse processo. A participação do paciente no Programa de Ostomizados mantido pelo serviço publico, contribui muito em sua adaptação na troca de experiências com outros estomziados, no fornecimento dos equipamentos e a aprendizagem do ensino do autocuidado (BARNABE; DELL ACQUA, 2008; PITTMAN et al., 2008; MITCHELL et al., 2007). Dessa forma, a reabilitação e o ensino do autocuidado ao estomizado e familiar, visa promover a independência do paciente, possibilitando a elaboração emocional das perdas e a aceitação da imagem corporal modificada e sua reinserção social (RAMOS et al, 2012; MITCHELL et al., 2007).

7. ATIVIDADE EDUCATIVA

A atividade educativa no domicílio com os estomizados intestinais selecionados para esta etapa do estudo foram 10 pacientes. A seleção desses foram os que apresentavam dificuldade com o autocuidado com a estomia e equipamentos e que aceitaram em participar da pesquisa. Os particpantes foram caracterizados quanto a aspectos sóciodemográficos (Quadro 1) e clínicos (Quadro 2) para melhor compreensão do perfil encontrado na realização do ensino do autocuidado no domicílio.

Os dados identificados dos estomizados que fizeram parte da atividade de ensino, todos particparam das duas primeiras etapas desse estudo. Assim, os resultados encontrados corroboram com a discussão realizada anteriormente.

Quadro 1- Caracterização sóciodemográfica de estomizados intestinais, participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2013

Educando (E)	Sexo	Idade	Anos de estudo	Profissão	Estado Civil	Renda (SM)[2]	Religião
E1	M	89	8	Aposentado	Viúvo	Mais de 2	Católica
E2	F	77	4	Diarista	Divorciada	1	Evangélica
E3	F	54	4	Aposentada	Divorciada	1	Católica
E4	F	56	6	Diarista	Casada	1	Evangélica
E5	M	67	5	Aposentado	Casado	2	Católica
E6	F	59	8	Aposentada	Casada	1	Católica
E7	F	87	2	Aposentada	Viúva	2	Católica
E8	F	68	4	Aposentada	Casada	2	Evangélica
E9	F	40	15	Assistente social	Solteira	Mais de 2	Católica
E10	M	55	8	Padeiro	Casado	Mais de 2	Católica

[2] O salário mínimo (SM) atualmente é R$ 678,00 reais.

No quadro 1 verificamos que dos 10 (100%) estomizados intestinais, 7 (70%) são mulheres e 3 (30%) homens, sendo a media de idade 65 anos.

Esses dados confirmam estimativas para incidência nos casos de cancer colorretal mais em mulheres do que em homens, Segundo dados estimados para o ano de 2012. Os participantes desa etapa do estudo se encaixam dentro dessa realidade do país, sendo a idade avançada um fator de risco (INCA, 2013).

Em relação a anos de estudo, 9 (90%) possuem até 8 anos e apenas 1 (10%) mais de 8 anos.

Como abordado, o nível alfabetização no Brasil o que corresponde ao mínimo de aprendizagem do idioma do país e aspectos culturais e históricos que possibilite a formação intelectual da população, é muito incipiente e estamos aquém dos padrões considerados básicos vistos em outros países. Isso refletirá no nível educacional encontrado entre os estomizados que em casos de neoplasias o diagnóstico geralmente é feito em estágios avançados da doença, resultando em maior morbimortalidade desses pacientes e menor qualidade de vida. Trabalhar com o diagnóstico e detecção precoce das neoplasias refletira em maior tempo de sobrevida (BERNARDIN, 2013).

Os tipos de profissões, 6 (60%) são aposentados e 4 (40 %) outras profissões.

Nas profissões encontradas, observamos predomínio de aposentados o que denota a faixa etária que esses estomizados tem desenvolvido doenças intestinais, na faixa etária de 50 anos ou mais, considerado período de risco no desenvolvimento de doenças.

No estado civil, 5 (50%) são casados, 2 (20%) são divorciados, 2 (20%) viúvos e 1 (10%) solteiro.

O tipo de união civil, as uniões estavéis tem sido as mais encontradas. A presença do parceiro que acompanha todas as fases do adoecimento do estomizado é considerado essencial no seu processo de recuperação e reabilitação, ao proprocionar apoio, companheirismo, estar presente, ajudar quando necessário. Tais aspectos emocionais são importantes na compreensão do paciente de sua nova condição (PITTMAN, 2011).

Em relação a renda, 7 (70%) possuem até dois salários mínimos e 3 (30%) mais que dois.

A maioria desses estomizados, após a detecção da doença intestinal possuem dificuldades na continuidade de suas atividades laborais e adaptação da mesma quando ainda em fase produtiva. Em idade mais avançada os mesmos já se encontram dentro da máquina previdenciária, o que não interfere em relação a sua renda.

A religião 7 (70%) são católicos e 3 (30%) evangélicos.

Como visto, o Brasil teve toda sua formação religiosa através do catolicismo e posterior apenas no século XX que tivemos um número significativo de evangélicos dentro do cenário cristão nacional, mas os católicos são predominantes.

Quadro 2- Caracterização clínica de estomizados intestinais, participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2013

	Diagnóstico	**Cirurgia**	**Tempo de Estomia**	**Tipo de Estomia**	**Estomia**
E1	Neoplasia de reto	Amputação abdominoperineal	2 anos	Colostomia	Definitiva
E2	Neoplasia de Sigmóide	Cirurgia à Hartmann	6 anos	Colostomia	Temporária
E3	Diverticulite	Colectomia Parcial	3 anos	Colostomia	Temporária
E4	Diverticulite	Colectomia Parcial	6 meses	Colostomia	Temporária
E5	Neoplasia de Colón	Colectomia Total com ileostomia terminal	2 anos	Ileostomia	Definitiva
E6	Neoplasia de reto	Amputação abdominoperineal	5 anos	Colostomia	Definitiva
E7	Megacólon Chagásico	Colectomia Parcial	2 anos	Colostomia	Temporária
E8	Neoplasia de reto	Cirurgia à Hartmann	5 meses	Colostomia	Temporária
E9	Neoplasia reto	Cirurgia à Hartmann	1 mês	Colostomia	Temporária
E10	Diverticulite	Colectomia Parcial	1 ano	Colostomia	Temporária

No quadro 2 sobre a caracterização clínica, o diagnóstico 4 (40%) são por neoplasia de reto, 2 (20%) neoplasia de cólon, 3 (30%) por diverticulite e 1 (10%) por megacólon chagásico.

Somando as neoplasias de reto e colon dos particpantes desse estudo, teremos 60% dos mesmos com diagnóstico de adenocarcinoma intestinal. Esses resultados são preocupantes mas ao mesmo tempo vai ao encontrado no aumento do número de neoplasias intestinais no Brasil e no mundo. Focar na detecção precoce poderá diminuir a incidência dessa doença, pois a mesma se desenvolve lenta e gradualmente na faixa de 10 anos (MITCHELL et al, 2007).

Em relação a cirurgia, 2 (20%) foram por amputação abdominoperineal, 3 (30%) Cirurgia à Hartmann, 5 (50%) por colectomia parcial e total.

Frente o maior número de neoplasias no diagnóstico, refletirá no tipo de cirurgia efetuada. As cirurgias de amplas ressecções são consideradas comuns quando tem por base o cancer, pois este pode ter alta infiltração nos tecidos com risco de metastases, por isso a necessidade desse procedimento que podem resultar na necessidade da confecção de estomia intestinal ou não.

Em tempo de estomia, 8 (80%) são até 3 anos e 2 (20%) acima de 4 anos. O tipo de estomia, 9 (90%) são colostomia e 1 (10%) ileostomia. Sobre o caráter da estomia, 7 (70%) são temporárias e 3 (30%) definitivo.

Nos tipos de estomia, observamos número maior para as colostomias correspondendo ao aumento também de diagnósticos por doença inflamatória do intestino grosso, com ressecções cirúrgicas não tão amplas com preservação da função esfincteriana resultando em estomias temporárias. Já as de caráter definitvo corresponde as neoplasias colorretais e de canal anal, que dependendo do estágio da doença a preservação do esfincter anal é dificil.

7.1 Atividade de ensino com os estomizados intestinais no domicílio

As atividades de ensino do autocuidado no domicílio foram realizadas com 10 estomizados intestinais, identificados como educando (E).

Educando 1 (E1):

sexo masculino, 89 anos, viúvo, um filho, aposentado, natural da Itália, comunicativo e participativo. Desde o primeiro contato na visita domiciliar mostrou-se tranquilo e interessado em saber mais sobre sua situação de saúde e autocuidado. Foi realizada avaliação clínica em 31/10/2012, ao qual compareceu acompanhado pelo filho. Estomizado há 2 anos com diagnóstico de câncer de reto baixo, submetido à cirurgia de amputação abdômino-perineal em 2010 e realizou radioterapia neoadjuvante com 35 sessões. Desde o início, o autocuidado com a colostomia e equipamentos era realizado pela técnica de enfermagem da Organização Não Governamental (ONG), no qual estava cadastrado. Relata que a família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento. Foram realizadas nove visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no período de 29/11/12 a 08/02/13.
- Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

E1 referiu dificuldades, pois deixou de viajar para pescaria, por não ter alguém que fizesse a troca do equipamento, fato desconhecido pelos familiares. Além disso, outras atividades fora do seu domicilio também foram abandonadas. Referiu não acreditar que conseguiria realizar o autocuidado e que seria um desafio aprender, mas decidiu tentar. Assim, logo comprou um espelho, que pudesse ficar sobre a cadeira para fácil visualização da estomia. O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o local escolhido para a atividade educativa. E1 e sua família apresentaram boas expectativas para o aprendizado do autocuidado. Em relação ao diagnóstico oncológico e cirurgia realizada, recebeu do médico informações completas e detalhadas sobre as possíveis consequências dos

tratamentos. Apresentava tranquilidade e clareza no relato sobre a evolução de sua doença como sangramento nas fezes, dor ao evacuar, os exames de toque retal e colonoscopia, bem como a internação hospitalar em outra cidade. Desenvolveu um equipamento para recorte circular com exatidão da base da bolsa, porém nos últimos tempos tornou-se difícil, pois não conseguia comprar peças com diâmetro necessário.

Equipamento em uso: bolsa de colostomia de 2 peças com base plana recortável até 60 mm; diâmetro do estoma de 20 mm.

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade para assumir o autocuidado para poder voltar a viajar para pescaria em Mato Grosso do Sul (MS) e reconhecimento de ter se acomodado pelo oferecimento do atendimento da ONG;
- Dúvidas em relação ao autocuidado e o quadro clínico. Foram estabelecidas as necessidades de aprendizagem, conjuntamente E1 com a pesquisadora, sobre a radioterapia neoadjuvante, as consequências da cirurgia e o autocuidado com a estomia e equipamentos;
- A base da bolsa de colostomia causou desconforto na pele periestoma, formando um anel, que não havia observado e sentido com a base moldável.

Teorização

- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, além do tratamento de radioterapia, seus tipos e suas complicações;
- Explicações e demonstração da técnica para a troca dos equipamentos;
- A pesquisadora esclareceu as dúvidas sobre os vários tipos de carne na alimentação habitual do E1 e as mais saudáveis no consumo diário;

Hipóteses de solução

- Equipamento indicado: bolsa de colostomia de 2 peças, com base plana de 45 mm de diâmetro e moldável de 13 a 22 mm;
- Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o tamanho do espelho, posicionamento, o uso de barbeador elétrico em substituição ao uso de lâmina e adequação do local;
- Em todos os encontros houve discussão e esclarecimentos de dúvidas sobre o autocuidado da estomia e passos da troca do equipamento, com utilização de figuras e fotografias de um álbum seriado[3].
- E1 com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada;
- A pesquisadora avaliou e recomendou colocar novamente a base moldável para o próximo encontro;
- A pesquisadora esclareceu as dúvidas sobre os equipamentos, as principais diferenças como tipo de material, durabilidade, conforto, facilidade na troca e limpeza;
- "*Acho que a placa se comportou bem, a única coisa, pode ser impressão minha eu senti como um pouquinho de peso, como se a placa tivesse puxando para a fora de leve. Não creio que seja a placa porque já usei muito tempo também"*
- Discutido com E1 sobre a possibilidade de uso dos dois tipos de bases, a recortável na falta da moldável, os cuidados com a estomia e equipamentos.

Aplicação a Realidade

- E1 me aguardava com todo o material, organizado sobre a cama e mostrava-se disposto ao aprendizado do autocuidado;
- E1mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados;

---

[3] Ver referências.

- Verificado o melhor posicionamento do espelho retangular 40 x 50 cm na cadeira com ângulo de 45 graus para melhor visualização do abdômen;
- A pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto do E1;
- E1 em posição ortostática frente ao espelho, limpeza com água e sabão neutro em barra, o uso de barbeador elétrico no corte dos pêlos, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade;
- E1 mostrou-se seguro, tranquilo, confiante e realizou a troca sem dificuldades e interrompia para se certificar que as etapas realizadas por ele estivessem corretas. Com calma e paciência conseguiu realizar o autocuidado corretamente.
- Utilizado pelo paciente por 15 dias, E1 relatou facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 5 dias para 7 dias. Além disso, referiu maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen, chegando até mesmo chegando a esquecer que utilizava o equipamento coletor.
- E1 decidiu consumir carnes brancas consideradas mais saudáveis, como peixe, frango ou mesmo a carne de coelho, que poderia comprá-la em açougues de supermercados;
- E1 realizou a troca do equipamento por cerca de 2 meses com maior habilidade e confiança, com supervisão semanal da pesquisadora, o que tornou os familiares e E1 felizes com a evolução e capacidade para o autocuidado.

