

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAUL DE PAIVA SANTOS

**AUTOCUIDADO DE PESSOAS IDOSAS COM ESTOMIA POR CÂNCER
COLORRETAL À LUZ DA ETNOENFERMAGEM**

ALFENAS/MG

2018

RAUL DE PAIVA SANTOS

**AUTOUIDADO DE PESSOAS IDOSAS COM ESTOMIA POR CÂNCER
COLORRETAL À LUZ DA ETNOENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: O Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio.

Coorientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

ALFENAS/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

Santos, Raul de Paiva.
S237a Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal à luz da
Etnoenfermagem. / Raul de Paiva Santos. - Alfenas/MG, 2018.
111 f.: il. –

Orientadora: Eliza Maria Rezende Dázio .
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade
Federal de Alfenas, 2018.
Bibliografia.

1. Câncer colorretal. 2. Idoso. 3. Estomaterapia. 4. Autocuidado. 5.
Enfermagem. I. Dázio, Eliza Maria Rezende. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000



Raul de Paiva Santos

"Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal à luz da Etnoenfermagem"

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 29/11/2018

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Eliza Maria Rezende Dázio*

Profa. Dra. Roberta Seron Sanches
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Roberta Seron Sanches*

Prof. Dr. José Vitor da Silva
Instituição: Escola de Enfermagem Wenceslau
Braz

Assinatura: *José Vitor da Silva*

Dedico essa dissertação às pessoas idosas com estomia intestinal por câncer colorretal, que compartilharam suas experiências de vida conosco, assim como aos seus familiares e aos integrantes do Projeto de Extensão Viva bem com uma Estomia. Sem a ajuda de vocês seria impossível a realização desse trabalho. Serei eternamente grato por cada momento que compartilhamos. Desejo-lhes saúde, paz, amor e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo apoio durante os estudos, em especial à minha mãe, Maria Aparecida de Paiva, pelo constante incentivo a me tornar cada vez melhor, como pessoa e como profissional.

Às minhas irmãs Ana Paula e Andressa, pelo constante apoio e por nunca terem me abandonado.

Ao meu companheiro Gustavo, por estar ao meu lado nos momentos em que mais necessitei.

Aos meus familiares, em especial meus avós Augusto e Benedita, primos Bruno, Fernando, Grazi e Marco, e tias Benedita, Luzia, Maria e Zilda, que sempre entenderam minhas ausências.

Agradeço também aos meus sobrinhos Ana Beatriz, Ana Lívia, Arthur, Augusto, Marcos e Yan, obrigado pelo carinho, confiança e amor dispensados a mim.

Às discentes de enfermagem Letícia e Larissa pelo auxílio no desenvolvimento do estudo, vocês contribuíram e muito na concretização desse trabalho.

Aos amigos de décadas e aos que fiz durante a pós-graduação, em especial à Aline, Bárbara, Bianca e Lara, vou guardar tudo o que compartilhamos na memória para sempre e espero que possamos continuar nossa amizade.

Às pessoas idosas com estomia cadastradas no projeto de extensão, pela colaboração. Agradeço por cada experiência de vida e por cada ensinamento compartilhado.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG pelo conhecimento compartilhado.

À coorientadora Silvana Maria Coelho Leite Fava pelo auxílio durante a realização do trabalho.

À orientadora Eliza Maria Rezende Dázio por ter me apoiado e auxiliado em tudo o que foi possível; serei eternamente grato por tudo que conseguimos alcançar juntos. Obrigado por cada conhecimento, por cada carona, por cada coleta de dados e sessão de orientação.

Às pessoas que direta, ou indiretamente contribuíram para a concretização do trabalho e de um objetivo de vida: me tornar um mestre.

Muito obrigado!

RESUMO

A assistência à pessoa idosa com estomia deve ser integral, humanizada e efetiva, portanto, os profissionais da área da saúde devem estar capacitados para o atendimento às diversas demandas de cuidado e conhecer os intervenientes que possam contribuir para o Déficit de Autocuidado. Destarte, trata-se de um estudo centrado no autocuidado da pessoa idosa com estomia que teve como objetivo analisar o autocuidado de pessoas idosas com estomia intestinal por câncer colorretal. Adotou-se a abordagem qualitativa fundamentada no referencial do Déficit do Autocuidado de Orem, com emprego da Etnoenfermagem, realizado com cinco pessoas idosas cadastradas em um projeto de extensão universitária, na faixa etária dos 60 a 86 anos, residentes na área urbana de um município do Sul de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu por meio da observação participante, entrevista semiestruturada e vídeo-gravação. Da análise dos dados foi construído o tema central “Vivendo com estomia intestinal: desafios para o autocuidado”. Dentre os fatores intervenientes para o autocuidado destacam-se os sociais e relacionais, educacionais, culturais e religiosos, econômicos e políticos. O autocuidado da pessoa idosa com estomia por câncer colorretal é permeado de especificidades. A equipe multiprofissional, especialmente o enfermeiro deve iniciar a assistência no diagnóstico e acompanhar no período perioperatório, na alta, no encaminhamento ao serviço especializado e no seguimento ambulatorial. A demarcação do local da estomia é fundamental, assim como as orientações em relação ao autocuidado durante a internação, ensino progressivo para o autocuidado à pessoa idosa e aos seus familiares, com vistas à reabilitação e recuperação da saúde, prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida. Constituem intervenientes para o Déficit de Autocuidado os fatores tecnológicos, legais e políticos, e econômicos, enquanto os fatores sociais, educacionais, religiosos, culturais favoreceram o autocuidado.

Palavras-chave: Câncer colorretal. Idoso. Estomaterapia. Autocuidado. Enfermagem.

ABSTRACT

Assistance to the elderly with ostomies must be comprehensive, humanized and effective, so health professionals should be able to attend to the various demands of care and know the intervenient factors that can contribute to the Self-Care Deficit. Thus, the study focused on the self-care of the elderly with ostomy and aimed to analyze the self-care of elderly people with intestinal ostomies by colorectal cancer. Study with a qualitative approach based on the theoretical reference of Orem's Self-Care Deficit and methodological reference of the Ethnonursing, carried out with five elderly people enrolled in a university extension project, in the age group of 60-86 years, living in the urban area of a Southern municipality of Minas Gerais. Data collection took place through participant observation, semi-structured interview and video-recording. From the analysis of the data was constructed the central theme, Living with intestinal ostomy: challenges for self-care. Among the intervening factors for self-care are social and relational, educational, cultural and religious, economic and political. Self-care of the elderly with ostomy due to colorectal cancer is permeated with specificities. The multiprofessional team, especially the nurse must initiate the assistance in the diagnosis and follow up in the perioperative period, the discharge, the referral to the specialized service and the outpatient follow-up. The demarcation of the stomatal site is fundamental, as well as the orientations regarding self-care during hospitalization, progressive education for the self-care of the elderly and their families, with a view to rehabilitation and recovery of health, prevention of complications and improvement of quality of life. Technological, legal, political, and economic factors play a part in the Self-Care Deficit, while social, educational, religious, and cultural factors have favored self-care.

Key-words: Colorectal cancer. Elderly. Wound, Ostomy and Continence Nursing. Self-care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estratégia de busca nas Bases de Dados.....	19
Figura 2 - Modelo do Sol Nascente de Leininger.....	29
Quadro 1 - Caracterização da amostra da revisão integrativa de literatura.....	20
Quadro 2 - Caracterização sociocultural e clínica de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABL - Academia Brasileira de Letras

CCR - Câncer colorretal

CER - Centro Especializado em Reabilitação

ESF - Estratégia Saúde da Família

INCA - Instituto Nacional do Câncer

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MEEM - Mini-exame do Estado Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TDUCC - Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo geral	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1	O Autocuidado em pessoas idosas com ostomia por câncer colorretal: revisão integrativa	18
4.1.1	Etapa um: Identificação do problema de pesquisa.....	18
4.1.2	Etapa dois: Busca na literatura.....	18
4.1.3	Etapa três: Avaliação dos dados.....	20
4.1.4	Etapa quatro: Análise dos dados.....	20
4.1.5	Etapa cinco: Apresentação dos resultados.....	20
4.2	Resultados e discussão	21
4.2.1	Aspectos contextuais da ostomia por câncer colorretal.....	24
4.2.2	Fatores intervenientes do autocuidado em pessoas idosas com ostomia.....	25
4.2.3	O papel do Enfermeiro na gestão do cuidado ao paciente idoso com ostomia.....	27
5	REFERENCIAL TEÓRICO	30
6	MÉTODO	32
6.1	Delineamento do estudo	32
6.2	Contexto de investigação	35
6.3	Participantes do estudo	35
6.4	Imersão e saída do campo de pesquisa	36
6.5	Procedimentos para coleta de dados	36
6.6	Instrumentos para a coleta de dados	37
6.7	Aspectos Éticos da Pesquisa	38
6.8	Análise de dados	38
7	RESULTADOS	40
7.1	Caracterização sociocultural e clínica	40
7.2.1	Dona Flora.....	42
7.2.2	Dona Antônia.....	42
7.2.3	Dona Maria do Carmo.....	43
7.2.4	Senhor Félix.....	45
7.2.5	Senhor Olavo.....	45

7.3 Depoimentos.....	46
7.3.1 Dona Flora.....	46
7.3.2 Dona Antônia.....	49
7.3.3 Dona Maria do Carmo.....	55
7.3.4 Senhor Félix.....	58
7.3.5 Senhor Olavo.....	68
8 DISCUSSÃO.....	72
8.1 Ser idoso e viver com uma estomia intestinal: desafios para o autocuidado.....	72
8.2 As contribuições da Enfermagem no autocuidado.....	89
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES.....	104
ANEXOS.....	110

1 INTRODUÇÃO

Este estudo centrou-se no autocuidado da pessoa idosa com estomia por câncer colorretal - CCR. Assim, no contexto do envelhecimento populacional, algumas doenças inerentes ao envelhecimento ganham destaque, dentre elas, o câncer.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017) câncer é o nome genérico de um vasto conjunto de doenças, caracterizado pelo crescimento de células anormais, as quais podem invadir áreas adjacentes do corpo e se disseminar pelo organismo. É considerada a segunda causa de morte com 8,8 milhões de mortes em 2015. Conforme dados do Projeto Globocan, da OMS, em 2012 ocorreram 14 milhões de casos de câncer no Mundo, com 8 milhões de óbitos. No Brasil, as estimativas para o biênio de 2016-2017 apontam a ocorrência de 600 mil novos casos; sendo o câncer de intestino responsável por 7,8% dos casos, ficando em terceiro lugar; não obstante, o CCR assume o terceiro e segundo lugares de maior incidência, em homens e mulheres, respectivamente. Já em relação à mortalidade, em 2013 ocorreram 15415 mortes por CCR, 7387 em homens e 8024 nas mulheres, destacando ainda mais a magnitude da doença na Sociedade brasileira (INCA, 2015; INCA, 2017).

O CCR é uma patologia com localizações e aspectos clínico-patológicos diversos, além de não possuir sinais patognomônicos, ou seja, não possui sinais e sintomas específicos da doença (INCA, 2017). Devido ao seu diagnóstico ser feito algumas vezes em estadiamento avançado, opções terapêuticas mais drásticas podem ser adotadas, como a confecção de estomia. A ressecção abdominal com confecção de estomia continua sendo a principal abordagem cirúrgica para os pacientes com CCR (ZHANG et al., 2013). Ademais, o procedimento cirúrgico pode ser acompanhado por quimioterapia ou radioterapia, implicando consequentemente em uma maior demanda de cuidado.

Por sua vez, estomia refere-se à abertura criada cirurgicamente no corpo visando a eliminação dos dejetos corporais ou a administração de alimentação. As estomias intestinais podem ser temporárias ou permanentes e recebem a denominação de acordo com o segmento intestinal exteriorizado. As colostomias abarcam a abertura do cólon na parede abdominal. Uma colostomia é criada quando uma porção do cólon ou do reto é removida cirurgicamente e o restante é trazido à parede abdominal, resultando em uma comunicação do cólon com o exterior. Já as ileostomias envolvem a abertura do íleo, podendo envolver a retirada, parcial ou completa, do cólon, com a comunicação do intestino delgado com o exterior (UANN, 2017).

A presença de um estomia acarreta em mudanças significativas na vida das pessoas, pois, não é apenas a imagem corporal que está afetada, outras dimensões são igualmente comprometidas. Principalmente, na pessoa idosa, que aliados a presença da estomia pode ocorrer alterações sensório-motoras, excesso de peso, anemia, deterioração física e mental e comprometer o autocuidado (BLACK, 2009a).

É importante destacar que neste estudo será adotado o termo estomia, tendo em vista que em 2004 a Associação Brasileira de Estomaterapia consultou a Academia Brasileira de Letras - ABL quanto ao uso dos termos estomia e ostomia; a ABL em resposta esclareceu que ambas expressões vêm do grego *stoma*. Por exemplo, *stoma* associado a cólon, mais o sufixo -ia, forma a palavra colostomia. Nesse sentido, o lexicógrafo Sérgio Pachá observa que a letra “o” na palavra “colostomia” não é advinda da palavra estoma, mas sim a cólon. A partir desse momento a SOBEST passou a adotar o emprego de estomia ao invés de ostomia (MARTINS et al., 2007).

A assistência a pessoa idosa com estomia por CCR deve ser integral, humanizada e efetiva, portanto, profissionais da área da saúde devem estar capacitados para o atendimento às diversas demandas de cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem por obrigação assistir tal clientela, em quaisquer níveis de assistência. No nível primário de atenção atua na prevenção de comportamentos de risco ao câncer, na referência e contrarreferência dos pacientes com câncer e estomia, fazendo parcerias entre os setores de Educação, Saúde e Governo, visando garantir o direito da pessoa com estomia aos suplementos necessários. No nível secundário, atua desde o preparo para o tratamento (quimioterápico, radioterápico, cirúrgico ou misto), auxilia nesses e, antes da alta hospitalar tem potencial de desenvolver a educação em saúde, orientando a pessoa idosa com estomia por CCR quanto à realização de seu autocuidado. Nesse contexto, o enfermeiro se engaja a outros profissionais para oferecer cuidados de qualidade às pessoas que passam por uma cirurgia de estomia, uma experiência transformadora da vida; ademais, essas pessoas enfrentam adversidades que são pobremente compreendidas (MAYDICK, 2014). Assim, o enfermeiro desempenha um papel primordial na compreensão da nova condição de vida e no autocuidado.

Não obstante, o processo de ajustamento à nova condição é complexo à pessoa idosa com estomia e à família, assim, os profissionais de saúde que atuam na gestão do cuidado devem avaliar as necessidades individuais, com vistas à adaptação das dimensões biopsicossociais, espirituais e culturais. Deve-se levar em consideração as atitudes da pessoa com estomia, a base de conhecimentos pessoal e familiar, a capacidade de aprender e estar confortável na manipulação da estomia e do equipamento coletor (LOPES; DECESARO, 2014), que são

influenciados pela cultura. Deve-se contemplar no planejamento da assistência a habilidade do cuidado com a estomia e com o equipamento coletor, a capacidade para identificar problemas, o cuidado com a pele periestomal e entender como prevenir e tratar potenciais complicações (LOPES; DECESARO, 2014), tendo como meta o retorno às atividades de vida diária e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Nesse sentido, emergiu a questão de pesquisa: como é o autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal?

2 JUSTIFICATIVA

Inicialmente, ao realizar uma Revisão Integrativa de Literatura percebeu-se que as pesquisas que abordam a temática do autocuidado na pessoa idosa com estomia por câncer colorretal ainda são incipientes, principalmente no Brasil.