Avaliação da atividade educativa:

E1-"*Aprendendo o autocuidado a gente fica mais livre, tranquilo, com mais coragem, porque no caso de uma viagem ou alguma coisa, eu tenho a capacidade de executar a troca sozinho, até quando eu não sei... mas por enquanto eu estou trocando".*

E1-"O estomizado... acho que está sempre com o pé atrás... porque ele sofre... O que eu sofri e que os outros sofrem, a hora que ele puder ele mesmo trocar a bolsa ou fazer alguma coisa, é uma vitória, uma vantagem a mais... Eu sei se um dia eu não puder mais fazer, alguém vai fazer pra mim, mas por enquanto pelo menos

nessa parte melhorou... Entre os benefícios está o psíquico, eu me sinto mais seguro, essa parte melhorou bastante. Eu estou contente. Para mim foi ótimo, a única coisa que tenho medo e quando eu não ter mais condições físicas de executar a troca da bolsa e precisar dos outros".

Educando 2 (E2):

sexo feminino, 77 anos, divorciada após a colostomia, 2 filhos, não aposentada, natural de Ourinhos, reside em casa cedida pelo filho, casa com 5 cômodos, espaçosa, possui banheiro individual, com saneamento básico, energia elétrica, telefone, mora sozinha, não possui convênio privado de saúde, busca atendimento pelo SUS, realiza a troca da bolsa de colostomia no quarto. Na primeira visita domiciliar apresentou-se ansiosa e aflita em solucionar seu problema com os equipamentos, pois referia que a qualidade de vida diminuiu após a cirurgia em 2007 por, que resultou em colostomia, os equipamentos não permaneciam mais de um dia, chegando a realizar mais de 2 trocas por dia. Tem sido fornecidas 10 bolsas/mês, de base plana, 2 peças, opaca, mas necessita realiza trocas frequentes diariamente e tem apresentado lesões de pele periestoma. O autocuidado com a colostomia e os equipamentos sempre foi realizado por ela. Os filhos estiveram parcialmente presentes em todas as etapas de tratamento. Não realizou nenhuma terapia neo ou adjuvante. Paciente utiliza como meio de transporte o público, busca a bolsa coletora na secretaria de saúde leva em média 30 minutos para chegar, possui UBS próxima a residência levando em média 20 minutos no deslocamento. Realiza as atividades cotidianas como limpeza da casa e trabalha passando roupa porque não é aposentada, refere que o filho está tentando este benefício, mas ainda não obteve sucesso. Nas perícias médicas nunca relatou a condição de estomizada por vergonha e poucas pessoas conhecem este fato. Após a cirurgia deixou de ter maior convívio com a família praticamente não frequenta a igreja (evangélica pentecostal) e outros locais públicos. Foram realizadas oito visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no período de 14/11/12 a 30/12/12.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

E2 Referiu dificuldades com a durabilidade dos equipamentos e assim não se alimenta corretamente, consumindo diariamente leite ou iogurte com medo da bolsa descolar e medo de que em local público tenha problemas por conta do odor de fezes;

- Realiza faxina remunerada todos os dias da semana para sua subsistência;
- O convívio social foi afetado devido a sua nova condição e deixou de frequentar a igreja ou lugares públicos com muitas pessoas;
- Realiza o autocuidado, que refere ter aprendido sozinha desde a alta hospitalar, pois não recebeu orientação sobre cuidados com a estomia e equipamentos;
- As trocas frequentes provocavam lesões periestomais, dor e incômodo;
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada relata que o seu médico não lhe forneceu informações detalhadas e as possíveis consequências dos tratamentos.
- Domicílio possui condições físicas para a realização do autocuidado;
- E2 mostrava-se a vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados;
- E2 em todos os encontros aguardava com todo o material organizado sobre a cama e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado;
- Relatou que o médico não lhe explicou sobre a doença e a indicação da cirugia que resultou em colostomia.
- Equipamentos em uso: de 2 peças com base plana recortável até 70 mm, diâmetro do estoma de 32 mm, não era adequada, pois paciente apresentava estoma retraído;
- Os equipamentos com base convexa de 2 peças aplicados no dia da avaliação clínica permaneceram por 7 dias e houve melhora da pele periestoma diminuindo o desconforto e a dor;
- A ansiedade gerou boas expectativas para E2, com manifestação de tranquilidade e confiança em relação à pesquisadora;

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade para aprender a utilizar o equipamento correto no autocuidado para ter mais tranquilidade em suas atividades diárias e solucionar seus problemas de lesões periestomais frequentes.
- Ao relatar os fatos manteve-se tranquila, sorridente e manifestava estar feliz.
- Referiu que o equipamento fixava melhor, conseguia realizar suas atividades diárias sem preocupações, sair de casa mais tranquila, não sentia o mau cheiro das vezes, não ocorria vazamento ou infiltração destas, diminuiu a dor na pele periestoma devido a cicatrização das lesões e conseguiu se alimentar melhor;
- Apresentou disponibilidade em aprender o autocuidado com o novo equipamento e questionamentos em relação a sua condição clínica e prevenção de complicações.

Teorizacão

- A importância do autocuidado e indicação correta dos equipamentos na prevenção de complicações;
- Explicações sobre a fisiologia do sistema digestório, os cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos desde a retirada da base, higienização a colocação do novo material;
- esclarecimentos de dúvidas em relação ao autocuidado e o quadro clínico;
- As lesões periestomais, suas causas, prevenções, tratamento e importância da técnica adequada na troca dos equipamentos;
- conhecimentos sobre o sistema tegumentar, cuidados com a pele, além do tratamento de complicações;
- Fisiopatologia da doença e a necessidade da confecção da estomia.
- Técnica adequada na troca dos equipamentos
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com o álbum seriado

Hipóteses de solução

- Discussão das possibilidades e recursos na troca dos equipamentos com a utilização correta do material e a técnica adequada para a durabilidade do mesmo fosse 7 dias, ou seja, realizar a troca uma vez por semana;
- Equipamento indicado: bolsa de 2 peças com base convexa de 57 mm de diâmetro e moldável de 33 a 45 mm;
- Utilizado por 30 dias pelo paciente, com avaliação sobre a adaptação e aceitação do paciente. Paciente relatou melhor adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 1 dia para 7 dias. Além disso, referiu maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen e melhora da lesão periestomal, chegando até mesmo a esquecer que utiliza o equipamento em suas atividades diárias;
- Discussão das possibilidades e recursos que possibilitasse a cicatrização das lesões periestomais, alimentação adequada, higienização e a técnica correta na troca dos equipamentos;
- realização das etapas com interrupção e discussão sobre o autocuidado e a troca do equipamento.

Aplicação a Realidade

- O quarto foi o local escolhido para a atividade;
- Realização da troca do equipamento pela pesquisadora por cerca de 30 dias com visita semanal para verificação da cicatrização das lesões periestomais e adaptação ao novo equipamento;
- Para as lesões apresentadas iniciamos a utilização de adjuvantes como pó de resina sintética e pasta de resina sintética para auxiliar na cicatrização e prevenção;
- Demonstração das etapas da troca do equipamento pela pesquisadora;
- A pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto do paciente. Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o uso do espelho, posicionamento para melhor condição da paciente

- Paciente ficou em posição ortostática frente ao espelho do guarda-roupa de formato retangular, limpeza com água e sabão neutro em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade;
- Realização da troca do equipamento pela própria paciente por cerca de 1 mês para maior desenvolvimento de habilidade com supervisão presencial semanal da pesquisadora.
- Na oitavo encontro E2 realizou a troca da bolsa coletora e equipamentos sob a supervisão da pesquisadora, conseguiu realizar o autocuidado corretamente.

Avaliação da atividade educativa:

E2- "Estou me sentindo muito bem, nossa Pai do céu, não tenho como lhe explicar sobre a assistência que você deu, só Deus. Não esperava ser tão bem atendida...(se emocionou)".

E2 –"Acho que sim, hoje eu acho que consigo troca a bolsa do jeito que você ensinou. Vou tentar fazer o melhor para não vazar.... Está bolsa aqui é mais complicada (usava de peça única), mas é melhor, ela segura mais. Aquela outra durava só 2 dias, eu achei melhor essa aqui. Tinha cuidado que eu não sabia direito, limpava lá do meu jeito, mas agora que você ensinou, eu sei fazer... O aprendizado do autocuidado ... Nossa foi muito bem, não tenho como lhe explicar, nossa foi uma benção de Deus"

Educando 3 (E3):

sexo feminino, 54 anos, divorciada, 2 filhos, aposentada, natural de Ourinhos/SP, comunicativa e participativa. Desde o primeiro contato apresentou-se tranquila e interessou-se em participar de todas as etapas deste estudo, na avaliação clínica no dia 01/11/2012, veio acompanhada pela nora. Estomizada há 3 anos, hipertensa, diabética e faz hemodiálise periodicamente. Além disso, apresentava ferida localizada em membro inferior esquerdo, o qual foi realizado desbridamento mecânico e curativo com ácido linoléico.

Foram realizadas duas visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no nos dias 14/12/12 e 08/02/13.

Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- Referiu dificuldades no recorte da base, pois possui dificuldade visual (retinopatia) causa pelo diabetes mellitus assim como a complicação da ferida em membro inferior esquerdo, com histórico de necrose e amputação de duas falanges;
- Paciente faz terapia de hemodiálise periodicamente e sempre sai de casa acompanhada pelo filho ou nora;
- Desde a alta hospitalar após a cirurgia que resultou na estomia, a troca dos equipamentos a princípio era realizado pela nora, mas paciente refere que tem realizado a troca dos equipamentos sozinha semanalmente;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade;
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada, relata que o seu médico forneceu-lhe informações incompletas porque sua cirurgia foi de emergência.
- Equipamento utilizado: bolsa de colostomia de 2 peças com base plana recortável até 45 mm, diâmetro do estoma de 33 mm;
- E3 aguardava a minha visita com o material organizado sobre a cama e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado.

- Os materiais utilizados para a realização do curativo em ferida de membro inferior esquerdo (pé diabético) estavam também organizados, a gaze estéril, soro fisiológico 0,9 % e ácido linoléico.
- E3 mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados;

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade para assumir o autocuidado e o curativo em ferida crônica, para poder realizar suas atividades cotidianas com autonomia, sem precisar a todo o momento da ajuda de familiares, com equipamentos que facilite o autocuidado;
- Referiu dúvidas em relação ao autocuidado e o seu quadro clínico
- O paciente acompanhou toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento.
- *"Quero saber mais sobre a bolsinha, porque fiquei com ela, o que aconteceu direito comigo".*

Teorizacão

- Aspectos abordados: Cirurgia intestinal, complicações do diabetes mellitus e o autocuidado com a estomia e curativo em ferida crônica.
- Demonstração das etapas do curativo em ferida crônica pela pesquisadora.
- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, doenças de base como o diabetes mellitus e suas complicações e a técnica adequada na troca dos equipamentos.

Hipóteses de solução

- Equipamento Indicado: bolsa de colostomia de 2 peças com base plana até 45 mm de diâmetro e móldavel de 22 a 33 mm;

-E3 foi orientada a realizar o autocuidado com calma e paciência, respeitando seu tempo interno, sem pressa;
- Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o posicionamento na troca dos equipamentos, curativo em ferida crônica e uso de produtos;
- Realização de todas as etapas com discussão sobre o autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento e com interrupção para esclarecimentos de dúvidas, com utilização de figuras e fotografias de um álbum seriado;
- A pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para possibilitar a troca dos equipamentos e curativo no quarto da E3;
- E3 com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada.
- E3 realizou a troca da bolsa coletora e equipamentos, assim como o curativo em ferida crônica sob a supervisão da pesquisadora.

Aplicação da Realidade

- Realização da troca do equipamento pela própria paciente por cerca de 7 dias para maior adaptação ao novo tipo de equipamento de tecnologia moldável e a técnica da realização do curativo, para aquisição de confiança, com supervisão da pesquisadora.
- O curativo em ferida crônica foi realizado com a paciente na posição sentada, utilizando soro fisiológico 0,9%, gaze estéril e ácido linoléico e a troca dos equipamentos na posição dorsal.
-E3 referiu ter melhor destreza na troca dos equipamentos, limpeza com água e sabão neutro em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade;
- A paciente relatou facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 4 dias para 7 dias. Além disso, referiu maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen.
- Mostrou-se segura, tranquila, confiante e realizou a troca sem dificuldades e interrompia para se certificar que as etapas realizadas estivessem corretas. Com calma conseguiu realizar o autocuidado e realizar o curativo em ferida crônica;

- E3 conseguiu realizar o autocuidado de forma eficaz e o curativo em ferida crônica. Ao fim da atividade o paciente mostrou-se sorridente por atingir suas expectativas e ter conseguido entender a técnica do curativo e a troca dos equipamentos com a nova tecnologia moldável;

E3- *"Foi bom esta base moldável...porque como não enxergo direito, eu cortava a placa da bolsa muito grande e não usava a pasta, por isso ela não durava muito. Agora com essa placa nova ficou mais fácil, não preciso recortar, ela é mais confortável também. O curativo na ferida do meu pé, o jeito que você ensinou achei melhor também do jeito que eu fazia".*

Avaliação da atividade educativa:

E4-"Foi muito bom porque aprendi coisas novas, assim não preciso ficar incomodando meu filho e minha nora, consigo fazer sozinha. Do jeito que você ensinou, fiz a troca da bolsa e o curativo, acho que consegui, fico feliz porque assim não preciso ficar incomodando minha nora."