Estudo aponta que há fragilidades no conhecimento de pessoa idosa acerca de estomia (CHENG et al., 2013), o que pode comprometer o autocuidado. Constatou-se ainda, que a maioria dos profissionais de saúde ainda foca aspectos técnicos, o que é um fator limitante ao progresso rumo à autonomia pessoal, ou seja, não ocorre o desenvolvimento da coautonomia (POLETO; SILVA, 2013). Assim, prover conhecimentos específicos e enfatizar ou ensinar o autocuidado antes da alta hospitalar, pode otimizar a qualidade de vida dessas pessoas (CHENG et al., 2013).

Ter uma estomia pode trazer à tona alguns sentimentos, como o medo e a incerteza. O estigma pode tornar-se parte da vida, o que leva o paciente a superar as adversidades, tendo como maior fator estressante não estar apto a corresponder às expectativas sociais. Assim, percebe-se também que a estomia intestinal implica em mudanças no corpo e na identidade pessoal, acarretando vulnerabilidade biopsicossocial e familiar, entrelaçados na vida cotidiana (MARTINS et al., 2015). Além do que algumas pessoas idosas com estomia podem ter a capacidade olfativa reduzida e se sentirem envergonhados caso percebam que a equipe de saúde, os familiares e amigos sentiram o odor de fezes (BLACK, 2009b).

Nesse contexto, ao se trabalhar junto a pessoa idosa com estomia, o enfermeiro pode aumentar a sua autoconfiança e a sua independência (BLACK, 2009a), o que corrobora para maior autonomia no cuidado com a estomia, melhora da autoestima e, conseqüentemente, do bem-estar e qualidade de vida.

No entanto, o enfermeiro deve estar preparado para lidar com as dificuldades próprias da senescência, que culminam em uma menor autonomia e/ ou capacidade de execução de tarefas. Nesse sentido, conhecer como a pessoa idosa realiza o seu autocuidado pode subsidiar intervenções da equipe multidisciplinar de saúde, permitindo assim uma atenção à saúde mais resolutiva, individualizada, humanizada, ou seja, um cuidado integral. Ademais, poderá embasar as diversas disciplinas curriculares dos cursos de Enfermagem, visando a formação de um profissional competente para estimular as capacidades de autocuidado. Por fim, a pesquisa tem potencial de produzir e atualizar conhecimentos nas áreas de Saúde Pública, Enfermagem Gerontológica, Enfermagem em Estomaterapia, Médico-cirúrgica, dentre outras.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos secundários estão apresentados a seguir:

3.1 Objetivo geral

Analisar o autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal

3.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos adotou-se:

- a) Verificar como o autocuidado é realizado em pessoas idosas com estomia por câncer colorretal e os fatores intervenientes para o autocuidado;
- b) Analisar o contexto de vida de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O Autocuidado em pessoas idosas com ostomia por câncer colorretal: revisão integrativa

Visando o embasamento teórico do presente estudo, elaborou-se uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o autocuidado de pessoas idosas com estomia intestinal por câncer. O método de revisão integrativa (WHITEMOORE; KNALF, 2005) proporciona uma busca e interpretação abrangente de diversas metodologias investigativas em um único estudo, sendo esse composto por cinco etapas.

4.1.1 Etapa um: Identificação do problema de pesquisa

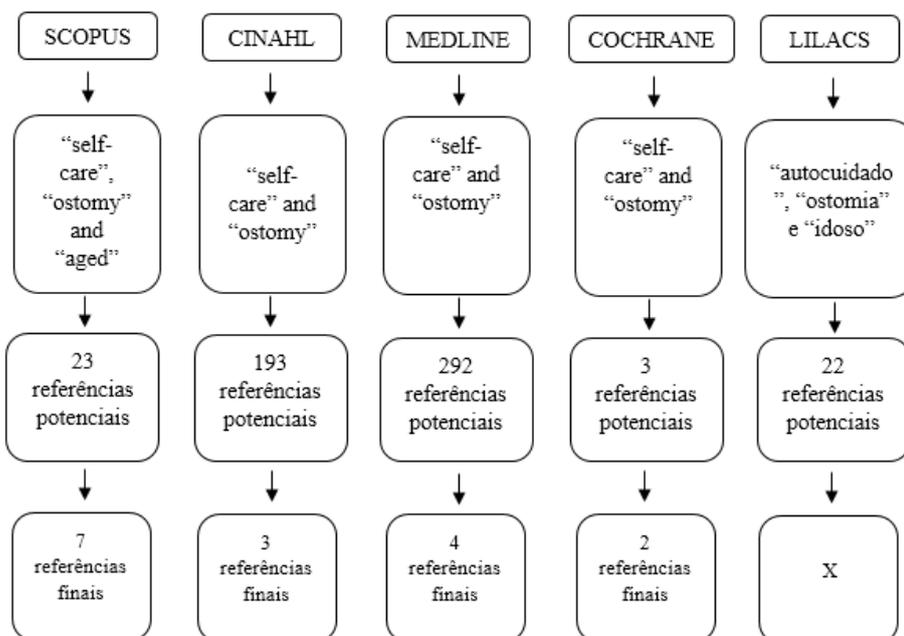
Nessa fase descreve-se o objetivo da revisão, que consistiu em investigar como o autocuidado é realizado em pessoas idosas com estomia. Esta constitui um recurso terapêutico indicado às pessoas com CCR e, apesar de seus benefícios à saúde do paciente com câncer, a presença de uma estomia demanda de assistência complexa em saúde e também dos cuidados domiciliares realizados pela própria pessoa, isto é, o autocuidado. Tal autocuidado abarca procedimentos relacionados ao esvaziamento, à troca, à fixação da bolsa coletora, dentre outros. Nesse sentido, o autocuidado reveste-se de grande importância, com reflexos diretos à qualidade de vida, ao conforto e ao bem-estar do paciente. Emergiram as perguntas de pesquisa: Como é o autocuidado de pessoas idosas com estomia? Quais os principais temas abordados nas pesquisas sobre autocuidado da pessoa idosa com estomia? Qual o papel do enfermeiro na gestão do cuidado e capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com estomia por câncer colorretal?

4.1.2 Etapa dois: Busca na literatura

Nessa etapa realizou-se uma busca sistematizada nas Bases de Dados, com o intuito de explorar as publicações científicas sobre a temática. Na presente investigação, o processo de exploração da produção científica sobre o autocuidado em pessoas idosas com estomia foi realizado no mês de abril de 2017, em cinco bases de dados, pelo autor, enfermeiro e Mestrando em Enfermagem (RPS). Como estratégias de busca empregou-se os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH) e os operadores

booleanos AND e OR. Na Base de Dados SCOPUS utilizou-se a estratégia de busca “self-care”, “ostomy” and “aged” [keywords], resultando em um total de 23 publicações. Na Base de Dados *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) empregou-se a estratégia de busca “self-care”, “ostomy” [MW Word in Subject Heading], procedendo 193 estudos. Já na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), aplicou-se a estratégia de busca “self-care”, “ostomy” [MeSH Terms], encontrando 292 artigos. Na COCHRANE Library a estratégia de busca foi “self-care”, “ostomy” [Keywords], com três pesquisas encontradas. Por fim, na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), usou-se “autocuidado”, “ostomia” e “idoso” [Descriptor de assunto], procedendo 22 potenciais referências. Os critérios de elegibilidade abarcaram: disponibilidade gratuita na íntegra, estar publicado nos últimos 10 anos e nas línguas português, inglês e espanhol. Nesse sentido, totalizou-se 533 potenciais referências a essa revisão. No entanto, após a leitura dos títulos, resumos e a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionadas para compor a amostra final 16 estudos. As estratégias de busca, as Bases de Dados pesquisadas, assim como o processo de seleção bibliográfica estão exibidas na Figura 01.

Figura 1 - Estratégia de busca nas Bases de Dados. 2017.



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.3 Etapa três: Avaliação dos dados

O intuito dessa etapa foi definir, estabelecer e sintetizar informações oriundas das referências estudadas, formando um banco de dados acessível, de dupla digitação, no programa computacional *Microsoft Excel* versão 2016, no qual constavam origem e tipo de estudo, objetivos, metodologias aplicadas, sujeitos, amostra e amostragem, resultados encontrados e principais conclusões ou considerações de cada estudo. As referências foram validadas pelos autores e enfermeiros (RPS, EMRD e SMCLF), por meio de leitura na íntegra, verificando os critérios definidos na etapa anterior, além da pertinência de cada estudo à essa revisão, a qualidade metodológica e informações referentes ao autocuidado da pessoa idosa com estomia.

4.1.4 Etapa quatro: Análise dos dados

Nessa fase, os dados das referências selecionadas foram analisados criticamente e classificados, codificados, categorizados e sintetizados na forma de conclusões (COOPER, 1998 apud WHITTEMORE; KNAFL, 2005); na tentativa de responder às perguntas de pesquisa definidas na etapa um. Por meio de constante comparação, as informações conclusivas foram categorizadas em grupos e subgrupos por semelhanças e diferenças; os quais identificaram três categorias temáticas: Aspectos gerais da estomia por CCR, Fatores intervenientes do autocuidado e o papel do enfermeiro na gestão do cuidado e do autocuidado ao paciente idoso com estomia.

4.1.5 Etapa cinco: Apresentação dos resultados

Por fim, a última etapa da Metodologia de Revisão consistiu em disponibilizar os dados essenciais de cada pesquisa, buscando apreender a profundidade e amplitude do objeto em estudo – o autocuidado em pessoas idosas com estomia. A fase de discussão e apresentação final dos resultados se configura como fundamental para delinear como é realizado o autocuidado em pessoas idosas com estomia por câncer, o qual foi evidenciado nos estudos que compuseram a presente Revisão Integrativa.

4.2 Resultados e discussão

A caracterização dos estudos incluídos na revisão em relação à autoria, País de origem, foco, conclusões e Nível de Evidência – NE, a qual pode ser observada no Quadro 1. Após a análise crítica das referências escolhidas para a presente revisão, elaborou-se três categorias temáticas principais: aspectos contextuais da estomia por câncer colorretal, Fatores intervenientes do autocuidado em pessoas idosas com estomia e o papel do enfermeiro na gestão do cuidado e do autocuidado ao paciente idoso com estomia, as quais estão explanadas posteriormente.

Quadro 1 - Caracterização da amostra da revisão integrativa de literatura. (n=13).

Autor	País de origem	Foco do estudo	Conclusões/Considerações finais	N.E
MARTINS et al., 2015	Brasil.	Reabilitação de indivíduos com estomia intestinal na perspectiva da sociologia da saúde.	Enfermeiros podem auxiliar na melhora do enfretamento e das adaptações de indivíduos com estomia com seus próprios corpos e sociedade. O ensino progressivo do autocuidado reafirma ao paciente que ele pode atingir a auto independência.	VI
MOTA et al., 2015.	Brasil.	Fatores facilitadores do processo de transição da dependência de autocuidado de indivíduos com estomia.	Fatores facilitadores da pessoa: atribuir significado positivo à estomia, receber orientações em relação ao cuidado com o estoma e adaptações no viver, estabilidade psicológica e buscar conforto na fé e religiosidade. Condicionantes relacionados à comunidade: receber equipamentos do Governo, apoio familiar e da equipe multiprofissional de saúde, em especial do enfermeiro, e o contato com outras pessoas com estomia.	VI
LOPES; DECESARO, 2014.	Brasil.	Fatores envolvidos no processo	Indivíduos com estomia precisam de tempo e de apoio profissional, familiar e de	V

		adaptação da pessoa com estomia gastrointestinal.	da amigos. Isso inclui a superação do estigma da aparência e atividades de interação social. Cuidadores e profissionais de saúde devem atuar como recursos informacionais enquanto estimulam a autonomia com o cuidado.	
MAYDICK, 2014.	Estados Unidos.	Qualidade de vida de indivíduos com estomia permanente e os custos com dispositivo coletor.	O estudo sugere que exista uma relação entre a qualidade de vida e poder aquisitivo para compra de dispositivos coletores.	VI
CHENG et al., 2013.	China.	Conhecimento sobre a estomia, habilidade de autocuidado e adaptação psicossocial.	Indivíduos com mais conhecimento sobre a estomia tiveram maior nível de adaptação psicossocial. Nesse sentido prover conhecimento e enfatizar/ensinar o autocuidado pode auxiliar indivíduos com colostomia a fazer adaptações nas atividades diárias e na vida social.	VI
POLETTI; SILVA, 2013.	Brasil.	Atenção dos profissionais de saúde às pessoas com estomia intestinal sob a perspectiva da Clínica Ampliada e Compartilhada, visando a promoção da autonomia.	Percebeu-se ausência da atenção à saúde ampliada e compartilhada na qual os profissionais valorizassem a pessoa em seu contexto global e desenvolvessem atividades visando o preparo para o enfrentamento cotidiano e o desenvolvimento da autonomia pessoal.	VI
RECALLA et al., 2013.	Canadá.	Gerenciamento do cuidado com a estomia, assim como a gestão de colostomias, ileostomias e	Evidenciou-se que enfermeiros tem entendimento em relação ao impacto físico e psicossocial da estomia no cotidiano do indivíduo.	I

(Continuação)

urostomia e a pele periestomal.				
Autor	País de origem	Foco do estudo	Conclusões/Considerações finais	N.E
MARTINS et al., 2015	Brasil.	Reabilitação de indivíduos com estomia intestinal na perspectiva da sociologia da saúde.	Enfermeiros podem auxiliar na melhora do enfretamento e das adaptações de indivíduos com estomia com seus próprios corpos e sociedade. O ensino progressivo do autocuidado reafirma ao paciente que ele pode atingir a auto independência.	VI
ZHANG et al., 2013.	China.	Acompanhamento telefônico por enfermeiros sobre os níveis de adaptação de pacientes com estomia.	O acompanhamento do enfermeiro por telefone de pacientes com estomia pode aumentar a habilidade de autocuidado com a estomia, a confiança e deve prover suporte emocional e informacional.	II
SUN et al., 2012.	Canadá.	Preocupações constantes e adaptações a longo prazo em sobreviventes ao câncer com estomias.	A estratégia de adaptação focou na exaustiva necessidade de monitoramento da estomia para prevenir acidentes embaraçosos; o controle de odor é uma constante batalha aos sobreviventes do câncer.	VI
CHARÚA-GUINDIC, L. et al, 2011	México.	Qualidade de vida em pacientes com estomia.	O receio de vazamentos na estomia e função sexual foram os aspectos que mais afetaram os pacientes com estomia, os quais foram responsáveis pela diminuição de qualidade de vida no estudo.	IV
LO et al., 2010.	Taiwan.	Efetividade de um programa educacional multimídia em relação ao	Uma intervenção educacional com uso de multimídia, precocemente no período pós-operatório tem efeito positivo nos níveis de conhecimento e	II

(Final)

Autor	País de origem	Foco do estudo	Conclusões/Considerações finais	N.E
		conhecimento da estomia.	também promove atitudes e comportamentos de autocuidado.	
MARTINS et al., 2015	Brasil.	Reabilitação de indivíduos com estomia intestinal na perspectiva da sociologia da saúde.	Enfermeiros podem auxiliar na melhora do enfretamento e das adaptações de indivíduos com estomia com seus próprios corpos e sociedade. O ensino progressivo do autocuidado reafirma ao paciente que ele pode atingir a auto independência.	VI
BLACK, 2009a.	Reino Unido.	Auxílio aos pacientes com estomia quanto ao seu autocuidado.	O profissional cuidador deve compreender as necessidades físicas, emocionais e psicossociais do paciente idoso com estomia.	VI
BLACK, 2009b.	Reino Unido.	Mudanças no cuidado de pessoas idosas institucionalizadas com estomia recente ou não.	Problemas relacionados ao cuidado com a estomia aumentam drasticamente para o indivíduo idoso. O papel do cuidador é de encorajar e ensinar o paciente a se autocuidar, visando sua independência.	VI

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.1 Aspectos contextuais da estomia por câncer colorretal

Inicialmente, uma estomia pode ser definida como um procedimento cirúrgico que resulta em um desvio externo dos dejetos do corpo humano. As mais comuns são a intestinais, que englobam a colostomia e ileostomia para o desvio do fluxo fecal. Nessa perspectiva, os indivíduos que vivem com estomia demandam de gestão do cuidado especializado para manutenção da saúde física e da qualidade de vida (RECALLA et al., 2013). A colostomia é formada no cólon, retirando parte do tecido para se formar uma comunicação com o exterior, como via de saída de dejetos sólidos; usualmente é realizada na parte esquerda do organismo e

necessita de um equipamento coletor. Por sua vez, a ileostomia é formada no íleo, no lado direito do abdômen, para saída de dejetos mais líquidos; necessita de uma bolsa drenável com fechamento integral e também possui filtro (BLACK, 2009b). Vale ressaltar também que contextos culturais distintos podem influenciar nas atitudes em relação à estomia (ZHANG et al., 2013).

Estudos apontam a incidência de confecção de estomia maior em homens (ZHANG et al., 2013; LO et al., 2011; CHENG et al., 2013; CHARÚA-GUINDIC, L. et al 2011), com média de idade de 60,94 anos (LO et al., 2011). A estomia e o equipamento coletor, o tratamento de complicações cutâneas peristomais, o acesso aos suplementos da estomia e a assistência financeira, as consultas com nutricionistas e o suporte emocional configuram-se como estratégias da gestão do cuidado e requerem atenção contínua após a confecção da estomia (RECALLA et al., 2013).

Percebe-se que há uma lacuna na atenção ampliada e compartilhada de saúde, a qual deveria, primordialmente, valorizar o indivíduo com estomia em sua singularidade e desenvolver ações, com intuito de prepará-lo para o enfrentamento do cotidiano e desenvolvimento da autonomia pessoal, para que assim possam assumir o seu autocuidado. Destaca-se também que a maioria dos profissionais de saúde ainda focam aspectos técnicos, o que é um fator limitante ao progresso rumo à autonomia pessoal do paciente, ou seja, não ocorre o desenvolvimento da coautonomia (POLETTI; SILVA, 2013). Assim, prover conhecimentos específicos e enfatizar ou ensinar o autocuidado antes da alta hospitalar, pode otimizar a qualidade de vida das pessoas com estomia (CHENG et al., 2013).

4.2.2 Fatores intervenientes do autocuidado em pessoas idosas com estomia

O autocuidado deve ser estimulado no período de implementação da estomia (BLACK, 2009b). O processo de adaptação à estomia nas pessoas idosas pode ser considerado como complexo e singular, portanto a capacidade de realização do autocuidado, assim como o entendimento de orientações de saúde podem ser mais difíceis a essa população. Nesse sentido, deve-se abordar fatores positivos, negativos e aspectos intervenientes do autocuidado da pessoa idosa. As mudanças na vida da pessoa com estomia englobam a aceitação da nova condição, a aquisição de conhecimentos, a adaptação aos novos materiais, sendo premente o desenvolvimento de habilidades e competências para o autocuidado (MOTA et al., 2015).

Primeiramente, a estomia é um tratamento que, embora muito efetivo, implica em um “ataque” físico e psicológico. Ao afetar a integridade corporal, há mudança também na

autoimagem, na capacidade funcional e social, impactando a qualidade de vida global, tendo um grande impacto na vida diária do paciente (CHARÚA-GUINDIC, L. et al 2011). A reabilitação dos indivíduos com estomia intestinal é um processo complexo, não-linear; podendo ocorrer crises e instabilidade, essas ligadas à evolução da doença ou às consequências do tratamento, contudo, tais fatores negativos podem ser superados com o apoio familiar e profissional especializado (MARTINS et al., 2015). No processo de adaptação alguns fatores são facilitadores, como a atribuição de significados positivos à estomia, o preparo para a experiência do autocuidado iniciando no período pré-operatório, apresentar higidez psicológica e a busca de conforto na religiosidade, bem como o apoio da família e da equipe multiprofissional de saúde e o contato com outras pessoas em situações de vida similares (MOTA et al., 2015).

O cotidiano do autocuidado de pessoas idosas tem certas peculiaridades, devido à deterioração do organismo e ao próprio envelhecimento, as quais dificultam a-realização do autocuidado. Acredita-se que a estomia, ao produzir mudanças nos padrões de eliminação e ingestão alimentar, pode impactar negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa com estomia. Destarte, a habilidade de aprender diminui também com o envelhecimento, assim, os procedimentos envolvidos no autocuidado com a estomia devem ser o menos complicado possível; ademais, deve-se ter em mente que é requerido maior tempo para que o paciente idoso assimile as novas habilidades e as mudanças de suas funções excretoras (BLACK, 2009b).

No entanto, questiona-se a assistência prestada às pessoas com estomia, visto que, mesmo depois de um período longo de pós-operatório, elas permanecem com questionamentos e desconhecem cuidados imprescindíveis para a manutenção de uma vida saudável (POLETTI; SILVA, 2013), de uma vida com qualidade, conforto e bem-estar. Assim, em relação ao ensino do autocuidado, o enfermeiro deve atentar-se a alguns detalhes que facilitarão o processo de aquisição de conhecimento e habilidades pela pessoa idosa, dentre eles, uma cadeira e um espelho grandes podem ser úteis, pois o paciente poderá ver seu abdômen (BLACK, 2009b), a pele periestomal, o dispositivo coletor, se estão limpando ou colocando a bolsa coletora corretamente (BLACK, 2009a). Os indivíduos idosos com estomia por CCR necessitam de informações de cuidado com a estomia e com o dispositivo coletor, tais informações podem ser oferecidas pelo enfermeiro e englobam: o cuidado com a pele periestomal, o esvaziamento e a troca do dispositivo, inclusão e evitação de alimentos, o controle de gases e odores e a aquisição de suplementos (MAYDICK, 2014).O ensino progressivo sobre o autocuidado reafirma ao paciente que ele pode atingir a independência; destarte, ser responsável por cuidar de seu

próprio corpo permite ao paciente identificar complicações potenciais com a estomia e melhora o manuseio com o dispositivo coletor (MARTINS et al., 2015).

Por sua vez, o processo de adaptação à estomia dependerá dos mais variados fatores, dentre eles destacam-se: a doença atual, os tratamentos concomitantes, as condições da intervenção cirúrgica, as complicações com a estomia, as sequelas pós-operatórias, o prognóstico, as características sociais, psicológicas e ambientais, as crenças e os valores, as limitações físicas, a dor, dentre outros (CHARÚA-GUINDIC, et al., 2011). Percebe-se que todo o contexto biopsicossocial do paciente deve ser considerado para que a assistência em saúde seja o mais eficaz possível. No entanto esses fatores podem ser limitantes ao autocuidado. Nesse ínterim, um fator a ser destacado é a dor, a qual tem potencial de afetar os aspectos psicossociais da vida do paciente, como a habilidade de trabalhar e desenvolver atividades de vida diária, padrões de repouso e o estado emocional (depressão, ansiedade e estresse) (CHARÚA-GUINDIC, L. et al 2011). Outrossim, gases e odores são desafiadores às pessoas com estomia quando estão em locais públicos, como restaurantes e banheiros. Numerosos pacientes relataram ter “acidentes” relacionados ao vazamento de gases e líquidos e, frequentemente, esses incidentes ocorreram em público, causando vergonha e ansiedade (SUN et al., 2012).

4.2.3 O papel do Enfermeiro na gestão do cuidado ao paciente idoso com estomia

Com a incidência do câncer colorretal sendo maior na população mais longeva, as pessoas idosas que passam por um procedimento cirúrgico, usualmente percebem a estomia como a última ameaça à sua independência (BLACK, 2009b). Nesse sentido, o acompanhamento realizado pelo profissional enfermeiro deve abranger todas as esferas de atenção à saúde, atenção primária, secundária e terciária. Esse *follow up* pode ser realizado pessoalmente, durante as consultas de enfermagem, no próprio domicílio do paciente e até mesmo por telefone, podendo aumentar o nível de adaptação à nova condição, ao se melhorar a habilidade de autocuidado com a estomia, a confiança, a competência para lidar com o próprio estoma, além de proporcionar aos indivíduos um apoio informacional e emocional (ZHANG et al., 2013). Um plano de ensino para o autocuidado às pessoas idosas com estomia por CCR pode ser útil, auxiliando-os na adaptação à nova condição e dando-lhes uma rotina a ser seguida (BLACK, 2009b). Assim, a intervenção educacional precoce, no período pós-operatório, tem efeito positivo no conhecimento e também promove atitudes de autocuidado (LO et al., 2011).

A pessoa que passa por uma cirurgia de construção de estomia por CCR, independentemente da etapa do ciclo vital que este se encontra, necessitará de informações para

gerenciar seu autocuidado. Tal processo educacional engloba a tríade profissional de saúde – indivíduo com estomia – família e deve abarcar informações tais como: como e quando esvaziar ou trocar o dispositivo coletor, quais alimentos e fluidos são mais adequados e aqueles que devem ser evitados, como gerenciar o odor e os gases, como e onde conseguir os suplementos necessários e a quem procurar auxílio caso surjam alguns problemas com a estomia (MAYDICK, 2014). Para tanto, é útil ao profissional enfermeiro se colocar no lugar da pessoa idosa com estomia, visando perceber como se gerenciaria o cuidado com o estoma e como esse afetaria as atividades diárias (BLACK, 2009a).

No contexto de atuação dos profissionais enfermeiros, esses destacam-se pela expertise nessa temática, tendo capacidade e habilidade de prover avaliação eficaz, planejamento do cuidado, das intervenções de enfermagem, além da avaliação do paciente (MAYDICK, 2014), a qual deve ser global e considerar todo o contexto biopsicossocial, espiritual e de saúde dos indivíduos e suas respectivas famílias. Assim, materiais educativos podem ser empregados pelo enfermeiro, visando complementar a educação em saúde (MAYDICK, 2014), nesse caso específico, em relação ao autocuidado da pessoa idosa para com sua saúde global e, sobretudo, em relação à estomia. Ainda, todos os profissionais de saúde têm papel ímpar ao abordarem alterações na imagem corporal e a perda do controle esfinteriano (e suas repercussões na vida do indivíduo), visando estimular o conhecimento em relação ao autocuidado e a autoestima, potencialmente influenciando na sua reinserção social, isto é, avançando em direção à autonomia pessoal (POLETTI; SILVA, 2013). Enfim, os profissionais de saúde devem fornecer assistência e suporte apropriados com vistas ao enfrentamento das limitações (MARTINS et al., 2015).

Na perspectiva de recuperação da saúde do paciente, o autocuidado tem papel protagonista, no entanto o paciente deve procurar tomar controle da situação, para isso os enfermeiros devem assegurar que os procedimentos de autocuidado sejam descomplicados (BLACK, 2009b). Com intuito de angariar melhores resultados no autocuidado, o enfermeiro juntamente à pessoa com estomia devem identificar barreiras e possíveis recursos para ultrapassá-las, visando aumentar o impacto dos programas educacionais (LO et al., 2011). Ademais, a abordagem de se ensinar o paciente com estomia deve começar no período pré-operatório e permanecer no pós-operatório. O médico, a equipe de enfermagem e, quando disponível, um enfermeiro especialista em estomia devem estar envolvidos nessa educação em saúde. Se possível, o enfermeiro deve visitar o paciente antes da internação para identificar o local de instalação da estomia no abdômen e iniciar as conversas sobre a dieta, equipamento coletor e cuidados com a pele (GRANT et al., 2013).

Assim, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem ampliar seu conhecimento e entendimento dos sentimentos que emergem durante o processo de adaptação à estomia, bem como suas consequências e possíveis alternativas que podem auxiliar o paciente a reestruturar sua vida. Nessa perspectiva, os enfermeiros devem ser preparados desde a graduação, para estarem empoderados a prover assistência e compartilhar conhecimento, para que assim atinja-se uma excelência no cuidado (LOPES; DECESARO, 2014).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente, de acordo com Bub et al (2006):

“a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado é composta por três construtos teóricos: de autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem. O primeiro refere-se à realização do autocuidado em si, também explica e justifica porque o autocuidado é imprescindível à saúde; o segundo construto teórico, considerada mais amplo, consiste em explicitar quando e porque a Enfermagem é essencial à pessoa em relação ao processo de cuidar; por fim, o terceiro está ligado ao fato de a pessoa estar com déficit de autocuidado, faz-se necessário o cuidado de enfermagem”.

Por sua vez, o autocuidado consiste em todas as práticas desempenhadas pelo indivíduo ao seu próprio benefício; com intuito de manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, tanto físico, quando psicossocial, sendo considerado imprescindível à manutenção adequada dos cuidados de saúde relacionado às condições crônicas (MARQUES et al., 2013), como o câncer. Não obstante, contempla ações ou atividades capazes de satisfazer as necessidades biopsicossociais e espirituais do próprio ser, por meio de determinados requisitos, sejam eles fisiológicos ou comportamentais (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002). Já sob a visão de Dorothea Orem, a enfermagem tem intrínseca a capacidade de auxiliar os indivíduos a atenderem suas necessidades de autocuidado, de forma a sustentar a vida humana, com vistas à recuperação de injúrias e a conviver com os efeitos das limitações oriundas do processo saúde-doença (NUNES; ZAGONEL, 1996). Vale ressaltar que, as ações de autocuidado podem ser afetadas pela idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, fatores socioculturais, comportamentais, familiares e padrões de vida, como a realização de atividade física (BUB et al., 2006).

A Teoria do Déficit de autocuidado em sua completude abarca oito distintas funções que devem ser consideradas pelo enfermeiro em sua prática assistencial, de pesquisa e extensão, são elas: 1) definir quais termos são mais adequados à enfermagem, em relação ao ser humano; 2) escolher o enfoque mais adequado de enfermagem; 3) estabelecer uma linguagem própria da profissão e acessível; 4) definir limites orientadores de pensamento, da prática, da investigação e educação; 5) minimizar a carga cognitiva, visando proporcionar subsídios à razão para receber informações e possibilitar aos indivíduos categorizar os conceitos de forma a relacionar *insights* sobre características de situações concretas de enfermagem; 6) permitir inferências quanto às articulações da enfermagem com os mais diversos domínios da atividade humana; 7) incitar e gerar nos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem um estilo de pensamento e comunicação padronizados e, por fim 8) inserir os enfermeiros no âmbito acadêmico (VITOR; LOPES;

ARAÚJO, 2009). Cabe ressaltar que o enfermeiro pode atuar na superação dos déficits de autocuidado, com vistas à adaptação à condição de ter uma estomia intestinal.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem classifica os indivíduos em três distintas categorias: 1) Totalmente compensatório, quando a pessoa encontra-se em situação em que é incapaz de realizar as ações ou atividades de autocuidado; 2) Parcialmente compensatório, que refere-se ao fato de que, tanto o enfermeiro, quanto a pessoa enferma desempenham atividades de autocuidado; 3) Apoio e educação, refere-se ao fato de que as pessoas que se encontra sob assistência e/ou orientação de enfermagem, são capazes de apreender e desempenhar as ações de autocuidado terapêutico (OREM, 2001). Cabe ainda ressaltar que, no contexto da teoria, o termo capacidades para o autocuidado que contemplam aquilo que o indivíduo é capaz de realizar por si e para si mesmo. Refere-se também ao conhecimento, às habilidades e a experiência que tais indivíduos necessitam de obter para a performance do autocuidado (SILVA, 2009).