O benefício é a liberdade e independência, fico mais tranquila para fazer as coisas, estou feliz por isso.

-

Figura 1 : FERIDA CRÔNICA “PÉ DIABÉTICO- Data:14/12/12

Figura 2 : APÓS ENSINO DO AUTOCUIDADO E CURATIVO EM FERIDA CRÔNICA

Educando 4 (E4):

sexo feminino, 56 anos, casada, 2 filhos, não aposentada, natural de Cambará/PR, comunicativa e participativa. Desde o primeiro contato apresentou-se tranquila e interessada em participar de todas as etapas deste estudo e veio para a avaliação clínica, acompanhada pelo filho. Estomizada há 6 meses. E4 e seu filho receberam orientações jurídicas na faculdade, duas vezes sobre a lei de pacientes com deficiência física, pois a mesma ainda se encontra em atividade laboral de forma autônoma, sendo encaminhada para o recebimento do beneficio previdenciário chamada LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social).
Foram realizadas duas visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, nos dias 12/12/12 e 19/12/12.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- E4 referiu dificuldades, deixou de viajar, ir a igreja e locais públicos evitando pessoas, pois tem vergonha das pessoas perceberem a estomia, sentir o mau cheiro e o barulho do gases, assim como a mudança da imagem corporal com dificuldades para vestir roupas que não evidencie a bolsa coletora;
- Não faz a troca do equipamento, o neto (familiar) é quem realiza;
- Não acredita seja capaz de realizar o autocuidado e que seria um desafio aprendê-lo, mas decidiu tentar;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade;
- A autonomia em realizar o autocuidado gerou boas expectativas na E4 e na família;
- Em relação à doença e cirurgia relatou que o médico forneceu-lhe informações completas sobre as possíveis consequências a longo prazo;

E4-*"O médico disse que meu intestino está todo comprometido, que pode inflamar de novo, mas que existe ainda a chance de reconstruir ele de novo". "Tenho curiosidade em entender certo sobre o meu problema no intestino, porque fiquei com*

a bolsinha. Minha vida mudou muito depois da cirurgia, tenho vergonha de sair de casa".

- Equipamento em uso: equipamentos de 2 peças com base plana recortável até 70 mm, diâmetro do estoma de 42 mm.
- mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados

Pontos-Chave

- Disponibilidade para assumir o autocuidado para poder retornar as viagens, atividades na igreja e outras deixadas de realizar diante da nova condição;
- Dúvidas em relação ao autocuidado coma estomia e equipamentos e o quadro clínico;

Teorizacão

- Cirurgia intestinal, complicações da diverticulite e as consequências da cirurgia principalmente o autocuidado com a estomia;
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com um álbum seriado;
- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia e a técnica adequada na troca dos equipamentos.
- a troca do equipamento com demonstração das etapas pela pesquisadora.
- A paciente acompanhou toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento.

Hipóteses de solução

Equipamento indicado: bolsa de colostomia de 2 peças com base plana recortável de 57 mm de diâmetro;

- Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o tamanho do espelho, posicionamento, paciente foi orientada a realizar o autocuidado com calma e paciência, respeitando seu tempo interno, sem pressa;
- Um espelho retangular 40 x 50 cm foi utilizado posicionado na cadeira com ângulo de 45 graus para melhor visualização da estomia.
- Paciente em posição ortostática frente ao espelho, limpeza com água e sabão neutro em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdomen, com estiramento da pele para melhor adesividade;
- A pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto da paciente.
- Realização da troca do equipamento pela própria paciente para o desenvolvimento de habilidade e aquisição de confiança.
-E4 com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada;

Aplicação a Realidade

- Realização de todas as etapas com interrupção e discussão sobre o autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento;
- Utilizado por 7 dias pela paciente, com avaliação sobre a adaptação e aceitação do mesmo.
-E4 relatou facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 3 dias para 6 dias. Além disso, referiu maior conforto pelo equipamento ser de menor tamanho e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado;
- Mostrou-se aflita e ansiosa, realizou a troca sem dificuldades e interrompia para se certificar que as etapas realizadas por ela estivessem corretas. Com calma e paciência conseguiu realizar o autocuidado corretamente.
-E4 conseguiu realizar o autocuidado de forma eficaz. Ao fim da atividade o paciente mostrou-se feliz, relatando a autonomia em realizar o autocuidado para poder retornar as viagens, e outras atividades.

Avaliação da atividade educativa:

E4 "Eu achava que nunca conseguiria trocar a bolsa, que era complicado, mas agora sei que não é. Basta ter paciência e calma que consigo fazer certo, isso deixa a gente mais livre para sair e fazer as coisas".

"No início fiquei assustada, depois vi que não era difícil trocar a bolsa. No início eu fiquei meio assustada, achei que não ia conseguir, mas eu vi que não é tão difícil assim não. E algo com muita paciência a gente consegue sim, é só medo no começo, fiquei apavorada. Me dá mais liberdade e independência do meu neto né, porque é ele que troca a bolsa. Não viajo porque ele não pode ir junto porque trabalha, aí ficava presa e não saia ".

Olha o principal é a confiança que você consegue, sem medo, vi que que não é uma coisa tão difícil quanto parecia, estou feliz por ter tentado e ter conseguido trocar a bolsa.

Educando 5 (E5):

sexo masculino, 67 anos, casado, 4 filhos, aposentado, natural de Ourinhos/SP, comunicativo e participativo. Desde o primeiro contato apresentou-se tranquilo e interessado em aprender o autocuidado com a estomia e participar de todas as etapas deste estudo. Estomizado há 2 anos (Ileostomia) por diagnóstico de CA de cólon, na avaliação clínica veio acompanhado da esposa, diâmetro do estoma de 22 mm. Após a cirurgia passou a ter incontinência urinária, fazia cateterismo intermitente, mas atualmente faz uso de fralda. A família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento. Foram realizadas duas visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no período de 04/12/12 e 13/12/13.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora.

Observação da realidade

- E5 Referiu dificuldade na durabilidade do equipamento pois suas atividades cotidianas no domicilio e fora dele está prejudicado devido a troca diária que realiza da bolsa coletora e o medo da bolsa cair devido a infiltração das fezes em ambientes públicos;
- Desde a alta hospitalar, a troca dos equipamentos é realizada pelo E5 com a ajuda da esposa;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade;
- A expectativa do E5 e a família na resolução do problema do equipamento fez com que se empenhasse em realizar o autocuidado frente à proposta da pesquisadora;
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada, relata que o seu médico forneceu-lhe informações incompletas sobre as consequências e tratamentos;
- Equipamento em uso: de 1 peça com base plana recortável até 57 mm, diâmetro do estoma de 22 mm.

- O material a esposa organizou sobre a cama e o paciente mostrava-se disposto ao aprendizado do autocuidado.

Pontos-Chave

- E5 referiu disponibilidade em assumir o autocuidado e o equipamento correto para solucionar a durabilidade do mesmo e retornar as suas atividades fora do domicilio, pois estão comprometidos.
-Apresentava dúvidas em relação ao autocuidado com a estomia e troca dos equipamentos e o quadro clínico como as consequências da cirurgia como a incontinência urinária;

Teorizacão

- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, a técnica adequada na troca dos equipamentos.
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com um álbum seriado
- Mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados;
- a troca do equipamento com demonstração das etapas pela pesquisadora e a importância de utilizar equipamento de base convexa.
-E5 acompanhou toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento.
- Esclareceu dúvidas sobre o uso da base moldável e recortável, as diferenças no autocuidado com os dois tipos de bases, a diferença no tipo de matéria prima e adaptação.

Hipóteses de solução

- Equipamento indicado: bolsa de 2 peças ou 1 peça com base convexa de 45 mm de diâmetro recortável ou moldável de 13 a 22 mm;
-Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o posicionamento, adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto do paciente, e este foi orientado a realizar o autocuidado com paciência;
- Utilização de equipamento de base convexa de tecnologia moldável disponível, sendo utilizado por 4 dias, com avaliação sobre a adaptação e aceitação do mesmo.
-O paciente relatou facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 1 dia para 4 dias. Além disso, referiu maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen;
- utilização da base moldável novamente para que o paciente pudesse avaliar e decidir a sua preferência.
- E5 com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada;

Aplicação a Realidade

- Realização de todas as etapas com interrupção para solicitar maior detalhamento sobre o autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento.
- Realização da troca do equipamento pelo próprio paciente com avaliação em 7 dias para maior desenvolvimento de habilidade com supervisão presencial da pesquisadora.
- Realizado limpeza com água e sabão em barra, secagem da pele periestoma sem fricção, uso de pasta de resina sintética e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade.
- E5 realizou a troca sem dificuldades e Com paciência conseguiu realizar o autocuidado.
- Mostrou-se satisfeito, por ter conseguido trocar o equipamento de acordo com a atividade de ensino realizada.

Avaliação da atividade educativa:

E5"Eu fico mais sossegado sabendo a bolsa certa e o jeito certo de colocar, pra sair de casa sem muita preocupação. Pra mim o difícil era durar a bolsa, ela durando as coisas melhoram muito, pra poder fazer as coisas com mais sossego".

E5"A duração da bolsa e como colocar, do jeito certo, pra mim foi melhor, foi uma coisa ótima, mais uma coisa que aprendi".

Educando 6 (E6):

sexo feminino, 59 anos, casada, 1 filho, aposentada, natural de Curitiba/PR, comunicativa e participativa. Mostrou-se tranquila e interessada em participar de todas as etapas deste e na avaliação veio acompanhada pelo marido. Estomizado há 4 anos por CA de reto realizou 41 aplicações de radioterapia adjuvante e 27 sessões de quimioterapia em 2008. Após a cirurgia ficou com incontinência urinária, fazendo uso de fralda. Foram realizadas quatro visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no período de 10/12/12 e 28/03/13.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- E6 referiu que deixou de viajar, realizar atividades de lazer como a dança do forró por medo de algum problema com o odor de fezes e descolamento dos equipamentos, assim como devido ao uso da fralda por conta da incontinência urinária;
- A troca dos equipamentos é realizada pela própria E6;
- Depois do diagnóstico de CCR, o marido quis se divorciar devido à “repugnância” de sua nova condição. Porém, nesse mesmo período o marido foi diagnosticado com câncer de próstata.
-Diante das dificuldades do adoecimento e familiares, achou que não conseguiria fazer os cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo a lavanderia com banheiro anexo o cômodo escolhido para a troca dos equipamentos e da atividade de ensino;
- A expectativa em solucionar o mau cheiro exalado pela bolsa coletora e com isso sua durabilidade também, fez com que manifestasse tranquilidade em atingir este objetivo.
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada, relata que o médico forneceu-lhe informações parciais sobre as possíveis consequências dos tratamentos;

- Equipamento em uso: bolsa de 2 peças com base plana recortável de 57 mm, diâmetro do estoma de 38 mm;

Pontos-Chave

- Interesse em solucionar o problema do mau cheiro da bolsa coletora com a aprendizagem correta do autocuidado para retornar as viagens de visitas a familiares e também de lazer.
- Dúvidas manifestadas sobre a fisiologia intestinal, o processo patológico do CCR, a cirurgia na confecção da estomia, cuidados com a estomia e troca dos equipamentos e até sobre as relações sexuais anais e doenças transmitidas por via sexual;

Teorizacão

- Explicações sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, além dos tipos de tratamento como radioterapia e quimioterapia antineoplásica e alimentação.
- Demonstração da técnica para a troca dos equipamentos;
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com o álbum seriado

Hipóteses de Solução

-Equipamento indicado: bolsa de colostomia de 2 peças, com base plana de 57 mm de diâmetro recortável ou moldável de 33 a 45 mm.
- Em todos os encontros houve discussão das possibilidades e recursos no domicílio para a realização do autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento.
- paciente com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada.

Aplicação a Realidade

- E6 em todos os encontros estava aguardando com todo o material, organizado e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado.
- Realização da troca do equipamento pela própria paciente para o desenvolvimento de habilidade e aquisição de confiança sobre a realização do autocuidado de maneira eficaz, com supervisão presencial da pesquisadora.
- mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados.
- Utilizado por 15 dias pela paciente, com avaliação sobre a adaptação e aceitação do mesmo, referiu facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 4 dias para 7 dias, e conforto na utilização de roupas mais justas chegando até mesmo a esquecer que utilizava o equipamento.
- Paciente conseguiu realizar o autocuidado de acordo com a atividade de ensino desenvolvida, limpeza com água e sabão neutro em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade; fez uso da pasta de resina sintética e que o mau cheiro que referia de maneira constante não estava mais presente.

Avaliação da atividade educativa:

E6-"Nossa a placa está normal após uma semana, agora que está começando a descolar um pouquinho, muito bom mesmo. Não tive infiltração das fezes, nada, foi muito bom mesmo, se eu precisar viajar não fico incomodada com isso".

E6-"Nossa foi muito bom mesmo, porque você disse coisas para cuidar do estoma que ninguém tinha falado antes, como o uso da pasta, o recorte da bolsa. Eu sempre ganhei a pasta da secretaria de saúde mas devolvia porque não sabia para que servia e por isso não usava".

Educando 7 (E7):

sexo feminino, 87 anos, viúva, 7 filhos, aposentada, natural de Ourinhos/SP, não comunicativa e participativa. Paciente desde o primeiro contato pessoal na visita domiciliar a cuidadora e familiares apresentaram-se tranquilos e interessados em saber mais sobre sua situação de saúde e o autocuidado da paciente, pois esta não fala e anda mais, depende totalmente da cuidadora. Foi agendado a avaliação clínica para o dia 31/10/2012 a tarde, ao qual compareceu acompanhado pelo filho.
Colostomizada há 2 anos com diagnóstico de megacólon chagásico. Desde o início, o autocuidado com a colostomia e os equipamentos era realizado pela técnica de enfermagem da ONG, no qual estava cadastrada. A família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento e reabilitação. Foram realizadas duas visitas, no período de 17/12/12 a 04/01/13. Cuidadora realizou o autocuidado.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- Relato de dificuldades para a troca dos equipamentos em períodos de finais de semana ou feriados, porque desde a alta hospitalar após a cirurgia que resultou na estomia, a troca dos equipamentos era realizado pela técnica de enfermagem da ONG semanalmente;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade.
- A possibilidade em realizar o autocuidado pela cuidadora gerou boas expectativas a família também e a tranquilidade manifestada em atingir este objetivo. Ao relatar os fatos manteve-se tranquila e com clareza;
- Em relação ao diagnóstico da doença e cirurgia realizada pela paciente, relata que o médico forneceu-lhe informações completas e detalhadas e as possíveis consequências.
- Equipamento em uso: equipamentos de 2 peças com base plana recortável até 57 mm, diâmetro do estoma de 22 mm.

- Cuidadora E7: Na primeira vez fiquei assustada porque pensei, nossa como vou cuidar dela, nunca tinha trocado, feito nada. Depois eu fui acostumando porque algumas filhas dela me explicaram um pouco por cima, até que teve um dia eu estava sozinha e não tinha ninguém pra me ajudar, tive que fazer sozinha. Não sabia direito como colocar a placa, se estava certo, mas eu fiz".

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade da cuidadora em assumir o autocuidado da paciente e pela família ter se acomodado pelo oferecimento do atendimento da ONG para a troca dos equipamentos.
- dúvidas em relação ao autocuidado coma estomia e equipamentos e o quadro clínico.
- mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados.

Teorização

- Explicações sobre cirurgia gastrintestinal, cuidados com a estomia e troca dos equipamentos.
- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia.
- a troca do equipamento com demonstração das etapas pela pesquisadora. A cuidadora acompanhou toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento.
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com o álbum seriado

- Cuidadora E7: *"Saber um pouco mais sobre o problema que ela teve no intestino e como cuidar da bolsinha dela, vai me ajudar porque finais de semana, feriados ou quando a moça da ONG não vem na semana, eu que troco a bolsinha".*

Hipóteses de solução

- Equipamento indicado: bolsa de 2 peças com base plana recortável de 45 mm de diâmetro de 13 a 22 mm.
- Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o melhor posicionamento da paciente na troca dos equipamentos como a posição dorsal em vez da sentada, o que fazia com que o equipamento tivesse um tempo de duração inferior ao esperado, pois a adesividade era sobre pregas do tecido subcutâneo, descolando-a na movimentação da paciente do leito para cadeira de rodas;
- Paciente em posição dorsal, limpeza com água e sabão em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade.
- Cuidadora foi orientada a realizar o autocuidado com calma e paciência, e a pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto da paciente.
- realização de todas as etapas com interrupção e discussão sobre o autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento;

Aplicação a Realidade

- Conforme combinado, a cuidadora estava com todo o material, organizado sobre a cama e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado.
- Cuidadora conseguiu realizar o autocuidado de forma correta, conforme o ensino realizado pela pesquisadora e atentando-se para a importância no recorte da base, limpeza, estirar a pele na fixação da base no abdômen e no fim da atividade a cuidadora mostrou-se sorridente.
- Mostrou-se feliz, segura e tranquila, por ter realizado o autocuidado.

Avaliação da atividade educativa:

E7"Agora eu fico mais tranquila, sem comparação, nossa no começo fiquei apavorada, agora sei certinho".

E7"Com certeza, você consegue fazer as coisas em paz, sem medo, esse é o principal, acreditar em você, e não é tão difícil quanto como parece no começo.

Familiar: Eu disse para ela (cuidadora) prestar bem atenção no que você ia explicar porque ela que passa o maior tempo com a minha mãe, minhas irmãs passam aqui sempre na correria. Pra mim foi ótimo saber que ela (cuidadora) agora sabe cuidar direito do estoma dela.

Educando 8 (E8):

sexo feminino, 68 anos, casada, 1 filho, aposentada, natural de Ourinhos/SP, parcialmente comunicativa e participativa. E8 e o esposo mostraram-se tranquilos e interessados em saber mais sobre sua situação de saúde e autocuidado. O esposo realiza a troca da bolsa coletora e dos equipamentos. Colostomizada há 5 meses por CCR e submetida à retossigmoidectomia (cirurgia a Hartmann) em setembro de 2012, realizou 25 sessões de radioterapia neoadjuvante e com 30 ciclos de quimioterapia antineoplásica adjuvante. A família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento e reabilitação. Foram realizadas duas visitas, no período de 11/02/2013 a 11/02/2013.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- Esposo (cuidador) realiza os cuidados com a estomia e equipamentos, referiu que ninguém havia lhe explicado estes cuidados, realiza-os com base nas observações que fez dos profissionais de saúde que realizaram a troca, ainda durante a internação hospitalar de sua esposa;
- E8 tem mantido suas atividades fora e dentro do domicílio, mas diminuiu a intensidade;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade.
- A expectativa da E8 e o esposo era resolver o problema do mau cheiro e infiltração das fezes e a tranquilidade manifestada em atingir este objetivo;

E8"o médico me disse que o tumor era no reto, que eu ia fazer a radioterapia para ele diminuir de tamanho e depois a cirurgia, e agora estou fazendo a quimioterapia. Quero terminar logo e estou fazendo exames também porque quero tirar a bolsinha logo, ele disse que posso fazer a cirurgia para colocar o intestino pra dentro e ele funcionar como era antes".

- Equipamento em uso: equipamentos de 2 peças com base plana recortável até 57 mm, diâmetro do estoma de 20 mm.

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade do esposo em aprender os cuidados com a estomia e a troca dos equipamentos para poder retornar junto com a esposa todas as atividades que costumavam realizar.
-Dúvidas em relação ao autocuidado e o quadro clínico.
- *"Nós gostaríamos de entender melhor o que foi essa cirurgia, porque não ficou muito claro o porque da bolsinha. O médico falou mas ainda temos dúvidas".*

Teorizacão

- Explicações sobre terapia neoadjuvante (radioterapia) e adjuvante (quimioterapia), as consequências da cirurgia, reconstrução gastrintestinal e principalmente o autocuidado com a estomia e a troca dos equipamentos.
- Explicações com inserção de novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, além do tratamento de radioterapia e quimioterapia, seus tipos e suas complicações.
- E8 e o esposo, participativos, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados.
- Demonstração das etapas da troca do equipamento.
-E8 e o esposo acompanharam toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento.
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com um álbum seriado

Hipóteses de solução

- Equipamento Indicado: bolsa de 2 peças com base plana de 45 mm de diâmetro de 13 a 22 mm.
-Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o posicionamento, uso de produtos como água e sabão em barra, materiais adjuvantes como lenços

umedecidos de removedor adesivo em substituição ao uso de éter por ser prejudicial a pele e o risco de lesão ao estoma e adequação do local.

- Esposo foi orientado a realizar o autocuidado com paciência e a pesquisadora fez uma adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto do paciente.
- E8 em posição dorsal, limpeza com água e sabão em barra, secagem da pele periestoma sem fricção, uso de lenços umedecidos de removedor adesivo, pasta de resina sintética, aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade.
- Esposo com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos

Aplicação a Realidade

- Realização de todas as etapas com interrupção e discussão sobre o autocuidado na troca do equipamento;
- Realização da troca do equipamento com maior desenvolvimento de habilidade e aquisição de confiança, posição do corpo, iluminação adequada com supervisão da pesquisadora;
- Esposo mostrou-se seguro, tranquilo, confiante e realizou a troca sem dificuldades e interrompia para se certificar que as etapas estivessem corretas;
- E8 e o cuidador relataram facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 4 dias para 7 dias. Além disso, referiu maior conforto pelo menor tamanho do equipamento, com maior conforto;
-Utilizado por 7 dias pelo paciente, com avaliação sobre a adaptação e aceitação da mesma.
- O esposo conseguiu realizar o autocuidado de forma eficaz, fazendo o recorte da base do tamanho do estoma e utilizando o lenço removedor adesivo.

E8-"Nossa a forma como foi explicado tudo foi muito bom, porque a gente não sabia direito como trocar a bolsa e cuidar do estoma. No hospital não explicaram, e você falou que não pode usar o éter, que tem lenços que a secretaria de saúde, a gente

não sabia. Antigamente a gente usava muito o éter, nós achamos que não tinha problema".

E8-"A vantagem da gente saber como cuidar certo da bolsinha é que temos mais tranquilidade quando sair de casa, porque nós temos um pequeno restaurante de comida japonesa, isso dá mais segurança pra gente preparar os ingredientes e tudo o mais".

Educando 9 (E9):

sexo feminino, 40 anos, solteira, sem filhos, assistente social, natural de Ourinhos/SP, comunicativa e participativa. Mostrou-se tranquila e interessada em saber mais sobre sua situação de saúde e autocuidado. Compareceu a acompanhada de sua mãe. Colostomizada há 1 mês por CCR e submetido à retossigmoidectomia (Cirurgia à Hartmann) em fevereiro/2013, realizou tratamento adjuvante com 20 ciclos de quimioterapia antineoplásica. O autocuidado com a colostomia e os equipamentos é realizado pela E9 com a ajuda da mãe. A família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento e reabilitação. Foram realizadas duas visitas, no período de 08/03/13 a 15/03/13.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora.

Observação da realidade

- Relato de dificuldades com a durabilidade dos equipamentos e nos cuidados com a estomia, pois teve alta hospitalar recentemente, estava recebendo visitas pelo convênio de saúde há 15 dias, mas não conseguiram resolver seu problema com os equipamentos. Além disso, outras atividades fora do seu domicilio também foram prejudicadas pelo medo do equipamento descolar;
- Referiu vontade em realizar o autocuidado e que seria um desafio aprendê-lo, mas não teve orientações direcionadas para isso;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade;
- A autonomia em realizar o autocuidado gerou boas expectativas para E9 e para a família;
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada, relata que o seu médico forneceu-lhe informações detalhadas e as possíveis consequências dos tratamentos:

E9-"o cirurgião me disse que eu tive um pólipo no reto na faixa dos 25 anos pra frente e que ao longo dos anos ele cresceu e virou um tumor. Disse também que posso tirar o estoma e voltar ao normal, nossa não vejo a hora";

- Equipamento em uso: equipamentos de 2 peças com base plana recortável até 70 mm, diâmetro do estoma de 34 mm.

Pontos-Chave

- Relato de disponibilidade para assumir o autocuidado para poder realizar suas atividades cotidianas e atividades fora do domicílio como ir a igreja, voltar a trabalhar até a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal;
- Dificuldades com a durabilidade dos equipamentos e nos cuidados com a estomia,
-Dúvidas em relação ao quadro clínico, tratamento adjuvante como a quimioterapia, complicações.

E9-"Tenho curiosidade em saber como será a quimioterapia, porque faz pouco tempo que fiz a cirurgia e o médico pediu para esperar passar esse primeiro mês, e já estou para começar".

Teorização

Explicações sobre terapia adjuvante (quimioterapia) e consequências da cirurgia, autocuidado com a estomia e troca dos equipamentos:
Novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia;
E9 mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados.
E9 acompanhou toda a atividade educativa, com atenção e solicitando explicações para melhor entender o procedimento;
- Material didático**:** figuras e fotografias com o álbum seriado

Hipóteses de solução

-Equipamento indicado: bolsa de colostomia 2 peças, base convexa de 45 mm de diâmetro e moldável de 22 a 33 mm.
- Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o tamanho do espelho, posicionamento e adequação do local.
- Paciente foi orientada a realizar o autocuidado com calma e paciência, respeitando seu tempo interno.
-Adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto da paciente;
- Verificado o melhor posicionamento do espelho retangular 40 x 50 cm na cadeira com angulo de 45 graus para melhor visualização para a paciente, e na posição dorsal quando familiar lhe ajudasse na troca.
- E9 em posição ortostática frente ao espelho, limpeza com água e sabão em barra, secagem da pele periestoma sem fricção, uso de pasta de resina sintética, aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade.
- A pesquisadora esclareceu as dúvidas sobre os equipamentos, as principais diferenças como tipo de material, durabilidade, conforto, facilidade na troca e limpeza.
- E9 com habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada.