Ainda, a capacidade para o autocuidado fundamenta-se em três pilares: 1) disposições e capacidades fundamentais, ou seja, necessidades básicas ou fundamentais para aprendizagem e realização de uma atividade de vida (exemplos: acuidade visual, auditiva, mobilidade preservada, dentre outros); 2) componentes de poder, dizem respeito ao ensino e aprendizado específicos do autocuidado (exemplos: aprendizagem da importância de uma alimentação e ingestão hídrica adequadas à manutenção da vida e da saúde); 3) operações de autocuidado, constituem o limiar entre as capacidades e as ações, esse elemento reflete que o indivíduo pode estar apto à prática do autocuidado. Não obstante, existem as ações de autocuidado que são as práticas ou atividades que os sujeitos realizam a seu benefício próprio; elas são condutas aprendidas e devem ser demonstradas pelo enfermeiro à pessoa, pois são determinadas por diversos fatores, abarcando a cultura ou grupo ao qual pertence (SILVA, 2009).

Ter conhecimento da existência ou não do déficit do autocuidado e os aspectos que possam estar contribuindo para ele, sejam positivos ou negativos, são importantes indicadores para os enfermeiros, para que possam usar a Teoria para nortear suas ações assistenciais (CADE, 2001).

6 MÉTODO

Nessa sessão descreve-se o método da pesquisa.

6.1 Delineamento do estudo

Estudo realizado na abordagem qualitativa, especificamente na Etnoenfermagem, um método derivado da Etnografia; uma vez que teve como objetivo investigar o autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal, as quais pertencem a um determinado contexto cultural.

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa contempla diversas abordagens, merecendo destaque o método Etnográfico, o qual se preocupa com o estudo de grupos em uma perspectiva cultural. A abordagem etnográfica confere acesso às crenças e práticas de saúde embasadas na cultura ou subcultura, assim, pode facilitar a compreensão dos comportamentos que afetam o processo saúde-doença (POLIT; BECK, 2011). O produto de uma pesquisa etnográfica normalmente é uma descrição rica, densa e holística da cultura estudada, pois, nesta modalidade leva-se em consideração a interpretação da cultura, ou seja, a descrição do comportamento normativo e dos padrões sociais. Por fim, a cultura se configura como tipo de conhecimento que usamos e sob o qual agimos; ou seja, é sob a ótica da cultura que percebemos e interpretamos os conceitos de saúde e de doença, bem como seu processo, e orientamos nossas ações em busca de assistência (ARAÚJO, 2009), de uma manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.

No contexto da abordagem qualitativa, a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural – TDUCC, de Leininger tem sido empregada como referencial teórico e metodológico. Tal Teoria foi criada pela Enfermeira Madeleine Leininger, a qual cunhou o termo enfermagem transcultural, que difere da antropologia médica, visto que foca distintas culturas, o cuidado cultural e os fenômenos de saúde e da enfermagem (ORIÁ et al., 2005). Nesse ínterim, a Teoria tem como objetivos descobrir, documentar, interpretar, explicar e até mesmo prever alguns dos múltiplos fatores que influenciam o cuidado nas perspectivas *emic* (dentro da cultura) e *etic* (fora da cultura) em relação ao cuidado culturalmente embasado (LEININGER, 2002); levando em conta os princípios teóricos das diversidades e similaridades do cuidado entre as culturas do Mundo. Destarte, alguns fatores sociais como religião,

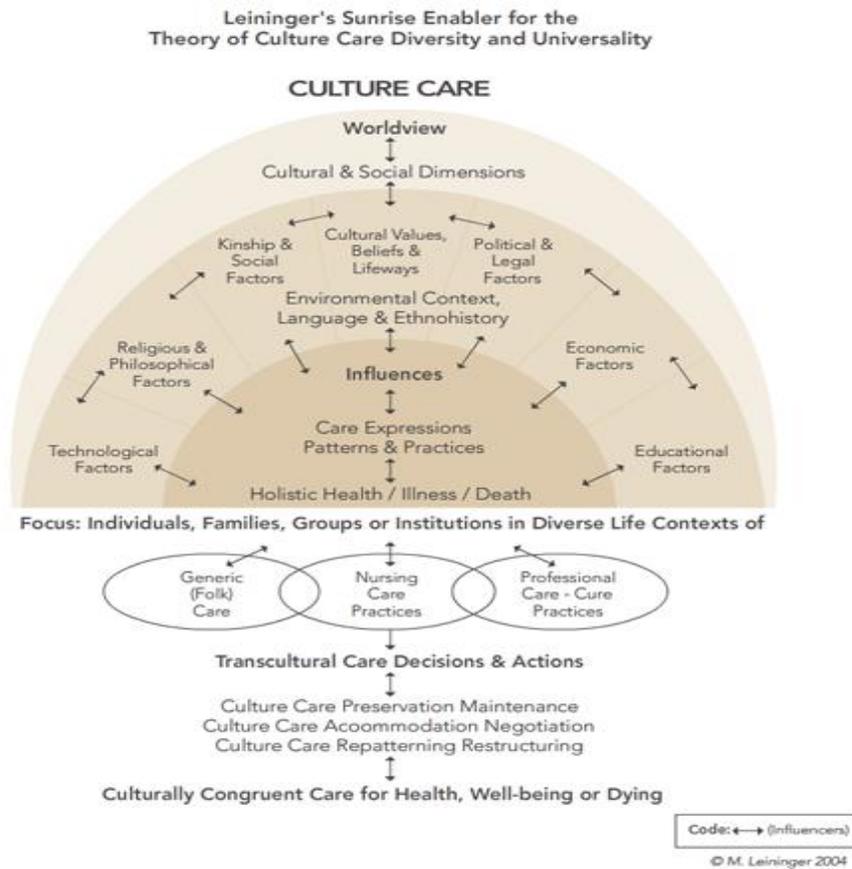
economia, educação, tecnologia, política, ambiente, linguagem, fatores de cuidado gerais ou profissionais irão influenciar, e muito, os significados do cuidado cultural, as expressões e os padrões em diferentes culturas (LEININGER, 2002).

A partir desse contexto, Leiniger considera que há diversidade e universalidade no cuidado cultural, as quais devem ser compreendidas pela Enfermagem, em especial o Enfermeiro, visando uma assistência humanística (ORÍÁ et al., 2005), resolutiva e integral. Por sua vez, a prática da enfermagem transcultural leva em conta a dinâmica cultural e sua influência na relação entre indivíduo e enfermeiro; nessa perspectiva, Leininger desenvolveu a TDUCC, que visa fornecer ao enfermeiro subsídios para uma assistência holística e culturalmente congruente (SITZMAN; EICHELBERGER, 2015), às necessidades da pessoa.

Sob a perspectiva da pesquisa em enfermagem, o enfermeiro pode lançar mão do Modelo do sol nascente de Leininger, disponível na Figura 2, para organizar os dados referentes ao indivíduo, família ou coletividade de uma cultura específica e embasar, adequadamente, seu planejamento da assistência e o cuidado cultural em si, assim como o AC. Assim, para Sitzman; Eichelnerger (2015), o enfermeiro deve considerar no planejamento da assistência todo o contexto cultural da pessoa e como tal contexto influencia seus aspectos de saúde, assim como o autocuidado. Pois, o cuidado cultural, seus valores, crenças e práticas são influenciados pela visão de mundo da pessoa e a linguagem, assim como fatores religiosos, espirituais, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos, ambientais, dentre outros.

Não obstante, Leininger também cunhou o termo etnoenfermagem, a qual foi criada pela teórica com intuito de facilitar a descoberta de dados focados na TDUCC (LEININGER, 2002). Baseia-se nos pressupostos da etnografia, no entanto adapta-se de melhor maneira aos estudos que envolvem fenômenos da enfermagem. Assim, entende-se que o emprego da etnoenfermagem nas investigações da mesma área é de grande valia, pois grande parte das pesquisas da Enfermagem abarca conjuntos de indivíduos peculiares, de diversos contextos socioculturais (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Figura 2: Modelo do Sol Nascente de Leininger



Fonte: Google imagens. 2018. Adaptado de: Leininger, M. (2004).

O método de pesquisa da Etnoenfermagem foca o conhecimento sob as perspectivas *emic* e *etic* e nas práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às doenças, ao processo de morte, aos modelos preventivos dos fenômenos da enfermagem transcultural (LEININGER, 2002). Conhecimento, significados e as práticas oriundas das diversas visões de mundo, dos fatores estruturais da sociedade, dos valores culturais e do contexto ambiental são prementes ao norteamento da Enfermagem e de suas intervenções, para se fornecer um cuidado cultural mais adequado à determinada população (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

De tal modo, a Etnoenfermagem foi empregada no estudo para focar o contexto cultural e de saúde, a partir de um grupo cultural específico: pessoas idosas com estomia intestinal por CCR; considerando-se singularidades, padrões, comportamentos, expressões e considerações gerais perante ao processo saúde-doença; com potenciais benefícios tanto aos trabalhadores de saúde, quanto aos usuários dos Serviços (SILVEIRA et al., 2009). Por fim, na Enfermagem, a ampla identificação de padrões de vida e comportamento dos indivíduos poderá embasar o planejamento ou direcionamento do cuidado culturalmente definido ou congruente,

isto é, conforme as necessidades, crenças, valores de determinado grupo social, família ou indivíduo (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

6.2 Contexto de investigação

Este estudo ocorreu em um município do Sul do Estado de Minas Gerais, Brasil.

O cenário escolhido para coleta de dados foi o domicílio da pessoa idosa com estomia por CCR, visto que tem potencial de conferir ao participante maior autonomia e conforto e diminuir receios e acanhamentos, além de criar-se uma relação horizontal entre o pesquisador e o participante, pois, infere-se que a autonomia da pessoa idosa será preservada em seu domicílio.

6.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo, isto é o grupo cultural foi constituído de pessoas idosas com estomia por CCR cadastradas em um Projeto de Extensão de uma Universidade pública, que tem por objetivo geral a intervenção e a educação da pessoa com estomia com vistas ao autocuidado, reabilitação em saúde, melhora da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa com estomia (VIVA BEM COM UMA ESTOMIA, 2017).

O projeto denominado Viva Bem com uma Estomia visa contribuir para a aquisição de habilidades e competências de discentes da graduação e pós-graduação em enfermagem para o estabelecimento de intervenções e para a educação da pessoa com estomia e/ou ferida; propiciar a articulação entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão; contribuir para a formação cidadã dos acadêmicos; contribuir para a educação e apoio aos familiares na situação de adversidade. Desenvolver a capacitação da equipe para o cuidado da pessoa com estomia. Realizar intervenções e a educação da pessoa com ferida com vistas ao autocuidado, reabilitação e qualidade de vida (VIVA BEM COM UMA ESTOMIA, 2017). Além dos objetivos citados, realiza acompanhamento longitudinal de pacientes com condições crônicas, como feridas e estomias; por meio de visitas domiciliares realizadas pelos discentes e docentes responsáveis, essas podem ser semanais, mensais ou conforme a necessidade e evolução do paciente.

Adotou-se como critérios de elegibilidade: pessoas com 60 anos completos ou mais, com diagnóstico médico de CCR e com estomia intestinal, que realizam o autocuidado com o

equipamento coletor e com a estomia, que possuem capacidade de verbalização e funções cognitivas preservadas. Para tanto, deveriam estar orientadas em relação a si mesmo, ao tempo e ao espaço, obtendo após aplicação do Mini-exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO A) escore igual ou superior a 20 pontos.

6.4 Imersão e saída do campo de pesquisa

No decorrer de um estudo etnográfico, o pesquisador deve saber como entrar, permanecer e deixar o campo de pesquisa, bem como, manter uma atitude de abertura e humildade, para se aprender e apreender com os participantes do estudo, com vistas a um maior sucesso na pesquisa etnográfica. Caso o pesquisador não esteja pronto para tal postura, muitos dados relevantes ao estudo podem ser perdidos ou desconsiderados (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003). Nesse sentido, a saída do campo de pesquisa deve ser gradual, havendo novos momentos de interação quando o pesquisador apresentará aos participantes do estudo as informações obtidas, para a validação dos dados.

Inicialmente, a imersão do pesquisador no campo de pesquisa ocorreu de maneira gradual; com início no segundo semestre de 2017, *a priori*, durante o desenvolvimento das atividades dos discentes e docentes do Projeto de extensão com pessoas idosas e com estomia intestinal por CCR. E *a posteriori*, quando em um segundo momento foi agendado com as pessoas idosas, no qual o pesquisador e a orientadora estavam presentes, apresentaram-se e explicaram a pesquisa, bem como seus objetivos, sua relevância científica e social. Ademais, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de Uso de Imagem e, após a concordância em participar do estudo, ocorreu a assinatura de duas vias do documento e agendou-se outro horário para um segundo momento.

6.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se no final do segundo semestre de 2017 e os procedimentos estão explanados a seguir, em três momentos distintos.

No primeiro momento, o pesquisador acompanhou no domicílio, as atividades desenvolvidas pelos alunos e docentes com pessoas que poderiam atender aos critérios de inclusão do estudo. Após a identificação das pessoas idosas, o pesquisador agendou, via contato telefônico, um horário ideal ao participante e explicou os objetivos da pesquisa, leu o TCLE

(APÊNDICE A), o Termo de Uso de Imagem (APÊNDICE B), solicitou a assinatura deste e entregou uma via de cada um deles ao participante, agendando ao final um próximo encontro.

No segundo momento previamente agendado, foi empregado o Mini-exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO A) e, após aptidão mental e verbal para responder ao questionário e às questões norteadoras, aplicou-se o Instrumento de Caracterização Sociocultural e Clínica (APÊNDICE C). Ao final desse encontro, uma nova data foi agendada para a vídeo-gravação; solicitou-se então que a pessoa idosa escolhesse um dia ideal e que coincidisse com o dia em que ela trocava, usualmente, seu equipamento coletor.

No terceiro momento, o pesquisador iniciou a entrevista por meio da vídeo-gravação, com o emprego da questão norteadora “Conte-me como o (a) Senhor (a) realiza o cuidado com a estomia”, quando não compreendida, substituiu-se o termo “estomia” por “bolsa”. Vale ressaltar que, durante todos os momentos o pesquisador lançou mão da observação participante e teceu anotações no diário de campo. Posteriormente, o pesquisador solicitou à pessoa idosa que realizasse o cuidado com a estomia e com o equipamento coletor conforme realiza cotidianamente, anotando no diário de campo as observações inerentes à técnica, ao conhecimento, às habilidades de autocuidado, particularidades, dentre outras.

Optou-se por adotar como método de coleta de dados a vídeo-gravação, visto que na busca por alcançar maior riqueza e aprofundamento das informações em pesquisa qualitativa, emerge a sua aplicabilidade, visando obter dados inéditos, o que pode não ser alcançado pelos métodos convencionais, como a áudio-gravação e a entrevista, permitindo maior compreensão do contexto cultural, por meio da observação de aspectos não verbais e comportamentais.