Aplicação a Realidade

- E9 estava com todo o material, organizado sobre a cama e mostrava-se disposta ao aprendizado do autocuidado.
- Realização de todas as etapas com interrupção e discussão sobre o autocuidado em cada uma das etapas da troca do equipamento.
- Realização da troca do equipamento pela própria E9 e avaliação pela pesquisadora da habilidade e aquisição de confiança por cerca de 7 dias.
- Mostrou-se segura, tranquila, confiante e realizou a troca sem dificuldades e interrompia para se certificar que as etapas realizadas estivessem corretas.

-Relatou facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 2 dias para 7 dias, assim como maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen;

-Esclareceu dúvidas sobre o uso da base moldável e recortável, as diferenças no autocuidado com os dois tipos de bases, a diferença com o tipo de matéria prima das mesmas e sua melhor adaptação;

E9- "Você deu uma boa orientação, fez com que a gente trabalhasse melhor, sentisse mais segurança, porque o que estava acontecendo comigo era que vazava as fezes, você quer ter uma vida normal. E essa segurança com a bolsa certa que você passou"

E9-"Assim, eu fico mais tranquila porque eu posso sair com as minhas amigas, ir na igreja, trabalhar, porque eu estava com começo de depressão.

Familiar: *"Nossa antes a gente sentia aquele mau cheiro, eu falava pra ela está na hora de trocar, agora com essa placa que você deu não aconteceu mais, foi muito bom. Você tem orientado muito bem, tanto ela quanto eu, a gente tem se saído bem melhor depois que a gente conheceu você ficou muito mais fácil trabalhar. Você só deu orientações boas pra gente, tudo que você falou tem dado certo".*

Educando 10 (E10):

sexo masculino, 55 anos, casado, 2 filhos, aposentado, comunicativo e participativo. Paciente desde o primeiro contato pessoal na visita domiciliar apresentou-se tranquilo e interessado em saber sobre o autocuidado. Na avaliação clínica compareceu acompanhado de sua esposa. Colostomizado há 1 ano por diverticulite, realizava o autocuidado com a colostomia e os equipamentos com a ajuda da esposa. A família sempre esteve presente em todas as etapas de tratamento e reabilitação. Foram realizadas duas visitas para o desenvolvimento da atividade educativa, no período de 19/03/13 a 27/03/13.
Duração média da atividade de ensino em cada encontro: 1 hora

Observação da realidade

- A troca dos equipamentos é realizada por E10 com auxílio da esposa.
-Referiu que o equipamento utilizado no autocuidado não é bom, mas que fez uma adaptação do mesmo recortando toda a circunferência da base plana.
-Refere não saber se o autocuidado está correto e que nenhum profissional de saúde explicou-lhe o processo durante o perioperatório;
- O domicílio possui boas condições físicas para a realização do autocuidado, sendo o quarto o cômodo escolhido para a atividade;
- Gostaria de maior autonomia para realizar o autocuidado e resolver o problema do mau cheiro, infiltração das fezes fazendo com que a durabilidade da mesma seja apenas de 2 dias, gerou boas expectativas ao paciente e a família e a tranquilidade em atingir este objetivo.
- Em relação ao diagnóstico de sua doença e cirurgia realizada, relata que o seu médico forneceu-lhe informações parciais sobre as possíveis consequências dos tratamentos;
-Paciente apresenta ferida crônica (úlcera venosa) em membro inferior direito que não cicatriza a mais de 1 ano. Os cuidados com a ferida venosa será por meio da utilização de terapia compressiva e uso de coberturas de placa de hidrocolóide impregnada com prata (AG).

- Equipamento em uso: bolsa de 2 peças com base plana recortável até 45mm, diâmetro do estoma de 19 mm.

Pontos-Chave

-Relato de disponibilidade para assumir o autocuidado para ter independência e autonomia, e para solucionar o problema do mau cheiro e a durabilidade do equipamento. Paciente possui duas úlceras em membro inferior direito há mais de 2 anos sem um processo de cicatrização efetivo.
-Dúvidas em relação ao autocuidado e quadro clínico.

E10 "Tenho curiosidade em entender porque que quando fiz a cirurgia para religar meu intestino deu problema".

- Dor na ferida e membro inferior direito após a realização do curativo pela pesquisadora havia diminuído consideravelmente.

Teorizacão

- Explicações sobre o autocuidado com a estomia e troca dos equipamentos, cirurgia e suas complicações e cuidados com a úlcera venosa.
- Novos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema digestório, a função do intestino delgado e grosso no organismo, a fisiopatologia da doença, a indicação da cirurgia e estomia, e a técnica adequada na troca dos equipamentos.
- E10 mostrava-se à vontade e participante, interrompendo para solicitar maior detalhamento sobre os tópicos abordados;
- Material didático utilizado: figuras e fotografias com um álbum seriado
-O curativo em ferida venosa foi utilizado soro fisiológico 0,9%, placa de hidrocolóide Aquacel (Ag) e bota de unna, com explicações sobre a importância dos cuidados no domicílio.

Hipóteses de solução

- Equipamento indicado: bolsa de 2 peças com base convexa de 45 mm de diâmetro e moldável de 13 a 22 mm.
-Discussão das possibilidades e recursos no domicílio como o posicionamento para o autocuidado e a realização do curativo e adequação do local.
-Adaptação do espaço físico e a disposição dos materiais para a troca dos equipamentos no quarto do paciente
- Realização da troca do equipamento pelo próprio E10 para maior desenvolvimento de habilidade e aquisição de confiança;
-Habilidade motora para os movimentos finos requeridos para o manuseio e troca dos equipamentos, inclinação do corpo e iluminação adequada;
- O posicionamento do paciente foi em posição semi-deitada, referiu maior conforto na troca dos equipamentos, limpeza com água e sabão em barra, secagem da pele periestoma sem fricção e aplicação da base no abdômen, com estiramento da pele para melhor adesividade.
- Ficou estabelecido com E10 sobre o uso do tipo de base a moldável convexa nos os cuidados com a estomia e equipamentos. Em relação a ferida a pesquisadora continuou com o tratamento junto ao paciente em torno de 2 meses com troca a cada 7 dias com o processo de cicatrização completo.

Aplicação a realidade

- Todo o material estava organizado sobre a cama e mostrava-se disposto ao aprendizado do autocuidado e para a realização do curativo em ferida venosa estavam também organizados sendo gaze estéril, soro fisiológico 0,9 %, placa de hidrocolóide Aquacel (Ag) e bota de unna.
-Facilidade de adaptação e aumento no tempo de durabilidade de 2 dias para 7 dias do equipamento.
-Referiu maior conforto pela diminuição da pressão do equipamento no abdômen, não teve problema com infiltração das fezes e mau cheiro da mesma.

Avaliação da atividade educativa:

E10- "Você foi uma benção que eu recebi, ter cuidado de mim, em referência a bolsa foi ótimo, e com referência a ferida que é esse problema de circulação que tenho, as dores que eu sentia e o tratamento que fazia não fechava a ferida, tomava muitos medicamentos e não resolvia. Agora com esse novo tratamento com essa botinha que você colocou, as dores que eu sentia melhorou, a ferida está fechando, pra mim está sendo excelente este tipo de tratamento".

E10- "Antes eu usava uma placa que era um material duro, eu tinha que trocar até 3 vezes na semana, tinha que cortar um buraco maior. Agora com essa bolsa que é moldável, é excelente eu fico 7 dias com ela e não tem fezes por baixo, gostei muito".

E10 Eu fico feliz porque resolveu meu problema, anos sofrendo sem saber como cuidar direito, os produtos que você usou que eu não conhecia, nem o médico sabia, eu mostrei pra ele, pra mim foi excelente.

Familiar: *Você ajudou muito ele, a bolsinha, a ferida que não cicatrizava, eu que fazia o curativo, usava um monte de pomadas e nada !! A gente fica muito feliz.*

Figura 3. FERIDA CRÔNICA “ÚLCERA VENOSA- 12/03/2013

Figura 4. 12/03/2013

Figura 5. 12/05/2013

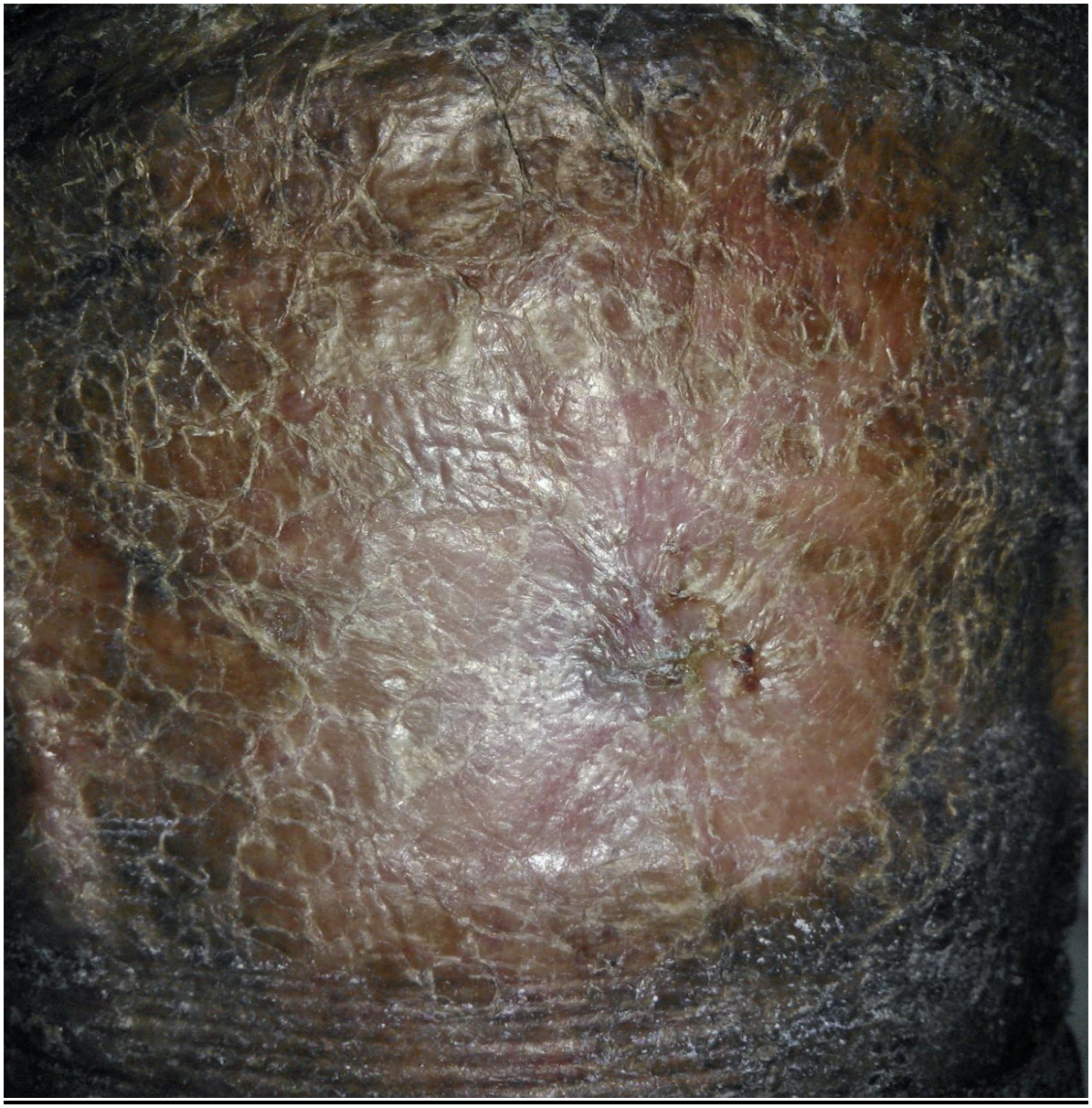


Figura 6. 12/05/2013

7.2 Esquema 1: Categoria de Análise dos dados

Com o desenvolvimento da atividade educativa com os 10 estomizados intestinais, utilizando o Método do Arco, apresentaremos a análise da avaliação final da aprendizagem alcançada por eles.

Analisamos as avaliações de aprendizagem destes estomizados intestinais, por meio da análise de conteúdo indutiva. Assim, criamos dois núcleos de sentidos denominados de "Necessidade de conhecimentos sobre o autocuidado com a estomia e equipamentos" e "Autonomia do estomizado intestinal com a aprendizagem do autocuidado no domicílio", que serão apresentados sequencialmente.

Núcleo de sentido 1: "Necessidade de conhecimentos sobre o autocuidado com a estomia e equipamentos"

Os relatos dos estomizados intestinais trazem a dimensão das dificuldades com a estomia intestinal na vida cotidiana destes, bem como a necessidade de aprendizagem do autocuidado no domicílio:

E1-"Aprendendo o autocuidado a gente fica mais livre, tranquilo, com mais coragem, porque no caso de uma viagem ou alguma coisa, eu tenho a capacidade de executar a troca sozinho, até quando eu não sei... mas por enquanto eu estou trocando ».

E2- Tinha cuidado que eu não sabia direito, limpava lá do meu jeito, mas agora que você ensinou, eu sei fazer... O aprendizado do autocuidado ... Nossa foi muito bom, não tenho como lhe explicar, nossa foi uma benção de Deus".

E3- "Foi muito bom porque aprendi coisas novas, assim não preciso ficar incomodando meu filho e minha nora, consigo fazer sozinha. Do jeito que você ensinou, fiz a troca da bolsa e o curativo, acho que consegui, fico feliz porque assim não preciso ficar incomodando minha nora."

E4- "Eu achava que nunca conseguiria trocar a bolsa, que era complicado, mas agora sei que não é. Basta ter paciência e calma que consigo fazer certo, isso deixa a gente mais livre para sair e fazer as coisas".

E5- ”Eu fico mais sossegado sabendo a bolsa certa e o jeito certo de colocar, pra sair de casa sem muita preocupação. Pra mim o difícil era durar a bolsa, ela durando as coisas melhoram muito, pra poder fazer as coisas com mais sossego”.

E6- Nossa foi muito bom mesmo, porque você disse coisas para cuidar do estoma que ninguém tinha falado antes, como o uso da pasta, o recorte da bolsa. Eu sempre ganhei a pasta da secretaria de saúde mas devolvia porque não sabia para que servia e por isso não usava”.

E7-“você consegue fazer as coisas em paz, sem medo, esse é o principal, acreditar em você, e não é tão difícil quanto como parece no começo

E8- “Nossa a forma como foi explicado tudo foi muito bom, porque a gente não sabia direito como trocar a bolsa e cuidar do estoma. No hospital não explicaram, e você falou que não pode usar o éter, que tem lenços que a secretaria de saúde, a gente não sabia. Antigamente a gente usava muito o éter, nós achamos que não tinha problema”.

E9- Você deu uma boa orientação, fez com que a gente trabalhasse melhor, sentisse mais segurança, porque o que estava acontecendo comigo era que vazava as fezes, você quer ter uma vida normal. E essa segurança com a bolsa certa que você passou”.

E10- Você foi uma benção que eu recebi, ter cuidado de mim, em referência a bolsa foi ótimo, e com referência a ferida que é esse problema de circulação que tenho, as dores que eu sentia e o tratamento que fazia não fechava a ferida, tomava muitos medicamentos e não resolvia. Agora com esse novo tratamento com essa botinha que você colocou, as dores que eu sentia melhorou, a ferida está fechando, pra mim está sendo excelente este tipo de tratamento”.

Com a análise destes relatos, pudemos verificar os desdobramentos da condição de estomizado no cotidiano, com muitas limitações, influenciando na autoestima e na avaliação da capacidade individual, como se estes não fossem dignos de manter a sua vida.

Assim, a observação da realidade, por meio da relação dialógica, enfermeiro-estomizado intestinal, possibilita o estabelecimento das questões de aprendizagem, específicas para cada um indivíduo, respeitando os seus limites e adequando aos recursos individuais, familiars e os equipamentos coletores disponíveis no SUS (SONOBE, 1996; BERBEL, 1998; SONOBE et al., 2001;

BORDENAVE;BORDENAVE; PEREIRA, 2002; SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002; BASTABLE, 2011; BERNARDIN, 2013).

Portanto, a necessidade de aprendizagem deve ser definida pela perspectiva do educando (estomizado intestinal) e não do educador (enfermeiro).

Núcleo de sentido 2: "Autonomia do estomizado intestinal com a aprendizagem do autocuidado no domicílio"

Os relatos sobre a avaliação da atividade educativa no domicílio pelos estomizados intestinais, revelam a importância da aprendizagem destes indivíduos, devolvendo a autonomia e independência, com resgate do valor da pessoa:

E1- "O estomizado... acho que está sempre com o pé atrás... porque ele sofre... O que eu sofri e que os outros sofrem, a hora que ele puder ele mesmo trocar a bolsa ou fazer alguma coisa, é uma vitória, uma vantagem a mais... Eu sei se um dia eu não puder mais fazer, alguém vai fazer pra mim, mas por enquanto pelo menos nessa parte melhorou... Entre os benefícios está o psíquico, eu me sinto mais seguro, essa parte melhorou bastante. Eu estou contente. Para mim foi ótimo, a única coisa que tenho medo e quando eu não ter mais condições físicas de executar a troca da bolsa e precisar dos outros".

E2- "Estou me sentindo muito bem, nossa Pai do céu, não tenho como lhe explicar sobre a assistência que você deu, só Deus. Não esperava ser tão bem atendida...(se emocionou)".

E3- O benefício é a liberdade e independência, fico mais tranquila para fazer as coisas, estou feliz por isso ».

E4- Nossa dá mais segurança, e se eu tiver que sair por exemplo ir viajar, fico com mais segurança, sem medo, porque não é um bicho de sete cabeças ».

E5- "A duração da bolsa e como colocar, do jeito certo, pra mim foi melhor, foi uma coisa ótima, mais uma coisa que aprendi".

E6- "Nossa pra mim foi realmente maravilhoso, gostei muito mesmo, de verdade". Nossa melhorou bastante mesmo, principalmente a questão do mau cheiro, usando a pasta e recortando a bolsa do tamanho certo, isso melhorou muito. A gente sai do hospital mas eles não falam pra gente certinho como trocar a bolsa. Estou muito feliz de ter conseguido resolver isso.

E7- Pra mim foi a tranquilidade, para os filhos dela eu acho que foi também porque eles confiam da maneira que eu cuido dela.

E8- A vantagem da gente saber como cuidar certo da bolsinha é que temos mais tranquilidade quando sair de casa, porque nós temos um pequeno restaurante de comida japonesa, isso dá mais segurança pra gente preparar os ingredientes e tudo o mais".

E9- "Assim, eu fico mais tranquila porque eu posso sair com as minhas amigas, ir na igreja, trabalhar, porque eu estava com começo de depressão".

E10- Eu fico feliz porque resolveu meu problema, anos sofrendo sem saber como cuidar direito, os produtos que você usou que eu não conhecia, nem o médico sabia, eu mostrei pra ele, pra mim foi excelente.

Familiar E10- Você ajudou muito ele, a bolsinha, a ferida que não cicatrizava, eu que fazia o curativo, usava um monte de pomadas e nada !! A gente fica muito feliz".

Muitas vezes, a assistência especializada aos estomizados intestinais apresenta uma abordagem técnico-procedimental e a humanização do cuidado é relegada ao segundo plano. A acessibilidade aos equipamentos coletores e a assistência especializada para esta clientela, somente terá validade, a partir do momento em que estes puderem viver com dignidade, autonomia e independência em relação à condição de estomizado intestinal. Acessibilidade ao atendimento especializado pressupõe qualidade e resolutividade para a demanda de necessidades na orientação e preparação da pessoa com estoma para o convívio social e familiar (BASTABLE, 2011; BRASIL, 2009).

A estratégia de ensino é o meio pelo qual a aprendizagem será significativa para cada um destes pacientes, e portanto, deve estar adequado às características socioculturais e clínicos dos educandos.

Acreditamos que a aprendizagem alcançada, por cada um destes participantes do nosso estudo, reflete a importância da atividade de educação em saúde pelo enfermeiro, com utilização de estratégia viável e que responda à necessidade de aprendizagem do estomizado intestinal no domicílio.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino do autocuidado desenvolvido com os estomizados intestinais no domicílio, é viável e possível, assim como em outros contextos. Acreditamos que o ensino do autocuidado deve ser iniciado no pré-operatório até o domicílio do paciente, com integração dos diferentes níveis de atendimento à saúde, favorecendo a compreensão e adaptação em relação a sua nova condição de estomizado.

No município, onde esse estudo foi realizado, evidenciou-se que não há assistência especializada aos estomizados, o que dificulta o atendimento das reais necessidades e planejar uma assistência individualizada.

O ensino do autocuidado no domicílio mostrou-se útil e contribuiu na recuperação e reabilitação dos pacientes. A aprendizagem do autocuidado com a estomia e equipamentos, assim como com feridas, possibilitou a autonomia e independência, na realização das atividades cotidianas com o retorno ao convívio social.

Os estudos corroboraram com os resultados encontrados nessa pesquisa, em relação às dificuldades de adaptação a nova condição em decorrência de problemas com equipamentos, falta de ensino sobre o autocuidado com a estomia e a troca dos equipamentos, entendimento sobre seu adoecimento, as possibilidades de retorno às atividades cotidianas, de lazer e trabalho, entre outros.

O ensino do autocuidado no perioperatório deve ser realizada, de forma individualizada e sistematizada, que podem trazer benefícios como foi evidenciado neste estudo.

As instituições de saúde necessitam de enfermeiras capacitadas para desenvolverem atividades de ensino, com habilidades interpessoais para estabelecer uma relação dialógica, para identificar as reais necessidades desta clientela.

As necessidades de aprendizagem apresentados pelos partipantes deste foram sobre a patologia, tratamentos e suas consequências, complicações, além dos cuidados com a estomia e equipamentos e necessidades de adaptação no contexto domiciliário.

A utilização do Método do Arco no ensino do autocuidado no domicílio, mostrou-se favorável e flexível, permitindo abordar as diferentes necessidades de aprendizagem, com adequação à realidade de cada pessoa.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3. p. 263-271, 1993.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras,** Universidade Metodista de São Paulo. 1. ed. Primeiro semestre/ 2008. Disponível em: <http://www.metodista.br/ppc/multiplas-leituras/multiplas-leituras-01> . Acesso em: 10 mar. 2012.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). **Ostomy home skills kit**. **Cidade**, 2013.

ANGROSINO, M. V. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

ATTOLINI, R. C.; GALLON, C. W. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, **cidade**, v. 30, n. 3, p. 289-298, 2010.

BAPTISTA, T. W. F. **Os direitos à saúde no Brasil** : sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARNABE, N. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. Estratégias de enfrentamento (*coping*) de pessoas ostomizadas.**Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: pricípios de ensino-aprendizagem. Tradução Aline Capelli Vargas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEAVER, K. et al. Colorectal cancer follow-up: patient satisfaction and amenability to telephone after care. **European Journal of Oncology Nursing**. v.15, p. 23-30, 2011.

BECHARA, R. N. et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 25, n.2, p.146-149, 2005.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.2, p. 139-54, 1998.

BERNARDIN, P. **Maquiavel pedagogo ou ministerio da reforma psicologica**. Campinas : CEDET, 2013.

BLACK, P. Teaching stoma patients to self-care. **Nursing & Residential Care**. v.11, n.11, p. 546-49, 2009.
BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24. ed. Petrópolis: Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapëutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo : Atheneu, 2012. 644 p.

BORWELL, B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. **British Journal of Nursing.** v.18, n. 42, p. 20-5, 2009.

BORWELL, B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. **British Journal of Community Nursing**. v. 14, n. 8, p. 326-331, 2010.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema único de saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>. Acesso em: 14 jul. 2013.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Colocar titulo**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

BRASIL. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/principais-numeros-do-sistema-nacional-de-informacoes-sobre-saneamento-2010-snis-divulgado-em-junho-de-2012>. Acesso em: 14 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série F. Comunicação e

Educação em Saúde).

BRASIL. Decreto 5.296, de 02 dezembro 2004. Regulamenta a Lei No 10.048, de 8 de Novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei No 10.098, de 19 de Dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Seção 1. p. 5.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 72.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Portaria n° 400. Brasília, 2009.

BRASIL. Produzido pelo programa nacional do portador de deficiência-PNDH. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BURCH, J. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. **British Journal of Community Nursing**. v.16, n. 8, p. 366-373, 2011.

CANO, D. S. et al. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. **Psicologia:** reflexão e crítica. v. 22, n. 2, p. 214-222, 2009.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, n.25, p. 363-76, abr./jun. 2008.

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

COLLUCCI, C. Câncer colorretal cresce em todo o mundo, diz pesquisa. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 15 jun. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/junho/cancer_colorretal_cresce_mundo_150

6.pdf> . Acesso em: 25 jul. 2013.

COLWELL, J. C.; GRAY, M. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery?. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs**. v. 34, n. 5, p. 492-6, 2012.

CONNOR, G. O. Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. **British Journal of Nursing**. v. 14, n. 6, p. 320-4, 2005.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, out./dez. 2010, p. 925-937.

COSTA, L. M. P. **Qualidade de vida e complicações decorrentes da colostomia úmida em dupla boca como opção de desvios urinário e fecal simultâneos**. 2007. 80 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CRAWFORD, D. et al. Traditional nurse instruction versus 2 Session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care a multisite randomized controlled trial. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs**. v. 39, n. 5, p. 1-8, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativos, quantitativos e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALMOLIN, B. M.; LOPES, S. M. B.; VASCONCELLOS, M. P. C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.

DEALEY, C. **The care of Wounds.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

DEITZ, D.; GATES, J. Basic ostomy management. **Nursing**. v. 40, n. 2, p. 61-62, February 2010.

GALL, C. A. et al. Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. **Dis Colon Rectum**, v. 50, p. 801-809, 2007.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GAROFALO, T. Colostomy : types, indications, formation and reversal. In : FAZIO, V. W.; CHURCH, J. M.; WU, J. S. (Eds.). **Atlas of intestinal stomas**. New York : Springer, 2012**.**

GIDDENS. A. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

GOSSELINK, P. et al. Quality of life after total mesorectal excision for rectal cancer. **Colorectal Disease**, v. 8, p. 15-22, 2005.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)**.** 2010. Produzido por INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 20 fev. 2013.

JORN, P; PEER, W. J. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. **The Cochrane Library**. v.10, 2011.

KINGSLEY, L. et al. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. **Journal of Advanced Nursing**. v. 60, n. 6, p. 627-635, 2007.

LAGO, M. C. et al. Gênero, gerações e espaço domestic: trabalho, casa e família. **Paidéia.** v.4, n.44, p. 357-366, 2009.

LEE, J.; MOORE, H; ASBURY, N. Meeting the challenges: delivering interactive stoma care education. **British Journal of Community Nursing**. v. 13, n. 4, p. 154-9, 2008.