6.6 Instrumentos para a coleta de dados

Os instrumentos para coleta de dados englobaram: Instrumento de Caracterização Sociocultural e Clínica (APÊNDICE C) e Mini-exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO A), visando avaliar a capacidade cognitiva e de comunicação dos participantes da pesquisa. O MEEM, adaptado por Bertolucci et al., (1994), é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN et al. 1975).

Não obstante, foi empregada a técnica da entrevista semiestruturada com aplicação de um questionário e da questão norteadora: Conte-me como o (a) Senhor (a) realiza o cuidado

com a estomia? Quando incompreendida, substituía-se o termo estomia, por bolsa. Por fim, para a vídeo-gravação solicitou-se que a pessoa idosa realizasse o cuidado com a estomia e com o equipamento coletor conforme realizava cotidianamente. As informações referentes ao autocuidado da pessoa idosa com estomia por CCR foram coletadas por meio da observação participante, do diário de campo, da entrevista semiestruturada e da vídeo-gravação; com uso da Câmera Filmadora em High Definition, da marca Canon®, modelo PowerShot SX520 HS.

6.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A presente pesquisa teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, sob parecer nº: 70365417.7.0000.5142. Visando assegurar todos os direitos dos participantes, quanto ao sigilo, segurança, conforto e autonomia, respeitou-se os preceitos Éticos da Resolução nº466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, ademais, a coleta de dados iniciou-se apenas após a leitura e assinatura do TCLE. Para preservar o anonimato dos participantes, sugeriu-se que as pessoas idosas nos dissessem um pseudônimo, contudo, nenhuma delas sugeriu e seus nomes reais foram substituídos por nomes fictícios a escolha do pesquisador.

Por fim, leu-se o Termo de Uso de Imagem e, após concordância, assinou-se. Tal termo visa salvaguardar a privacidade da pessoa idosa, assim como garantir que as imagens não serão usadas, apenas descritas e divulgadas única e exclusivamente em meios científicos.

6.8 Análise de dados

Os dados sociodemográficos estão apresentados em frequência relativa e absoluta.

A partir da realização da entrevista, foi feita a respectiva transcrição, mudando o estágio de gravação oral e visual para o escrito. Nesse processo estão incorporadas a transcrição absoluta, a textualização e a transcrição (MEIHY; RIBEIRO, 2011). São denominadas transcrições absolutas, quando ocorre a passagem completa dos diálogos e sons como eles foram captados; a seguir, são feitas correções de acordo com o sentido intencional dado pelo narrador que articulou seu raciocínio com as palavras. Esse trabalho foi conferido por cada participante que o legitimou e validou. Após cada entrevista gravada e a observação participante, o pesquisador transcreveu os dados e validou-os um a um, com cada pessoa idosa participante.

À organização dos dados obtidos empregou-se o referencial de Leininger da TDUCC, que abarca quatro fases: 1) Coleta e documentação dos dados brutos: são as notas de campo confeccionadas no momento da observação participante, das entrevistas, das conversas informais. 2) Identificação de descrições e componentes: estudo das informações obtidas, agrupando por semelhanças e diferenças tais informações. Em seguida, foram classificados de maneira que o significado do contexto das mesmas seja preservado. 3) Análise de contexto e de padrões: tem intuito de se obter a saturação, a consistência, a fidedignidade e a confiabilidade dos dados, os mesmos foram analisados de forma minuciosa, a fim de se identificarem padrões de comportamento, significados estruturais e padrões recorrentes de conteúdo. 4) Formulação teórica e de temas e achados relevantes: é a última e mais meticulosa etapa, na qual exigiu-se a elaboração de síntese das reflexões e o emprego de criatividade para analisar os dados; não obstante, demanda também de grande abstração para alcançar uma formulação teórica (LEININGER, 1991).

Por fim, os depoimentos já transcritos foram analisados à luz do Modelo do Sol Nascente de Leininger, com a confecção de eixos temáticos prementes à compreensão do autocuidado realizado por pessoas idosas com a estomia e equipamento coletor.

7 RESULTADOS

Os achados deste estudo foram organizados em distintas etapas. Inicialmente, explicitamos dados da caracterização sociocultural e clínica; em seguida, as anotações da observação participante e do diário de campo são apresentadas e, por fim, os depoimentos das pessoas idosas com estomia por câncer em relação ao seu autocuidado.

7.1 Caracterização sociocultural e clínica

As informações em relação às características socioculturais e clínicas dos participantes do estudo encontram-se no Quadro 1, em números relativos e absolutos.

Quadro 2 - Caracterização sociocultural e clínica de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal. (n=5). Alfenas, MG, 2018.

<i>Variáveis</i>		%	n
<i>Idade</i>	<i>60-69 anos</i>	40%	2
	<i>70-79 anos</i>	40%	2
	<i>80e+</i>	20%	1
<i>Sexo</i>	<i>Feminino</i>	60%	3
	<i>Masculino</i>	40%	2
<i>Filhos</i>	<i>Sim</i>	80%	4
	<i>Não</i>	20%	1
<i>Viver só</i>	<i>Sim</i>	40%	2
	<i>Não</i>	60%	3
<i>Ocupação</i>	<i>Aposentado(a) / Pensionista</i>	80%	4
	<i>Outros</i>	20%	1
	<i>Renda pessoal</i>	<i>1 salário mínimo</i>	80%
<i>1,5 salários mínimos</i>		20%	1
<i>Religião</i>	<i>Católica</i>	100%	5
<i>Tratamento atual</i>	<i>Sim</i>	20%	1
	<i>Não</i>	80%	4
<i>Local da estomia</i>	<i>QIE</i>	60%	3
	<i>QID</i>	20%	1
	<i>QSE</i>	20%	1
<i>Procedência do equipamento coletor</i>	<i>Estado</i>	100%	5
<i>Uso de adjuvantes em pasta e pó</i>	<i>Sim</i>	80%	4
	<i>Não</i>	20%	1
<i>Pele periestomal</i>	<i>Íntegra</i>	60%	3
	<i>Não íntegra</i>	40%	2
<i>Complicações da estomia</i>	<i>Hérnia periestomal</i>	80%	4
	<i>Alergia e prurido</i>	20%	1

(Final)

<i>Condições crônicas de saúde</i>	<i>HAS</i>	60%	3
	<i>HAS + Cardiopatia</i>	20%	1
	<i>Não se aplica</i>	20%	1
<i>Mobilidade</i>	<i>Preservada</i>	80%	4
	<i>Parcialmente preservada (uso de órtese)</i>	20%	1
<i>Polifarmácia</i>	<i>Sim</i>	20%	1
	<i>Não</i>	80%	4
<i>Auto avaliação de saúde</i>	<i>Ótima</i>	20%	1
	<i>Muito boa</i>	40%	2
	<i>Boa</i>	40%	2

Fonte: elaborado pelo autor.

Não obstante, em relação às características socioculturais e clínicas, encontrou-se média de idade de 70,4 anos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 86 anos; 100% sabia escrever o nome e 40% estudou menos de 4 anos; a média de filhos foi de 3,5 filhos. Já a média de renda pessoal foi de R\$1.049,4; a média do tempo de diagnóstico do câncer foi de 70,8 meses, com valor mínimo de 24 meses e máximo de 192 meses, e do uso da estomia foi de 70,8 meses, o mesmo valor justifica-se, pois, as pessoas idosas relataram ter descoberto o câncer e logo em seguida foram submetidas à confecção cirúrgica da estomia. Concernente aos hábitos de vida, 60% das pessoas idosas com estomia era tabagista, desses 66,7% há mais de 40 anos, com valor mínimo de 2 cigarros/dia e máximo de 20 cigarros/dia; e, quanto ao etilismo, 40% relataram ingerir bebida alcoólica regularmente, com valores de 700 ml de cerveja no final de semana, até 1000 ml de cerveja/dia.

7.2 Observação Participante e Diário de Campo

Nesse capítulo inicial das entrevistas, teceu-se as notas observacionais de cada pessoa idosa com estomia intestinal por CCR, de cada encontro, de cada conversa, formal ou informal; tais notas refletem observações sobre o processo de agendamento dos encontros, o ambiente doméstico e familiar, o comportamento geral do participante do estudo, suas expressões e emoções, os aspectos éticos da pesquisa, bem como as relações do idoso com familiares, amigos e profissionais de saúde.

Percebeu-se durante os nossos encontros que os participantes se mostraram receptivos e todos carregavam uma vasta experiência de vida, compartilhavam seus saberes e atitudes em relação ao processo saúde doença, ao superarem e o fato de conviver com uma estomia, aprendendo ainda a se autocuidar.

7.2.1 Dona Flora

Dona Flora é uma senhora de 65 anos, demonstrou ser animada, alegre, prestativa, comunicativa, atenciosa aos detalhes e gostar de compartilhar sua história de vida. No primeiro momento da coleta de dados recebeu-nos em sua casa, alegremente, estando alo, crono e auto-orientada. Reconheceu a pesquisadora que explicou o motivo do contato e os objetivos da pesquisa. Após a leitura do TCLE assinou-o e respondeu prontamente às perguntas do questionário sociocultural e clínico. A seguir, mostrou-nos seus equipamentos coletores, fornecidos pelo Centro Especializado em Reabilitação, situado no município, doados pela Prefeitura (*sic). Relatou dificuldades na sua aquisição, pois necessita trocar várias vezes na semana devido à uma alergia (*sic). Disse que prefere utilizar o equipamento de uma peça quando vai sair à rua para suas atividades sociais e, quando vai ficar em casa, prefere o de duas peças, porque acha mais confortável. Ao final do encontro falou-nos: *eu “tô” ótima! Tem muita gente que quando “tá” doente só fica reclamando, eu dou graças a Deus por estar viva e me sinto ótima!*

Agendou-se a segunda parte da coleta de dados para quinta-feira próxima e ela disse que estaria esperando-nos para continuarmos, em tom de satisfação. No entanto, sua filha deu à luz a uma menina e Dona Flora solicitou-nos que fôssemos ao final do ano; então, após contato telefônico, agendamos um horário para a entrevista. Após o final do ano, tentamos contato inúmeras vezes, contudo sem sucesso, ora por estar auxiliando nos cuidados com o seu neto, recém-nascido, ora por falhas telefônicas. Após um mês, a orientadora foi pessoalmente falar com Dona Flora, agendando um horário no início da semana; contudo, ao chegarmos não a encontramos em casa.

7.2.2 Dona Antônia

Dona Antônia tem 86 anos, mas não aparenta ter tal idade, devido ao seu ânimo e força de vontade. Ao final da tarde fomos realizar a coleta de dados e ao chegarmos no domicílio de Dona Antônia, ela apresentava-se desconfiada, pois não costuma receber visitas em casa. Inicialmente, devido às suas limitações na deambulação, jogou-nos a chave e entramos. Cumprimentou-nos com um alto astral. Contou-nos que é natural da Bahia, que morou por muitos anos em São Paulo e mudou-se para Minas Gerais há 11 anos, para cuidar de sua saúde, pois não tinha filhos, morava com o esposo e tinha uma sobrinha que morava em Minas Gerais.

Descobriu que estava com câncer em 2006 e conforme indicação médica, foi confeccionada sua colostomia. Afirmou-nos que foi para a mesa de cirurgia contrariada e desacreditada, pois tinha medo de falecer. Contou-nos que cuidou de seu esposo até sua morte; que faz todos os serviços de casa, como lavar roupas, cozinhar, varrer e passar pano diariamente, além de ir às compras semanalmente. Disse-nos que necessita de ajuda apenas para receber sua aposentadoria e pensão, tal ajuda é realizada por sua sobrinha, que mora com ela e também é uma pessoa idosa. Quanto à estomia, disse-nos que não a incomoda muito, e que realiza a troca do equipamento coletor de duas a três vezes por semana e o esvaziamento conforme necessidade diária. Ressaltou-nos também o papel primordial do enfermeiro em estomaterapia na assistência às pessoas com estomia, citando nomes de duas enfermeiras que marcaram sua vida pela assistência prestada. Terminamos nosso primeiro encontro e agendou-se o próximo, para a leitura e assinatura do TCLE, entrevista semiestruturada e vídeo-gravação. Preferiu que apenas uma aluna do projeto de Extensão e a pesquisadora a observassem na troca do equipamento coletor, enquanto o pesquisador realizava a leitura do TCLE, sua assinatura e a caracterização sociocultural e clínica.

Conforme combinado, fomos visitá-la novamente, no dia seguinte e Dona Antônia aguardava-nos para poder tomar seu banho e proceder à troca do equipamento coletor. Explicou-se a pesquisa e leu-se o TCLE e ela concordou em participar da pesquisa. A pesquisadora responsável e uma discente componente do projeto de extensão realizaram a observação e vídeo-gravação da troca do equipamento coletor; com a questão norteadora: “Conte-me como a Senhora realiza o cuidado com a estomia?” (adequamo-nos às necessidades da participante, pois ela estudou apenas dois anos e poderia ocorrer equívocos se perguntássemos sobre equipamento coletor da estomia). Em seguida, agradecemos sua participação e reiteramos que novas visitas serão realizadas. Após os encontros emergiram nos pesquisadores sentimentos de satisfação, por termos experienciado e aprendido nos momentos em que ela compartilhou sua jornada de vida conosco.

7.2.3 Dona Maria do Carmo

Dona Maria do Carmo tem 71 anos, é uma senhora que nos recebeu prontamente em sua casa e falou-nos que, apesar de morar sozinha, sente-se orgulhosa por ter criado os filhos e os netos e que nunca se sente só, porque eles moram perto e a visitam todos os dias; ainda, falou que estava feliz pois sua neta estava passando as férias em sua casa. Disse que gosta de receber visitas pois gosta muito de conversar. Iniciamos nosso contato explicando-a o intuito da

pesquisa. Concordou em participar e, após a leitura e explicação do TCLE, o assinou. Prosseguimos com as demais etapas da entrevista.

Contou-nos que é muito preocupada com a saúde e que procura fazer todos os exames solicitados. Em relação à época da confecção da estomia, falou que quando “descobriu” o câncer não teve outra alternativa, pois estava muito mal. “Não conseguia nem levantar da cama”, “precisava da ajuda de todo mundo para fazer qualquer coisa”, confidenciou-nos que se sentia muito nervosa por depender dos filhos para sua alimentação e higiene, pois a vida toda prezou por sua independência. Após se recuperar da cirurgia e receber alta hospitalar, confessou-nos que recebeu orientações sobre desprezar os efluentes diretamente no vaso sanitário por seu médico; e não pegou os papéis da alta, pois sua filha não foi verificar a papelada no momento da saída do hospital. Já em seu domicílio, sua nora era quem realizava a troca do equipamento; procurou um serviço público de assistência à pessoa com estomia e lá recebeu orientações de enfermeiras, em relação à realização do esvaziamento, da troca, do corte do equipamento conforme o tamanho da estomia e a aplicação na pele, bem como a aquisição dos equipamentos coletores; também conseguiu adjuvantes que auxiliam na fixação da estomia e atuam na prevenção de dermatites. Sua preferência inicial era por um equipamento transparente, pois não machucava sua pele, contudo, sentia-se mal, pois era “ruim ser transparente” e ela não podia trocar de roupa perto dos outros por vergonha.

Sua preferência atual é pelo equipamento de duas peças drenável, opaco e com cinto, pois está com uma hérnia e realiza a compressão até decidir se vai operar ou não; ainda nessa perspectiva, disse-nos que realizou um exame “que vê toda a barriga” (sic*), possivelmente uma endoscopia, devido ao aparecimento da hérnia periestomal e que seu médico quer operar em breve. Recentemente, disse-nos que “forçou” demais o joelho no chão e que se machucou, apresentando hematoma e edema no membro esquerdo. Nos expôs que compra, limpa e prepara seus alimentos, que lava suas roupas e limpa a casa. “Faço muita arte!” e que seus filhos a julgam como “quem faz muita arte”. Ao final da entrevista nos revelou aspectos de sua vida pessoal, como a perda do cônjuge; ficando com o olho inundado em lágrimas.

Ao final do encontro, agradecemos sua participação e reiteramos que novas visitas seriam realizadas pelos pesquisadores e integrantes do Projeto.

7.2.4 Senhor Félix

Após contato telefônico prévio, fomos até a casa do Sr. Félix que tem 70 anos. Sr. Félix convidou-nos para sentar em seus sofás e a partir desse momento, abriu seu coração, compartilhando sua experiência de vida.

Por ser uma pessoa idosa, com uma estomia e morando só, sua casa aparentava estar organizada, contou-nos que não gosta muito de empregadas domésticas porque não deixam a casa do jeito que ele quer. A casa de dois pisos conta com muitos quadros religiosos, justificando-os em sua grande fé e que sem ela não conseguiria superar as adversidades. Não obstante, organiza os suplementos necessários para o AC com a sua estomia, guardando os equipamentos em uma escrivaninha e os adjuvantes em pomada e pó em seu quarto, “bem guardadinho” e seguro. Em seguida, explicou-se a pesquisa, leu-se e assinou-se o TCLE e ele próprio iniciou seu relato e a todo momento muito voluntarioso, subindo escadas, no meio da conversa, para pegar equipamentos, pomadas e outros adjuvantes que usa ao autocuidado da estomia. Nos despedimos e agendamos o próximo encontro.

Iniciamos o próximo momento com a entrevista e, durante a aplicação do MEEM ao ser solicitado que escrevesse uma frase, Sr. Félix escreveu: “eu ainda estou lúcido!”; mostrando-nos que tem orgulho de seu estado cognitivo e de suas habilidades, o que pode facilitar o AC; em seguida procedeu-se à gravação. Notou-se também que durante todo o processo de troca do equipamento coletor, Sr. Félix estava ofegante, o que pode estar ligado ao fato de estar acima do peso, bem como seu tabagismo crônico que, quando questionado, afirmou-nos: *Eu fumo desde menino! Mas agora fumo pouco, só “dois” cigarros de palha por dia.*

7.2.5 Senhor Olavo

Tentamos por vezes entrar em contato com senhor Olavo, mas sem sucesso. Encontramos sua esposa na janela de casa e ela nos falou “ele está trabalhando e depois ele vai beber; qualquer coisa eu ligo para vocês”. Aguardamos o contato telefônico, mas ele não ocorreu. Tentamos novamente e o encontramos em casa, explicamos o objetivo do estudo e agendamos a visita para a coleta de dados.

Sr. Olavo com 60 anos recebeu-nos em seu domicílio de prontidão, com sua cara séria e poucas palavras. Explicamos a pesquisa e ele prontamente aceitou participar. Procedeu-se então à aplicação do MEEM e após, à leitura e assinatura do TCLE. Durante toda nossa

observação, pôde-se perceber determinados sintomas de ansiedade em Olavo, que ficava dando alguns “tapas” no braço de seu sofá ao conversar conosco.

Contou-nos sobre seu trabalho, sobre o seu histórico de saúde, suas filhas e netas e algumas histórias. No dia da gravação, estava sério e convidou-nos para ir à área externa de sua casa, que é o local de preferência para a troca do equipamento coletor. Nessa área havia uma grande mesa, ao lado de sua cozinha e ele nos solicitou que gravássemos ali, pois estava mais acostumado. Ele, de maneira rápida e eficaz, cortou a placa adesiva do equipamento e a deixou sobre a mesa; em seguida, falou-nos que iria tomar um banho e que retornaria para a troca. Após o banho, mostrou-nos o estoma e perguntou se poderia colocar o equipamento novo, dissemos que sim e ele, novamente nos surpreendeu: colocou e fixou o equipamento em menos de 20 segundos, conferindo ainda se estava corretamente fixado e fechando o clamp.

Não obstante, percebeu-se que, dentre todos os participantes da pesquisa, senhor Olavo é o único que afirmou ser católico e não possuía imagens, quadros ou outros artigos que remetessem à religião, assim como não nos falou se vai ou não à missa regularmente. Cabe ainda ressaltar que, ficou evidente que senhor Olavo tenta a todo momento afirmar sua posição como homem forte e provedor da família, com diversos discursos que remetiam à masculinidade, com comportamentos de saúde nocivos, tais como: realizar esforços cotidianos mesmo sob restrição, ingerir alimentos e bebidas não recomendadas à pessoa que faz uso de estomia, como torresmo e cerveja regularmente. Ademais, apesar de ser um senhor comunicativo, não tem muitos vínculos de amizade, apenas na oficina onde trabalha; tendo como atividade social favorita jogar bingo e conversar no bar tomando cerveja.

Após conversarmos, despedimo-nos do senhor Olavo e de sua amigável esposa.

7.3 Depoimentos

7.3.1 Dona Flora

Dona Flora gosta de usar calças *legging* pois ajudam a “segurar” o equipamento. É solícita, fazendo questão de mostrar-nos os equipamentos e adjuvantes que emprega no cotidiano, isto é, no AC com a estomia. Ela mudou-se recentemente e sua casa está muito bem organizada, é espaçosa e limpa, impecável. Ela tem mobilidade preservada e mora sozinha, realizando compras e preparando as próprias refeições, lava e passa roupas; acrescentando que ainda sobra tempo para ajudar a filha que recentemente teve bebê; ainda, revelou-nos: *eu moro sozinha, mas sempre tem algum neto ou neta por aqui, ou filhos.*

Em sua casa estavam presentes imagens religiosas na sala e no quarto. Relatou-nos que aposentou por invalidez (sic*), um salário mínimo, acrescentando: *o “falecido” morreu e me deixou sem nada, porque eu “desquitei” dele e também porque ele não contribuía com o INSS; eu não sei quanto tempo ele contribuiu. Então, é um salário só.* Dona Flora tem o abdome plano e uma hérnia periestomal pequena. Apresenta também uma dermatite apenas na região do adesivo microporoso, revelando-nos prurido e que coça quando sente vontade; tal dermatite pode ser devido ao adesivo da placa, pois a lesão de pele está bem delimitada e é exatamente onde o adesivo microporoso entra em contato. Por fim, em relação aos hábitos de vida relatamos: *nos finais de semana eu gosto de tomar uma cervejinha [risada]! E fumo também, eu parei depois que operei oito anos...[pausa]...mas parece que o cigarro distrai muito a gente...mas eu gosto de um cigarrinho sim, não escondo não!*

Tentamos por diversas vezes remarcar o encontro, porém não obtivemos sucesso, por ela não atender o celular. Passadas algumas semanas, decidiu-se ir mais uma vez na casa dela e um senhor informou-nos que ela havia mudado para casa antiga e, como tínhamos o cadastro no programa Viva Bem com uma Estomia, conseguimos encontrá-la em sua nova residência. Ela recebeu-nos cordialmente e agendamos um encontro para a próxima semana.

A etapa da vídeo-gravação foi realizada conforme planejado. Chegamos à tarde em sua residência e ela estava tomando banho; ao sair do banheiro convidou-nos a ir ao seu quarto, local de preferência para a troca do equipamento e iniciou uma conversa relatando uma complicação que está tendo: *eu estou com uma coceira, por causa da minha alergia...eu coloco o pozinho todas as vezes que vou trocar...[pausa] é ele que alivia um pouco quando começa a coçar, sabe? Mas às vezes trocam a bolsa e dá uma coceira, quase acaba com a minha vida! Aí eu vou lá e falo para enfermeira, minhas “bolsas” acabaram, como que eu faço? Porque, mesmo que eu não coce, fica “minando” [referindo-se ao processo alérgico] e descola a “bolsa, e não para.* Em relação ao tipo de equipamento afirma-nos: *eu sempre usei essa [uma peça, opaca, drenável], mas de vez em quando a enfermeira me dá aquela de duas peças. Porque tem dois modelos, um de uma e outro de duas peças; que isso aqui [apontando ao adesivo microporoso] é mais “larguinho” e me parece que ela [a “bolsa”] segura mais na pele...[pausa] porque é de duas peças e eu coloco o “cintinho”. Mas dessa vez não era ela [cita nome da enfermeira] que estava lá, então a outra me entregou, porque quando chega, elas já separam por nome [dos pacientes].*

Em seguida, pega duas caixas de equipamento, dizendo-nos: *“essas aqui eu peguei no começo do mês...não dá para um mês de jeito nenhum! O que dão dura 15 dias. Mas quando era no tempo da enfermeira [cita o nome], ela me falava: “por causa da tua alergia, eu vou te*

dar duas caixas (sic)”, aí dava para 30 dias.* Em relação à frequência de troca do equipamento, desabafa: *“às vezes eu troco de manhã, quando é a tarde ela [a “bolsa”] já está solta. A de duas peças até que segura dois, três dias.* Ao mostrar-nos o equipamento relata: *“eu corto nesse tamanho mesmo [e aponta na placa adesiva], porque se eu cortar ela “menorzinha”, a gente mexe muito com o corpo, aí ela vai e solta! Na hora que eu troco eu passo a mão [na placa adesiva]. Acrescenta: “é uma tristeza, a menina fala “a gente não pode dar mais bolsa”, mas eu vou fazer o que? Por mim, eu usava se durasse um mês...mas ela solta todinha, que nem tem condições de...[pausa] e me dá uma coceira que quase que acaba com a minha vida!*

Já em pé nos diz: *“eu troco em pé, não troco deitada não! Abaixa um pouco sua calça e vê-se que ela coloca papel higiênico no estoma após o banho, até o momento da troca. O papel não adere à estomia, apenas um pouco à pele periestomal. Continua o procedimento e comenta: “hoje está bom porque não coçou...é essa alergia aqui [apontando o local onde o adesivo microporoso adere à pele] é que “quase me acaba!”, isso aqui fica na “carne viva”. Mas não tem remédio para isso! Eu passo o pozinho, tenho até que pegar outro porque o meu está acabando.* E vai ao banheiro pegar o pó, retorna rapidamente e já inicia a aplicação na área periestomal, falando-nos: *“eu vou passar com a mão mesmo porque eu acabei de tomar banho e isso [o pó] me alivia. Tem dia que se você ver isso aqui...[pausa] se mostrar para as pessoas elas têm até dó.* E termina a aplicação, adicionando: *“hoje eu não cocei, mas se coçar, não segura de jeito nenhum!*

Ao iniciar a aplicação ressalta-nos *eu já estou até prática para trocar essa bolsa!* E começa a retirar o papel que protege a placa adesiva. *Já troco há 17 anos. A minha filha trocou para mim na semana que eu ainda estava com a barriga cortada...e já inicia a aplicação na pele, afirmando-nos: se é o jeito certo eu não sei, mas eu troco assim.* Finalizando a aplicação e passando a mão na placa termo sensível para melhor fixação. *“Aí” eu pego...e faço assim* e continua passando os dedos para fixar a placa à pele, reafirmando-nos: *nossa, mas isso aqui [referindo-se à dermatite] acaba com a minha vida!* Após a fixação, coloca o clamp sem dificuldade e o coletor dentro de sua calça, ligeiramente apertada, dizendo: *“nem” parece “né”?* *Aí, quando é de duas peças eu uso o cintinho. Eu gosto mais do [equipamento coletor] de duas [peças], mas tem o modelo certo, porque tem um que não presta! Que não dá certo de jeito nenhum! Eu gosto de uma [“bolsa”] mais larguinha dos lados, porque eu coloco e prendo no “cintinho”, “aí” dura mais dias, chega até quatro dias. Dá coceira sim, mas parece que não irrita tanto a pele. É mais essa alergia que atrapalha, se não fosse ela [a dermatite], eu acho que a “bolsa” durava uns três, quatro dias.*

Ao finalizar a troca, fala-nos: *faz 17 anos já que eu operei, graças a Deus nunca mais senti nada! Mas se vocês tiverem alguma “bolsa” para me doar eu aceito. Porque às vezes elas [enfermeiras do centro de referência] podem pensar que a gente...porque o certo seria elas falarem: toma aqui, duas caixas para 30 dias. Mas não adianta nada, porque me dão uma caixa e “passa” 15 dias eu vou lá de novo...[pausa].* Ainda, relata-nos sobre sua filha, complementando: *a minha filha quando tinha condições [financeiras] comprava para mim em São Paulo, na época ela pagava 100 reais em uma caixa de “bolsa”. Hoje quanto que não está? Muito caro.* Relembra também um acidente: *um dia minha filha comprou uma bolsa, pagou 20 reais, aí chegou na metade do caminho e tive que parar para trocar. Pagar 20 reais numa “bolsa” e não valer nada. Descolou!*

No fim do encontro, Dona Flora lembrou que a pesquisadora foi que a acompanhou no início da reabilitação; trocamos algumas conversas informais, ela levou-nos até o portão, convidando-nos a retornar quando quiséssemos; despedimo-nos dela e ela ficou na janela com uma expressão de felicidade, de ter alguém para conversar e compartilhar toda sua bagagem de autocuidado.

7.3.2 Dona Antônia

Em todos os nossos encontros Dona Antônia foi educada, desenvolvendo uma relação de respeito com os pesquisadores; mostrou-se ainda solícita, fazendo questão de exibir os adjuvantes necessários à troca do equipamento coletor. Em sua casa vivem ela e sua sobrinha também idosa; sendo confortável, aconchegante, com boa iluminação e circulação de ar. Logo na entrada da casa, na sala, pode-se perceber a influência da religiosidade na vida de dona Antônia, com inúmeros quadros religiosos nas paredes. Sempre se mostrou alegre em receber-nos, estando orientada e sempre comunicativa. Deambula com dificuldades, com auxílio de uma bengala; ficando cansada e ligeiramente ofegante após caminhar pela casa. Seu abdome é globoso e ela apresenta uma cicatriz cirúrgica na região umbilical, bem profunda, tais fatores podem acarretar em maior dificuldade no esvaziamento, limpeza e troca do equipamento coletor.

Em seguida, já acomodados em sua sala de estar, quando questionada sobre a vivência com a estomia, contou-nos: *Hoje eu vivo muito bem, graças a Deus! Vivo bem... É só isso ou posso falar mais?* (Pesquisador): *Pode falar mais, pode falar o quanto a senhora quiser!* E ela prosseguiu: *Quando começou, eu tinha muita dor na barriga...doía muito a barriga...e fazia muito “cocô sangue”. É...[pausa] ...eu tinha muita dor na barriga. Foi aí que começou... “a*

gente” não sabia o que que era, então quando mudamos pra cá que nós descobrimos que era câncer. Minha irmã, morreu de câncer de mama, a minha sobrinha morreu de câncer de mama, o meu sobrinho morreu de...[pausa]...como é que fala mesmo? Não sei falar direito. Ah, lembrei! Câncer de intestino [expressão de tristeza] e depois...todo mundo já morreu já [pausa]... [cita nomes dos familiares], meu sobrinho também morreu de câncer, todo mundo! [expressão de tristeza].