LENZA, N. F. B. **Programa de Ostomizados:** os significados para estomizados intestinais e familiares. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, janeiro 1996.

LO, S. F. et al. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. v. 67, n. 1, p. 68–76, 2011.

_____. A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. **Journal of Clinical Nursing**. v. 19, p.1844-1854, 2009.

LUCENA, M. T. et al. Tratamento com radio e quimioterapia do carcinoma epidermóide do canal anal: experiência do Hospital Barão de Lucena. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 30, n. 2, p. 167-174, 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. D. C; BARROS, M. L. De gênero, geração e classe: uma discussão sobre as mulheres das camadas médias e populares do Rio de Janeiro. **Estudos feministas**. v. 17, n. 2, p. 369-393, 2009.

MATOS, D. et al. **Coloproctologia.** São Paulo: Manole, 2004.

MAYER, R. J. Câncer do trato gastrintestinal. In: BRAUNWALD, E. [*et al.*]. **Harrison Medicina Interna**. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002. p. 613-623.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v, 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MELANI, A. G. F., CAMPOS, F. G. Ressecção laparoscópica pós terapia neo-adjuvante no tratamento do câncer no reto médio e baixo: resultados da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 26, n. 1, p. 89-96, 2006.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

MERLINO, J. I. Quality of life of the ostomate. In : FAZIO, V. W.; CHURCH, J. M.; WU, J. S. (Eds.). **Atlas of intestinal stomas**. New York : Springer, 2012**.**

MINAYO, M. C. S. Saúde e doença como expressão cutural. In: AMÂNCIO FILHO, A; Moreira, M. C. B. (org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MITCHELL, K. A. et al. Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs**. v. 34, n. 5, p. 524-532, 2007.

MORAES, J. T.; SOUSA, L. A.; CARMO, W. J. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centro-oeste de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 2, n. 3, 2012.

MUNICÍPIO DE OURINHOS. Disponível em: <http://www.ourinhos.sp.gov.br/conteudo/mostrar/id/758/titulo/Dados+Gerais>. Acesso em: 14 jul. 2013.

NAZARKO, L. Colostomy: Complications and effective management. **Nursing & Residential Care**. v. 9, n. 3, March 2007.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto:** revisão integrativa da literatura. 2008. 209f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, M. S. et al. Associação da dieta com câncer colorretal: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 4, p. 287-295, 2010.

PARRA, R. S. et al. Análise retrospectiva das neoplasias de ânus em pacientes atendidos no HC-FMRP-USP de 1979 a 2004 e revisão de literatura. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 27, n. 2, p. 119-129, 2007.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F.; PAULA P. R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. n. 29, n. 1, p. 77-82, 2009.

PEREIRA, A. L. F. Tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**. V. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PINHO, M. Resposta completa à terapia neoadjuvante no câncer de reto: apenas sorte ou um resultado possível? **Revista Brasileira de Coloproctologia**. n. 27, n. 4, p. 474-478, 2007.

PITTMAN, J. et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs**. v. 35, n. 5, p. 493-503, 2008.

PITTMAN, J. Characteristics of the patient with an ostomy. **Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 38, n.3, p. 271-279, 2011.

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

PORTAL SAÚDE. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/10/PoliticaNacionaldeAtencaoOncologica.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2013.

POTTER, P. P.; PERRY, A. G**. Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro : Elsevier, 2009.

RAMOS, R. S. et al. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 280-286, 2012.

READDING, L. A. Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. **British Journal of Nursing**. v.14, n.16, p. 16-20, 2005.

ROCHA, J. J. R. **Coloproctologia:** princípios e práticas. São Paulo: Atheneu, 2011.

ROMANELLI, G. **O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e a ação do estado**. Bauru: Mimesis, 2003.

ROTHROCK, S. C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Editora: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2007.

SAMPAIO, F. A. A. et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**. v. 2, n.1, p. 94-100, 2008.

SANTOS, C. H. M.; BEZERRA, M. M.; BEZERRA, F. M. M.; PARAGUASSÚ, B. R. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 27, n. 1, p. 16-19, 2007.

SANTOS JR, J. C. M. Radioterapia - lesões inflamatórias e funcionais de órgãos pélvicos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 26, n. 3, p. 348-353, 2006.

_____. Câncer Ano-Retal-Cólico - aspectos atuais: I – câncer anal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 27, n. 2, p. 219-223, 2007.

SANTOS, V. L. C. G; CESARETTI, I. U. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

SCHAURICH, D; CABRAL, F. B; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.11, n. 2, p. 318-24, 2007.

SILVA, J. **Complicações pós-operatórias em pacientes com câncer colorretal:** as evidências para o cuidado de enfermagem. 2011. 40f. Monografia

(Especialização) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SMELTZER, S.C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Editora: Guanabara Koogan. 12. edição. v. 1. Rio de Janeiro, 2011.

SMITS, S. WCET and WOCN, What Is the Difference? **Journal WOCN**. v. 35, n. 6. November/December 2005.

SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Disponível em: <http://www.sobest.com.br>. Acesso em: 27 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETICOS. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSOS. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLINICA. 2011. Disponível em http://www.sboc.org.br. Acesso em julho de 2013.

SONOBE, H.M. **A atividade de ensino pré-operatório com os pacientes laringectomizados**. 1996. 101f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

_____. **Estoma e pele periestoma de estomizados intestinais:** evidências para a proposição de um protocolo de avaliação. 2009. 61f. Relatório de pesquisa - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SONOBE, H.M et al. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47, n. 4, p. 425-33, 2001.

SOUZA, M. T.; Silva, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, J. L.; GOMES, G. C.; BARROS, E. J. L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.550-555, 2009.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K., LINCON, Y. S. **Strategies of qualitative inquiry**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publishers, 2003.

STECKERT, J. S. et al. Análise das complicações tardias em operações anorretais: experiência de um serviço de referência em coloproctologia. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 30, n. 3, p. 305-317, 2010.

STOCCHI, L. Ileostomy. In : FAZIO, V. W.; CHURCH, J. M.; WU, J. S. (Eds.). **Atlas of intestinal stomas**. New York : Springer, 2012**.**

STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; KIRSCHNER, R. M. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan./mar. 2008.

TOTH, P. E. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. v. 22, n. 3, p:174–177, 2006.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. n. 17, v. 3, p. 627-633, 2012.

VALADÃO, M. et al. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um Hospital Geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 30, n. 2, p. 160-166, 2010.

VARMA, C.T.S. A healthy lifestyle for the ostomist in relation to exercise. **British Journal of Nursing**. v.18, n. 17, p. 18-22, 2009.

VARMA, C. T. S. Factors affecting closure of a temporary stoma. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs**. v. 38, n. 6, p. 1-7, 2011.

VIEIRA, D. G. Método Paulo Freire, ou método Laubach. **Mídia sem máscara**. 9 mar. 2004. Disponível em: <http://paraibarama.blogspot.com/2008/12/mtodo-paulo-freire-ou-mtodo-laubach.html>. Acesso em 27 jul. 2013.

VIOLIN, M. R; MATHIAS, T. A. F; UCHIMURA T. T. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 10, n. 4, p. 924-32, 2008.

WALLACE, A; TAYLOR, C. Recognising how chemotherapy side effects can affect stoma care. **Cancer nursing practice**. v.10, n. 2, p. 20-5, 2011.

WALSHE, C. E. et al. Case studies: a research strategy appropriate for palliative care? **Palliative Medicine**, v.18, n.8, p. 677-84. 2004.

WILLIAMS, J. Caring for the older ostomate. **Nursing and Residential Care**. v.10, n. 2, p. 64-67, 2008.

WILLIAMS, J et al. E-learning: interactive learning for stoma care nursing. **Nursing and Residential Care**. v.11, n.1, p. 37-41, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. **WOCN**, 2010.

WU, J. S. Intestinal stomas : historical overview. In : FAZIO, V. W.; CHURCH, J. M.; WU, J. S. (Eds.). **Atlas of intestinal stomas**. New York : Springer, 2012.

ZANDONAI, A. P.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.46, n. 1, p.234-9, 2012.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

1- INFRAESTRUTURA DO DOMICÍLIO

1- Local de Residência

1. ( ) urbana 2. ( ) rural

2- Moradia

1. ( ) casa 2. ( ) apartamento 3. ( ) outro:_____

3- Situação da Moradia

1. ( ) própria 2. ( ) alugada 3. ( ) cedida 4. ( ) financiada
5. ( ) outro:_____

4- Tipo de Domicílio

1. ( ) Com acabamento de Tijolos 2. ( ) sem acabamento de Tijolos
3. ( ) Com acabamento de Madeira 4. ( ) sem acabamento de Madeira
5. ( ) Com acabamento de Barro 6. ( ) sem acabamento de Barro
7. ( ) outros:_____

5- Número de cômodos na casa:_____

6- Número de banheiros:_____

7- Paciente possui um banheiro individual: 1. ( ) sim 2. ( ) não

8- Residência possui cômodo específico para o paciente: 1. ( ) sim 2. ( ) não

9- Água encanada: 1. ( ) sim 2. ( ) não

10- O esgoto interligado a rede pública: 1. ( ) sim 2. ( ) não

11- Coleta de lixo: 1. ( ) sim 2. ( ) não

12- Energia elétrica: 1. ( ) sim 2. ( ) não

13- Ventilação dos cômodos:
1. ( ) natural 2. ( ) Ventilador 3. ( ) ar condicionado 4. ( ) exaustor
5. ( ) outro:_____

14- Piso na casa: 1. ( ) sim 2. ( ) não

15- Tipo de Piso: 1. ( ) cerâmica 2. ( ) cimento 3. ( ) terra
4. ( ) Cimento queimado (vermelhão)

16- Telefone: 1. ( ) sim 2. ( ) não

17- Tipo de Telefone: 1. ( ) fixo 2. ( ) celular 3. ( ) ambos 4. ( ) nenhum

2- ATENDIMENTO EM SAÚDE

18- Possui Convênio privado em saúde: 1. ( ) sim 2. ( ) não

19- Onde busca atendimento em saúde quando necessita:
1. ( ) UBS/PSF 2. ( ) Hospital Público 3. ( ) Hospital Privado 4. ( ) outros:_____

20- Número de moradores no mesmo domicílio: _____

21- Estes ajudam no cuidado: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Se sim: Qual o grau de parentesco:_____

22- Privacidade na troca da bolsa coletora e equipamentos:
1. ( ) sim 2. ( ) não

3- AUTOCUIDADO NO DOMICÍLIO

23- Qual cômodo da casa costuma realizar a troca da bolsa e equipamentos:
1. ( ) banheiro 2. ( ) quarto 3. ( ) área externa da casa
4. ( ) outro:_____

24- Recebeu orientação durante internação hospitalar?

1. ( ) sim 2. ( ) não

25- Recebeu orientação sobre a necessidade da confecção do estoma?
1. ( ) sim 2. ( ) não

26- Recebeu orientação médica ou de outro profissional de saúde que a cirurgia resultaria na confecção da estomia permanente ou provisória?
1. ( ) sim 2. ( ) não

27- Após a alta hospitalar recebeu orientação sobre o autocuidado?
1. ( ) sim 2. ( ) não

28- Quem realizou a orientação do autocuidado?
1. ( ) enfermeira 2. ( ) técnica/auxiliar de enfermagem 3. ( ) médico
4. ( ) outros: Quem:_____

29- Quando foi realizada esta orientação?
1. ( ) antes da internação hospitalar 2. ( ) durante a internação hospitalar
3. ( ) após a alta hospitalar

30- Mudança na alimentação após a cirurgia?
1. ( ) sim 2. ( ) não
Tipo de dieta: 1. ( ) líquida sem resíduos 2. ( ) líquida 3. ( ) pastosa 4. ( ) leve
5. ( ) branda 6. ( ) geral

31- Mudança na alimentação do paciente alterou a alimentação da família?
1. ( ) sim 2. ( ) não Porque:_____

32- Vestuário modificou?
1. ( ) sim 2. ( ) não Tipo:_____

<u>3- DESLOCAMENTO E ATIVIDADES SOCIAIS</u>

33- Local do domicílio possui transporte público: 1. ( ) sim 2. ( ) não

34- Esse transporte é de fácil acesso ao programa de estomizados ou local de aquisição dos equipamentos?
1. ( ) sim 2. ( ) não

35- Você paga por esse meio de transporte?
1. ( ) sim 2. ( ) não

36- Você costuma buscar a bolsa coletora e os equipamentos:
1. ( ) sim 2. ( ) não
Se não Quem: _____

37- Rua pavimentada: 1. ( ) sim 2. ( ) não

38- Distância do domicílio até as unidades de serviços de saúde que frequenta é:
1. ( ) muito perto 2. ( ) perto 3. ( ) muito longe 4. ( ) longe 5. ( ) outro:_____

39- Tempo de locomoção da residência até a unidade de serviço de saúde mais próximo:
_____

40- Tempo de locomoção da residência até o local de aquisição dos equipamentos:
_____

41- Facilidade de acesso da residência para serviços como supermercado, padaria, entre outros:
1. ( ) sim 2. ( ) não
Se não. Porque:_____

42- O que mais interfere em sua participação da residência até o grupo dos estomizados?
1. ( ) distância 2. ( ) dificuldade em se locomover 3. ( ) falta de interesse
4. ( ) compromisso 5. ( ) outro:_____

43- Houve mudança de domicílio após a condição de estomizado?
1. ( ) sim 2. ( ) não
Se sim, porque:_____

44- Realiza atividade doméstica cotidiana:

1. ( ) sim 2. ( ) não

Se sim Qual:_____

45- Tem ajuda nos afazeres domésticos?