Ao continuar a conversa, contou-nos: *Depois que eu operei que eu fui ver que estava com a “bolsinha”. O médico não falou nada e, depois que eu saí do hospital já saí com a “bolsinha”. Lá no hospital, eu acordei e estava com a bolsinha, as meninas de lá que colocavam pra mim...depois eu vim pra casa, foram me ensinando como é que fazia...as enfermeiras do postinho aqui perto começaram a me ensinar, “aí” eu aprendi a colocar a...[pausa]... a “bolsinha” direitinho. Eu aprendi com a técnica de enfermagem [cita o nome] que me ensinou a colocar; elas trabalham no postinho aqui em cima.* Continua compartilhando sua vivência conosco: *eu não aprendi no hospital, eu fui aprender aqui em casa, com as meninas do posto de saúde, foram elas que me ensinaram. Mas no hospital falou que eu podia receber “bolsinha” de graça...então deram os documentos para minha sobrinha.*

Em relação à condição de estar com uma estomia, falou-nos: *no dia em que eu saí de alta, o médico me abraçou, sentou perto de mim e falou: dona Antônia, a senhora está com problemas graves, mas disso a senhora não vai morrer não, de câncer a senhora não vai morrer (*sic)...porque nós fizemos tudo o que tinha direito, tudo o que estava ao alcance.* Dona Antônia disse que reafirmou ao médico: *eu vou morrer, mas de câncer não!* [pausa] *Eles [médicos] tiraram tudo o que tinha direito, o que estava estragado. Aí quando eu cheguei em casa mudou muita coisa, mudou bastante! Fiquei de repouso mais de um mês, só deitada...As meninas vinham, a enfermeira vinha e trocava, cuidava de mim, eu ficava só deitada. Depois eu comecei a andar “devagarzinho”...eu fiquei “magrinha” porque eu não conseguia comer direito. Depois de um tempo, comecei a me alimentar melhor, aí fui, levantei “devagarzinho” e melhorou e sempre estou fazendo retorno com o médico, precisa de acompanhamento né?*

Ao final de nossa conversa, iniciaram-se algumas falas que abordam o autocuidado, tais como: *eu comecei a cuidar da bolsinha... eu operei em 2010 e em 2011 eu comecei a trocar sozinha já...operei em novembro, aí no outro ano já comecei a cuidar já [pausa]...a trocar sozinha. As enfermeiras vinham e começavam a trocar, eu sentada e elas trocando... e eu sempre olhando, como que cortava direitinho, os números...aí eu comecei a trocar sozinha, porque eu não posso pagar uma enfermeira para me cuidar, né? Já quanto à alimentação, falou: a alimentação é normal, bem normal! Só que no hospital eu fiquei uma semana sem comer, não*

bebia nem água, até eu operar. Agora a minha comida é normal, é peixe, frango, “carninha” moída, “carninha” cozida, bem normal. Sobre como se veste após a confecção da estomia afirmou-nos: eu me visto normal, mas roupa bem folgada, por causa que machuca, eu não posso usar roupa apertada... para sair eu saio com roupa folgada com elástico [cinto de fixação do equipamento], mas quando está muito apertado machuca.

Revelou-nos sobre sua religiosidade, que assiste diariamente a programas religiosos, incluindo missas, em várias emissoras de televisão católicas e que às vezes vai à missa: *mas só vou na igreja se me levarem...meu sobrinho às vezes me leva, mas vem umas meninas também pra entregar comunhão, a minha sobrinha... quando me leva eu vou! Vou na igreja [cita as igrejas] a minha sobrinha que me leva, mas de vez em quando, quando ela pode me levar. Vou também no mercado, com minha amiguinha de idade que mora aqui pertinho, dona [nome da amiga] a gente vai toda semana devagarzinho comprar as coisas no mercado aqui embaixo.* Em seguida, mostrou-nos seus artesanatos com bordado, impecáveis, bem feitos e bonitos; contou-nos que consegue enxergar porque já operou as duas “vistas” de catarata.

No dia da gravação da troca do equipamento coletor da Dona Antônia, chegamos em sua casa e ela nos recebeu prontamente, dizendo que nos aguardava. Após nos receber, foi tomar banho antes da troca e aguardamos em sua sala de estar. Em seguida, iniciou-se a gravação, ou seja, o seu autocuidado em relação à estomia e ao equipamento coletor. Toda gravação ocorreu com a participante sentada, conforme a descrição abaixo. Vale ressaltar que, a pedido da participante, o pesquisador não realizou a gravação, devido à vergonha e, após a troca, ela autorizou-o a ver para descrever como seu autocuidado é realizado.

Iniciou o momento da gravação questionando-nos: *pode cuidar?* (Pesquisadora): *Pode sim, pode fazer o que a senhora quiser! E continua sua fala: eu que faço tudo, a senhora acredita? É, eu aprendi com minhas coleguinhas, com as enfermeiras, que me ajudaram e cuidaram de mim [colocando algumas gazes na estomia, para evitar saída de efluentes]. Botei esse paninho aqui porque está sujo [referindo-se a uma pequena quantidade de efluente presente no estoma], depois eu tiro né?*

Dona Antônia nos diz: *agora eu vou pegar a pomadinha...e vou pegar a bolsinha, que só tem uma, tenho que buscar sexta-feira... tenho duas mais ou menos aqui, mas tenho que devolver né? Não vou usar, talvez outro use... Vocês não têm pressa não né?* Dona Antônia move-se com um pouco de dificuldade, agora de maneira lenta, ela pega a caixa com o equipamento coletor e seleciona o de sua preferência, duas peças, opaco, drenável. *É a última, acabou!* Em uma caixa ao lado, ela coloca o dispositivo coletor e demonstra ser uma senhora muito caprichosa, pois há uma grande organização em uma “caixinha”, na qual ela dispõe tudo

o que vai precisar para realizar a troca, com uma toalha limpa, um palito que usa para passar a pasta que auxilia na fixação do equipamento coletor, uma tesoura e fita crepe.

A tesoura...vai ficando cega a tesourinha...pega o equipamento e inicia o corte dizendo-nos: ela [a enfermeira do centro de referência] mandou eu fazer esse tamanho aqui, mas achei que está meio grande...eu tenho medo de cortar muito e depois não dar certo. Aí sabe o que eu faço? Eu vou cortando “devagarzinho”...vou cortando devagarzinho...aqui tá 40 e...[espera alguns segundos], 44 [milímetros] né? Quanto menos... [silêncio e concentração ao cortar o diâmetro adequado do equipamento].

Dona Antônia prossegue com o corte da placa do equipamento que fixa na pele, segurando firmemente com uma mão e manuseando a tesoura com a outra. Em um criado mudo ao lado, ela deixou uma luminária de mesa, pois recebeu a orientação de que a luz auxiliaria na fixação no abdome e que também a auxilia na visão, evitando acidentes com a tesoura ou equívocos no tamanho ao ser cortado, pois as medidas em alguns equipamentos estão escritas com letras com tamanho normal, contudo, pessoas idosas podem apresentar alterações visuais acarretadas pelo próprio envelhecimento, ou seja, pela senescência.

Ao continuar o corte, confia-nos que sua situação é dura, exclamando: *mas tive que aprender...também, há quantos anos fazendo isso sozinha “né”!? Sete anos né? Eu operei em 2010 né? Não são sete anos? Nós estamos em 2000 e quantos? (Câmera): 2017! Dona Antônia: eu operei dia quatro do “onze” de 2010... e prossegue com o corte da placa. “Perai” que já estou acabando. Eu estou “sãozinha”, graças a Deus! Isso não é bom? [pausa] você ter saúde é muito bom! Porque pagar enfermeira para cuidar é caro, não é verdade? Eu não posso pagar uma enfermeira. Eu posso? Só rico né? Porque tem que pagar salário. Ainda, terminando o corte, ela questiona a câmera: está “vendo” eu cortar? está dando pra ver tudo né? [mostrando a placa quase pronta]... mas não filma minha cara não fia? (Câmera): Não, não, depois a gente vai mostrar para senhora! Não “me deixa eu me ver” não; porque eu começo a chorar! Eu não posso nem ver! [silêncio]. É duro né? E termina o corte da placa.*

Em seguida, *deixa eu ver né?* [referindo-se às gazes colocadas anteriormente por ela na estomia]. Retira as gazes suave e lentamente. *Eu lavei depressa e... está vendo?* E aponta para uma área periestomal, próxima à fixação cirúrgica, dizendo que depois o seu médico teve que costurar de novo. Percebeu-se que, exatamente nessas áreas periestomais havia presença de efluentes, em pequena quantidade.

Posteriormente, coloca a placa ainda com os adesivos intactos, sobre a estomia, para verificar se o tamanho do corte foi adequado e após observado nos fala: *está pequeno não está? “Perai”! E se eu der um “piquezinho” aqui?* [apontando para uma área da placa que estava em

excesso]. Retira a placa da estomia e encerra a comparação, passando uma gaze na área da placa que estava em contato. Após, pega novamente a tesoura e corta um pequeno pedaço da placa. Novamente, compara e diz: *eu devia ter cortado um pouco menor né?* e continua a comparação. Após alguns minutos nos diz: *sobrou só um pouco né? Aí eu...mas dá pra eu colocar, pra eu num...para ele não “estourar” e ajudo com fita crepe, né? Não pode? Pôr fita crepe por baixo para segurar um pouco né? Está bom não está?* E termina a comparação, colocando a placa por cima da toalha limpa.

Imediatamente, inicia a aplicação de um produto em pó e questiona: *sabe para que que é isso aqui? é porque que mandam colocar usar esse pozinho aqui antes. Ah sim!* E continua a espalhar o pó com o auxílio de uma gaze limpa nas áreas próximas à estomia e com a mão em regiões mais longes. Logo após, coloca uma toalha limpa sobre suas pernas e abaixo do excesso de pele de seu abdome e passa um pouco mais de pó. *Agora a pomada [pasta] ela [a enfermeira do centro de referência] manda pouco! Por que isso meu aqui é fundo [apontando para uma cicatriz próxima à região umbilical, de cirurgia prévia]... e a bolsinha...ela não fica no lugar certo! Agora eu tenho que colocar isso aqui [mostra o tubo de pasta adesiva].* Como a pasta estava no final, ela corta o tubo para conseguir retirar determinada quantidade do produto.

Logo depois, procede à aplicação da pomada, com o auxílio de um palito. Nos questiona: *quem é a pessoa de idade que faz isso? Quem é que faz assim? Sabe porque que eu não me entrego? Porque eu tenho medo de chegar eu...tenho medo de ficar na cama, dependendo dos outros, trocando fralda...* e continua cortando o tubo de pasta. Ao aplicar mais pasta em uma cicatriz periestomal, fala: *tenho que colocar mais aqui, para fixar bem. Eu tenho outro dessa daqui ali guardado! “Aí” a gente repõe quando vai acabando. Isso aqui ó [aponta a uma parte da estomia], parece que arranhou...eu medindo aqui ó, arranhou!* perguntando: *Pode botar pomada?* E Dona Antônia pede auxílio da operadora de câmera e diz: *filha, você pode pegar ali para mim [apontando para uma escrivantina no quarto], eu vou “botar” um pouquinho de pomada, porque foi medindo e machucou. Ah, às vezes eu ponho porque eu tenho medo né?* E aplica um pouco de pomada antibiótica, antialérgica e antifúngica (Cimecort) onde arranhara anteriormente, colocando o próprio “bico” do tubo na pele periestomal.

Após finalizar todo o processo de limpeza e de preparo à troca do equipamento coletor e a aplicação dos adjuvantes, procede à fixação da placa, dizendo-nos: *agora que...agora que...* [pausa] *agora que é duro viu? Para colocar a plaquinha [pegando-a]. Depois eu ajudo com isso aqui [apontando para a fita crepe] que é para não “estourar”.* Pega a placa e exclama: *ai Jesus! Que isso [a troca do equipamento] dê certo! Meu Deus, ponha a mão senhor... é que eu peço muito a Jesus para colocar as mãos, para ajudar [pausa]... Agora eu vou virar um*

pouquinho aqui viu? E move-se, lentamente, para próximo da luminária, pedindo ajuda para posicioná-la melhor.

Antes de iniciar a fixação da placa, disse: *o remédio que eu tomo é só esse aqui* [mostrando uma caixa de medicamento]. *Eu não tenho diabetes, eu não tenho colesterol, eu não tenho pressão alta...só tomo isso aqui “para” circulação!* [Comarina 15mg + troxerrutina 90mg]. *Agora é que vai ser duro, agora é que vai ser difícil...colocar no lugar certinho* [com a placa na mão]. Retirando os protetores do adesivo da placa, falou-nos: *eu vou conseguir, se Deus quiser!* Antes de retirar, confere novamente o tamanho junto à estomia, retirando apenas o adesivo central da placa e iniciando a aplicação. Após colocar apenas uma parte da placa, ela fica um pouco acima da estomia e diz: *Vai vaziar aqui, vai vaziar embaixo... como é que eu faço agora? Vai vaziar aqui embaixo! eu devia ter cortado menor “né”?* Após passar o dedo sobre o adesivo termo ativo da placa fala-nos: *acho que vou ter que colocar fita.* Em seguida, Dona Antônia retira os adesivos laterais da placa, fixando-a bem, com as próprias mãos, questionando à discente de enfermagem: *está vendo eu trocar aqui? Está vendo como que é? Aprendeu? Está aprendendo como é que coloca?* [pausa] *mas não são todas [“bolsinhas”] iguais, tem umas que vêm diferente. De vez em quando troca o modelo. Tem umas que são meio amarelas, diferentes né? Essa [“bolsa”] veio assim, mas todas não são assim não.* E confere a fixação da placa, fixando novamente algumas partes do adesivo na pele periestomal. Pega a segunda parte do equipamento, ou seja, o dispositivo coletor em si, e mostra à câmera. *É assim, está vendo* [colocando o dispositivo sobre a placa fixada]. *Isso você faz assim “ó”* [referindo-se ao clamp ao final do dispositivo]. *Você dobra várias vezes e fecha* [fixando com um adesivo próprio do equipamento]. *“Aí” quando vai no banheiro, a gente...a gente faz assim* [abrindo o clamp]. *A gente vai no banheiro e aperta aqui* [apontando para a porção final do equipamento]. *Está pendurado, não está?* colocando o equipamento sobre a placa. *Abre assim, joga água aqui dentro* [faz um barulho com a boca] *e joga no “vaso”. Joga mais água e vai no “vaso”. Depois, seca bem “secadinho”... tem bastante “paninho especial” para isso* [referindo-se à gaze]... *depois seca devagarzinho né? Para não machucar e também não molhar a roupa né? Para não deixar tudo pingado...e volta outra vez* [fechando o clamp novamente].

No momento em que Dona Antônia vai conectar as partes do equipamento coletor, nota um pequeno sangramento na estomia e diz: *Nossa! Sangrou aqui! Acho que machucou.* Pegando algumas gazes e colocando uma sobre o sangramento para estancar. *Ah, qualquer coisa nós vamos no Pronto Socorro “né”?* ... *machucou um pouquinho aqui em cima.* Coloca novamente uma gaze e dessa vez dá leves tapas sobre ela: *Não é nada não né?* e troca novamente a gaze.

Nesse momento, podemos perceber que, devido à troca estar demorando aproximadamente 20 minutos, vemos que havia um pouco de efluente saindo da estomia.