1. ( ) sim 2. ( ) não

Qual a frequência: _____

46- Existe alguma atividade cotidiana que deixou de fazer após a cirurgia na confecção da estomia?

1. ( ) sim 2. ( ) não

Se sim Qual:_____

47- A família mudou a rotina após sua cirurgia?

1. ( ) sim 2. ( ) não

O quê:_____

48- Houve mudança de rotina do responsável que realiza o cuidado?

1. ( ) sim 2. ( ) não

O quê:_____

49- Deixou de realizar suas atividades sociais após a cirurgia?

1. ( ) sim 2. ( ) não

Porque:_____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados.
Pesquisador responsável: Janaína da Silva (Nº USP 6930026; COREN-SP: 248.470)
Orientador responsável: Profª. Dra. Helena Megumi Sonobe (Nº USP844502; COREN SP : 50353)

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que busca avaliar a estrutura do domicílio e os cuidados que as pessoas com colostomia realizam em casa. Para tanto, você deverá responder algumas perguntas do questionário.

A sua participação não lhe causará danos, riscos a saúde ou interrupção no atendimento no Programa de Ostomizados; não acarretará custos, pois, a responder o questionário ocorrerá conforme disponibilidade em sua casa; você também não receberá pagamento pela participação. Você terá toda liberdade em participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O seu nome não será revelado em momento algum da pesquisa e também receberá uma cópia deste documento assinada.

A entrevista será realizada pela própria pesquisadora.

Os resultados do estudo serão analisados, publicados e apresentados em eventos científicos.

Esse estudo possibilitará melhorar o ensino realizado no Programa de Ostomizados para as pessoas com colostomia em relação cuidados com a colostomia e troca da bolsa, adequando as diferentes experiências.

Qualquer dúvida que você tiver ou para esclarecimentos, poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (14) 8156-4659; e-mail: janasilva@usp.br. Meu endereço é Rua Professor Pedreira de Freitas, 12 – Ribeirão Preto – SP – CEP 14040-720:

Agradeço pela sua colaboração

Atenciosamente,

_____

Janaína da Silva

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa, afirmo estar recebendo uma cópia deste documento e autorizo a utilização dos dados para o este estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Ourinhos, de de 2013.

_____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

I- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais do nome:_____Data da avaliação: __/__/____

1. DN:____anos sexo : 1. ( ) feminino 2. ( ) masculino

2. Raça/cor: 1. ( ) branca 2. ( ) parda 3. ( ) negra 4. ( ) amarela 5. ( ) indígena

3. Ocupação:_____

4. Escolaridade:_____

5. Religião : 1. ( ) católica 2. ( ) Evangélica (Pentecostal) 3. ( ) Protestante
4. ( ) outros :_____

6. Renda Familiar :_____

7. É o responsável financeiramente pelo sustento familiar ?
1. ( ) sim 2. ( ) não

8. Seguimento: 1. ( ) PSF/UBS 2. ( ) Hospital público/privado
3. ( ) Programa de Ostomizados 4. ( ) Home care 5. ( ) outro :_____

9. Possui alguém da família que manifestou mesma patologia ?
1. ( ) sim 2. ( ) não

10. Possui outra doença que faz acompanhamento médico como :
1. ( ) Hipertensão arterial 2. ( ) Diabetes mellitus 3. ( ) colesterol 4. ( ) Problemas cardíacos 5. ( ) outros :_____

II- DADOS CLÍNICOS E DE TRATAMENTOS

11. Peso:_____altura: _____

12. Diagnóstico:_____Data:_____

13. Realizou cirurgias anteriores :
1. ( ) sim 2. ( ) não Quais :_____

14. Recidiva da doença : 1. ( ) sim 2. ( ) não

15. Estadiamento clínico : 1. ( ) incial 2. ( ) avançado

16. Outros Tratamentos: 1. ( ) sim 2. ( ) não
se sim, qual : _____

17. Quimioterapia: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Quantos ciclos:_____
Droga utilizada:_____
Quanto tempo :_____

18. Radioterapia: 1. ( ) sim 2. ( ) não
N°Aplicações:_____ Local :_____ Quanto tempo :_____

19. Realizou quais terapias :
1. ( ) neoadjuvância 2. ( ) adjuvância 3. ( ) ambas

20. Cirurgia realizada: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Qual :_____
Data : _____ Tempo de estomizado :_____

21. Tipo de estomia: 1. ( ) Colostomia 2. ( ) Ileostomia 3. ( ) Urostomia
4. ( ) Outra: _____

22. Localização do estoma: 1. ( ) QIE 2. ( ) QID 3. ( ) Tranverso

23. Diâmetro do estoma:_____mm Protrusão do estoma: _____mm

24. Características do estoma: 1. ( ) Maturado 2. ( ) Edemaciado 3. ( ) Ulcerado
4. ( ) estenosado 5. ( ) outro :_____

25. Formato do estoma : 1. ( ) arredondado 2. ( ) irregular 3. ( ) ovalado
4. ( ) outro :_____

26. Nível do estoma: 1. ( ) Nivelado 2. ( ) Retraído 3. ( ) Prolapsado

27. Pele periestoma: 1. ( ) Íntegra 2. ( ) Eritematosa 3. ( ) Ulcerada 4. ( ) outro :_____

28. Efluente: 1. ( ) Líquido 2. ( ) Semi-pastoso 3. ( ) Pastoso 4. ( ) Formado

29. Equipamento em uso: 1. ( ) Oclusor 2. ( ) Não drenável peça única 3. ( ) Drenável Peça Única 4. ( ) 2 Peças

30. Base: 1. ( ) Plana 2. ( ) convexa
Tipo : 1. ( ) Resina Parcial 2. ( ) Resina Total 3. ( ) Pré-cortada 4. ( ) Recortável
Diâmetro da base :____mm

31. Adjuvantes: 1. ( ) Cinto 2. ( ) Pasta de Resina Sintética 4. ( ) Pó de Resina Sintética
5. ( ) Outro:_____
Freqüência de trocas: _____/semana.

32. Quantas bolsas recebe por mês do programa :_____
Acima de 10 porque :_____

33. Irrigação Intestinal: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Freqüência: _____Tempo de Procedimento:_____
Quantidade de água:_____Horário:_____
Quem realiza : 1. ( ) Paciente 2. ( ) familiar 3. ( ) cuidador 4. ( ) outro :_____

III- CURATIVO E FERIDA CIRÚRGICA

34. Ferida cirúrgica cicatrizada: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Característica : 1. ( ) limpa 2. ( ) hiperemia/edema 3. ( ) hematoma 4. ( ) necrose
Presença de dor : (0-10) : _____

35. Exsudato: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Tipo : 1. ( ) seroso 2. ( ) sero-sanguinolento 3. ( ) purulento

36. Pontos cirúrgicos: 1. ( ) íntegros 2. ( ) alternados 3. ( ) retirados
37. Presença de deiscência: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Tipo : 1. ( ) parcial 2. ( ) total

38. Infecção do sítio cirúrgico: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Tipo : 1. ( ) superficial 2. ( ) profunda

39. Uso de antimicrobianos: 1. ( ) sim 2. ( ) não
Ação : 1. ( ) tópico 2. ( ) sistêmico
Qual :_____

40. Fístulas: 1. ( ) sim 2. ( ) não

IV- AUTOCUIDADO COM ESTOMIA E EQUIPAMENTOS

41. Esvazia a bolsa de colostomia: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda
Porque : 1. ( ) Dificuldade motora/idade 2. ( ) condicão clinica
3. ( ) comprometimento emocional

42. Lava a bolsa de colostomia: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

43. Maneja a presilha da bolsa: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

44. Descola a bolsa para a troca: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

45. Limpa o estoma e a pele periestoma: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

46. Mede o estoma: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

47. Faz o molde na base: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

48. Recorta a base: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

49. Seca a pele periestoma: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

50. Fixa a base da bolsa: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

51. Conecta a bolsa a base: 1. ( ) sozinho 2. ( ) com ajuda

V- MATERIAL PARA A LIMPEZA DO ESTOMA E TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

52. Quais materiais utiliza na lavagem: 1. ( ) água e sabão em pedra 2. ( ) água e detergente 3. ( ) água e sabonete barra/líquido 4. ( ) SF 0,9 % 5. ( ) outros :_____

53. Material utilizado na limpeza : 1. ( ) compressa perfumada 2. ( ) gaze 3. ( ) pano 4. ( ) fralda 5. ( ) outros :_____

54. Materiais utilizado para remover os equipamentos : 1. ( ) água 2. ( ) benzina 3. ( ) éter 4. ( ) álcool 5. ( ) outros: _____

55. Como mede o tamanho do estoma : 1. ( ) molde do estoma 2. ( ) medidor ou marcador 3. ( ) fita métrica 4. ( ) régua 5. ( ) outro: _____

VI- CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

56. Capacidade de realização do autocuidado: 1. ( ) Nula 2. ( ) Parcial 3. ( ) Total
57. Capacidade do familiar/cuidador: 1. ( ) Nula 2. ( ) Parcial 3. ( ) Total
58. Adaptação a nova condição: 1. ( ) Nula 2. ( ) Parcial 3. ( ) Total

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados.
Pesquisador responsável: Janaína da Silva (Nº USP 6930026; COREN-SP: 248.470)
Orientador responsável: Profª. Dra. Helena Megumi Sonobe (Nº USP844502; COREN SP : 50353)

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que busca avaliar os cuidados com a colostomia, a bolsa coletora e os cuidados com a ferida operatória. Para tanto, você deverá responder algumas perguntas do questionário com a documentação da região abdominal para melhor acompanhamento da ferida no local da cirugia e problemas no uso da bolsa de colostomia. Seu tempo estimado de participação será durante toda atendimento ou quantas vezes participar da mesma.

A sua participação não lhe causará danos, riscos a saúde ou interrupção no atendimento no Programa de Ostomizados; não acarretará custos, pois, a entrevista ocorrerá conforme sua disponibilidade; você também não receberá pagamento pela participação. Você terá toda liberdade em participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O seu nome não será revelado em momento algum da pesquisa e também receberá uma cópia deste documento assinada.

Você poderá ao final solicitar esclarecimentos sobre os cuidados com a colostomia e troca da bolsa.

A entrevista será realizada pela própria pesquisadora.

Os resultados do estudo serão analisados, publicados e apresentados em eventos científicos.

Esse estudo possibilitará melhorar o ensino para as pessoas com colostomia em relação cuidados com a colostomia, troca da bolsa e com a ferida operatória.

Qualquer dúvida que você tiver ou para esclarecimentos, poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (14) 8156-4659; e-mail: janasilva@usp.br. Meu endereço é Rua Professor Pedreira de Freitas, 12 – Ribeirão Preto – SP – CEP 14040-720:

Agradeço pela sua colaboração, Atenciosamente,

_____
Janaína da Silva

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa, afirmo estar recebendo uma cópia deste documento e autorizo a utilização dos dados para o este estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Ourinhos, de de 2013.

_____

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 458/2011

Ribeirão Preto, 16 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de novembro de 2011.

Protocolo: nº 1415/2011

Projeto: Ensino de autocuidado para estomizados no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados.

Pesquisadores: Helena Megumi Sonobe
Janaina da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Maria Antonieta Prado

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: ***Educação do autocuidado para estomizados no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados***
Pesquisador responsável: Janaína da Silva (Nº USP 6930026; COREN-SP: 248.470)
Orientador responsável: Profª. Dra. Helena Megumi Sonobe (Nº USP844502; COREN SP : 50353)

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que busca identificar os cuidados que as pessoas com colostomia precisam aprender para se cuidarem em casa. Para tanto, você deverá responder algumas perguntas do questionário e a entrevista será gravada e com a documentação da região abdominal para melhor acompanhamento da ferida no local da cirugia e problemas no uso da bolsa de colostomia. Seu tempo estimado de participação será durante toda a entrevista ou quantas vezes participar da mesma.

A sua participação não lhe causará danos, riscos a saúde ou interrupção no atendimento no Programa de Ostomizados; não acarretará custos, pois, a entrevista ocorrerá em dia conforme sua disponibilidade em sua casa; você também não receberá pagamento pela participação. Você terá toda liberdade em participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O seu nome não será revelado em momento algum da pesquisa e também receberá uma cópia deste documento assinada.

Você poderá ao final solicitar esclarecimentos sobre os cuidados com a colostomia e troca da bolsa.

A entrevista será realizada pela própria pesquisadora.

Os resultados do estudo serão analisados, publicados e apresentados em eventos científicos.

Esse estudo possibilitará melhorar o ensino realizado no Programa de Ostomizados para as pessoas com colostomia em relação cuidados com a colostomia e troca da bolsa, adequando as diferentes experiências.

Qualquer dúvida que você tiver ou para esclarecimentos, poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (14) 8156-4659; e-mail: janasilva@usp.br. Meu endereço é Rua Professor Pedreira de Freitas, 12 – Ribeirão Preto – SP – CEP 14040-720:

Agradeço pela sua colaboração

Atenciosamente,

_____

Janaína da Silva

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa, afirmo estar recebendo uma cópia deste documento e autorizo a utilização dos dados para o este estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Ourinhos, de de 2013.

_____