Em seguida, compara a posição da segunda peça do equipamento coletor à placa já fixada e limpa a região por onde passou os dedos, com uma gaze. Inicia a aplicação da segunda parte, que ficará aderida à placa fixada na pele periestomal, com a ajuda de todos os seus dedos, em todos os lados do estoma, conferindo para que nenhum lado fique mal fixado. Contudo, disse-nos *tem horas que eu “apanho” para colocar isso aqui* e continua a fixação. No momento em que vai colocando, vai falando com a estudante de enfermagem: Qual o seu nome? Após a resposta diz: *que nome difícil de falar, mas quero que você vai olhando, para depois falar para outros alunos...é difícil!* Após terminar a fixação: *Aí...aí ó! Certo!* Conferindo se todo o equipamento estava fixado. *está vendo como que é? agora para segurar aqui eu não uso nada nada nada! A minha calcinha eu deixo só aqui embaixo ...eu não uso calcinha mais aqui para cima, porque machuca viu? Para eu conseguir secar o meu pé sabe como eu faço? eu uso um espeto...eu uso um pano, coloco o pano na ponta do espeto para secar no meio dos dedos, para eu não precisar abaixar, porque dói aqui se abaixar [mostrando a estomia]. Entendeu? Porque dói aqui desse lado [da estomia]; aí eu pego o pano e seco o dedo, aí é mais fácil, por causa da bolsinha.* Ao finalizar, pede auxílio da aluna para posicionar seu criado mudo.

Por fim, dirigimo-nos novamente à sala de estar e trocamos algumas conversas informais e ela contou-nos que gosta de cuidar-se, que um cabeleireiro e uma manicure iriam na casa dela “arrumá-la” no dia seguinte e que iria ficar bonita; enfim, despedimo-nos dela.

7.3.3 Dona Maria do Carmo

Dona Maria do Carmo recebeu-nos com educação, respeito e satisfação, sempre com um sorriso no rosto. Foi solícita conosco, fazendo questão de mostrar-nos seus equipamentos coletores e insumos necessários ao autocuidado com a estomia e equipamento coletor. Ela reside em um domicílio unipessoal, isto é, mora sozinha, mas afirma-nos que tem filhos que moram nas proximidades caso ela necessite de algum auxílio às atividades cotidianas “*eu moro sozinha desde que meu esposo faleceu...[pausa] mas meus filhos moram perto e vem me visitar todos os dias...gosto de visitas*”. Sua casa é confortável, bem arejada e iluminada. Ela tem sua mobilidade preservada, movendo-se pela casa e vizinhança rotineiramente; ainda, prepara suas próprias refeições e cuida dos afazeres domésticos. Seu abdome é globoso, com duas cicatrizes na região umbilical e púbica, de confecção de estomia prévias e possui artrite nos joelhos (sic*) o que pode influenciar em sua rotina de autocuidado com a estomia.

Já acomodados em sua sala, Dona Maria do Carmo trouxe-nos uma caixa de uma marca de equipamentos para estomia, na qual continham equipamentos doados pelo serviço de saúde especializado da cidade onde reside. Tais equipamentos eram opacos, transparentes, uma peça, duas peças, ela possuía vários e distintos equipamentos, totalmente organizados em uma caixa. Dona Maria do Carmo afirmou-nos que prefere o coletor de duas peças, opaco, drenável. Em seguida, colocou todos os materiais que dispunha na cama. Questionando-se: *será que esse daqui vai dar certo?* Referindo-se a um modelo duas peças, mas que o equipamento e a placa estavam um pouco discrepantes, com diferenças de tamanhos, o que poderia dificultar a fixação de ambos na estomia. Criticou a “bolsa” que ganha hoje em dia não “gruda” direito e que quando começa a “coçar”, já troca; nas trocas ela usa uma toalha limpa umedecida, para facilitar a retirada do adesivo.

Demonstrou ser uma mulher mais agitada e já procede ao corte da placa, com uma tesoura de ponta. Dizendo-nos: *eu corto nesse quinto [marcação], para não apertar e machucar* e procede o corte, em duas vezes. *O corte da “bolsinha” é pequenininho, então se eu corto muito pequenininho ela fica machucando. Eu acho é que vou ter que medir aqui...* e procede à retirada de sua blusa para verificar o tamanho do corte, conforme a estomia. Já estava com um equipamento fixado e questionou à pesquisadora: *posso tirar para medir?* e ela respondeu que sim.

Inicialmente, ela não faz a higienização das mãos e começa retirando a blusa e solicitando uma toalha limpa, para evitar eventuais vazamentos no momento de retirada do equipamento, para mensuração da placa de fixação que colocaria em seguida. Após a remoção, percebe-se uma média quantidade de efluentes, levemente pastosos, os quais ela limpa com a toalha, passando-a também na área periestomal, contudo, de forma um pouco abrasiva. E em seguida nos diz: *essa “partezinha” aqui [aponta para uma área periestomal], ela sangra um pouquinho...às vezes ela coça muito!* e continua a passar a toalha no estoma e na pele periestomal. O sangramento era em média quantidade, por grande parte da borda da estomia.

Dona Maria do Carmo prossegue: *quando tira o equipamento e eu vou passar a toalha para limpar, ela coça [referindo-se à pele periestomal] e continua a limpar, de maneira pouco delicada...quando tira [a toalha], coça.* Após terminar de limpar, joga a toalhinha no chão e procede à mensuração da placa recém-cortada diretamente no estoma. Ela sobrepõe a placa à estomia e nos diz: *acho que vou cortar mais um pouquinho, porque vai ficar apertado e depois machuca de novo.* Ao retirar a placa do estoma, percebe-se uma pequena quantidade de sangue, mas ela o ignora e procede ao corte novamente. Após recortar, sobrepõe a placa no estoma e começa a cortar mais um pouco, pois sentiu que estava apertado. Em seguida, retira o plástico

que protege a placa adesiva, e a coloca sobre a cama. Inicia a aplicação de um pó na pele periestomal (*Stomadhesive*®) o qual auxilia na fixação da placa além de proteger a pele.

Dona Maria do Carmo inicia então a aplicação da placa à área periestomal, passando seus dedos na área externa para auxiliar na melhor fixação e na área interna, para prevenir descolamentos e, conseqüentemente, vazamentos de efluentes à pele periestomal. Nota-se também um pequeno aumento do efluente. Em seguida, pega a segunda peça do equipamento e pressiona o clamp. Ao iniciar a junção entre a placa fixadora e o equipamento coletor propriamente dito, nos conta: *eu prefiro colocar ela um pouquinho “tortinha” aqui, para não machucar minha virilha ou ficar atrapalhando nas roupas com elásticos, tenho muito medo de machucar.*

Ao iniciar o acoplamento entre as duas partes, tem um pouco de dificuldade, apertando fortemente a própria estomia, na tentativa de conectar ambas partes do equipamento coletor. Com muita dificuldade, acaba por deixar cair a segunda parte do equipamento coletor no chão e o pega e continua a fixação, sem ao menos higienizar ou trocar por outro. Questionando-se: *será que eu peguei o errado?* e coloca o coletor que caíra no chão, em cima da cama, junto com diversos outros, com risco de contaminação. Procede à procura de outro coletor em uma sacola cheia deles. Novamente, tenta “acoplar” as duas partes e após alguns minutos nos diz: *agora encaixou!* Após várias tentativas nos diz que finalmente encaixou; *agora aqui* [apontando ao equipamento], *é que eu coloco o cinto. Depois eu coloco né? É que eu deito para ficar mais fácil para colocar o cinto, porque senão dói.*

Em seguida, pega o cinto e tem pouca dificuldade em colocá-lo em pé e confere para ver se está bem fixado ao equipamento coletor. *Olha aqui, se não coloca certinho... [pausa]...então o volume dela* [referindo-se à “bolsa”] *abaixa né? Eu tenho muitos gases, muito! Esses dias esqueci de falar para o médico passar um remedinho para soltar...[pausa] eu tomo o luftal de vez em quando, tomo um chá de erva doce e meu médico explicou para eu colocar o pé no vaso e apertar um pouquinho a barriga, para soltar os gases (sic*). Nesse momento, começa a colocar uma cinta fixadora no abdome, dizendo-nos: *colocar isso aqui deitado é melhor, mas vou colocar aqui para vocês ver* [em pé]. *A enfermeira falou que tinha que fazer um buraco na cinta, mas eu não quis, não gostei! “aí” sabe o que eu faço? Eu levanto de manhã, porque eu vou no banheiro todo dia de manhã...[pausa]...eu levanto, vou no banheiro primeiro, desprezo tudo direitinho e depois eu lavo a “bolsa”, porque essa aqui pode lavar né? Eu tiro, lavo, encaixo...dou uma “lavadinha” e coloco de novo, “aí” depois que eu coloco a cinta!* Após esse momento, começou a organizar os itens que havia colocado sobre a cama, mostrando-nos seus adjuvantes. *Eu usei esse aqui...esse outro aqui* [mostrando uma placa*

adesiva] *eu cortei errado, depois vou jogar fora. Esse aqui é o molde...esse ficou muito pequeno...é o 38 [milímetros] o meu. Porque senão...[pausa] se ficar muito grande “aí” fica bambo...[pausa] e esse pequenininho eu tentei, mas não deu certo não, ficou muito apertado. Até o meu filho leu tudo o que está escrito aqui [mostrando as caixas que guarda os equipamentos]. Abre o manual do equipamento e nos diz: olha, aqui explica tudo direitinho! Eu tomo banho, lavo com sabonete e tudo! “Aí” eu pego a “bolsa”, gosto dessa “pequeninha”, porque não deixa volume... então pedi para ela [enfermeira] pedir dessa daqui para mim.*

Ela continua a mostrar tudo o que emprega no seu autocuidado diário com a estomia e com o equipamento e dizendo-nos: *esse potinho aqui [recipiente de refrigerante de 300ml de pet] eu uso quando eu vou viajar, mas esse está sem nome. Eu tenho outro aqui, vou pegar. Esse aqui é o que fica na minha casa, quando está muito velho eu troco, tem até meu nome! Eu tenho sabonete, tenho álcool, tudo para eu usar. Eu troquei a torneira do lavatório, coloquei ela alta né? Para não encostar o “vidrinho”.*

Ao descrever como está a sua saúde hoje: *Estou bem, porque a bolsinha é normal. Saio para ir à igreja, ao supermercado, ao postinho de saúde, na casa dos filhos e converso com todo mundo. Só que no postinho, quando operei e saí com um machucado no pé a minha filha foi lá para pedir curativo. Acho que a moça ficou com medo da gente usar ela para fazer curativo. Ela falou: não tem não (sic*). Não ganhei um nada de curativo! Comprei tudo! Ainda fiquei um tempo sem andar... Acho que foi no CTI, fez uma bolha de sangue, inchou.*

Após esse momento em que Dona Maria do Carmo divide seu conhecimento conosco, trocamos mais algumas conversas informais, agradecemos pelo compartilhamento e despedimo-nos.

7.3.4 Senhor Félix

Senhor Félix, foi muito cordial ao receber-nos em seu domicílio de braços abertos, com um sorriso no rosto de satisfação em poder compartilhar sua experiência de vida. A cada encontro, foi solícito, subindo e descendo escadas para mostrar-nos seus equipamentos coletores e adjuvantes, bem como exames complementares e os comprimidos da quimioterapia. Seu domicílio é unipessoal durante a semana e aos finais de semana seu filho fica com ele; relatou-nos que ambos têm um laço fraternal grande e que é a pessoa mais próxima; gostando de conversar sobre os estudos, passear e cozinhar para ele. Tem outro filho mais velho, porém este reside em outro município, não tendo muito contato, apenas em algumas festividades. Sr.

Félix é, na medida de suas limitações, muito organizado e asseado em relação aos afazeres domésticos; relatou-nos que varre e “passa pano” na casa, que vai às compras no supermercado, que prepara suas próprias refeições e que vai sozinho realizar atividades bancárias e às consultas médicas, além de adquirir os equipamentos e suplementos para o autocuidado com a estomia. Seu abdome é globoso e possui muitos pelos, o que pode dificultar a aderência e/ou retirada da placa adesiva na pele e, conseqüentemente, o autocuidado.

No dia em que havíamos agendado, Sr. Félix nos recebeu cordialmente e pediu que nos acomodássemos em sua sala e como se considera uma pessoa comunicativa, já iniciou contando toda a sua história.

Eu sentia uma dor assim... muito forte e...[pausa] e tinha intestino muito preso...aí quando dava essa dor eu tomava um comprimido, tomava uma coisa, deitava, duas horas passava; isso uns três anos antes. Eu tive uma irmã, que teve um câncer de intestino, operou lá em [cita nome de cidade vizinha], o médico...[pausa] isso foi uns 5 anos antes...o médico pediu pra avisar os irmãos pra fazer colonoscopia; porque a família tinha que “olhar”. A primeira irmã fez, achou o exame muito “ridículo”, muito ruim e mandou falar para os outros: não faça não, porque é bobagem! Acrescentando: nesse exame a gente sofre muito, dói muito! Eu não fiz, se eu tivesse feito, eu acho, achava o câncer no começo. “Aí” eu [pausa]...comecei a sentir essa dor...vendi umas terras e mudei para cidade. Aquela dor era horrível! Tirando que eu fiz endoscopia, ao invés de fazer colonoscopia. Ficou um ano sem dar dor, “aí” quando passou um ano começou a dar aquela dor, mas não era todo dia não! Era uma vez por mês, doía dois, três dias e parava...até que, eu marquei uma consulta e o médico “mandou” fazer a “colono”, isso foi em 2015.

Ele continua a falar sobre seu histórico de saúde: “aí” eu fui fazer a “colono” três vezes, eu começava a fazer, o preparo que é 1 litro e meio de líquido...e na hora eu tomava um litro e pouco...[pausa]. No caso do tumor lá...[pausa]...agora eu estou gordo, mas eu era magro, com 55 quilos e a barriga ficava dessa altura aqui [mostrando-nos como teve uma distensão abdominal]. Porque eu...[pausa]... só ia no banheiro com remédio ou diarreia, “normal” eu não fazia. “Aí” ele [o médico] “mandou” eu fazer a colonoscopia, eu ia fazer o preparo, mas não conseguia; na hora que eu tomava um pouco, aquilo expandia muito e dava um cólica horrível, de calafrio, então eu tive que parar; três vezes eu marquei e não consegui fazer! Na quarta, eu fui fazer na casa da minha irmã em [cita o nome de cidade vizinha]...aí ela me dava de vinte em vinte minutos, o preparo. Fiz o preparo, fiz a metade, era um domingo, duas horas da manhã e eu fazendo, comecei meia-noite porque ele [o médico] “mandou”. Eu não tomei

nem a metade e começou a doer “demais da conta” e a suar frio, eu achei que ia desmaiar! “Aí” vim para cá, para o hospital.

Um médico, residente, eu devo a minha vida a ele, porque meu médico...enquanto eu não fizesse a colono, ele não cuidou de nada! Ele podia ter me operado! Porque, eu acho, que o negócio dele era os alunos e não os pacientes. “Aí” o residente que estava de plantão me examinou e ele já estava cansado de me ver lá, porque eu sentia muita dor e ia para o pronto-socorro. Ele [o médico] falou: o senhor não vai voltar para casa não, vai ficar aqui...[pausa]...hoje o senhor vai dormir aqui na maca, no consultório... cedo, eu vou internar o senhor e vou pedir “pro” doutor para nós fazermos essa operação (sic)... Fez a operação no outro dia, tirou 62 centímetros de intestino! Era um tumor mole, “fazia já” quase uns seis meses que eu não comia nada, não comia direito. Depois que operou, passou uns dez dias, liberou para comer...eu saí de lá com 55 kg e hoje estou com 90 kg! Até tive que parar [de comer] um pouco! Depois que opera, que tira o tumor, com a “bolsa” fica “normalzinho”! esse discurso remete-nos à tentativa das pessoas idosas de manter a autonomia na velhice, assim como as atividades que realizavam antes da descoberta do câncer e da confecção da estomia.*

Ao continuar sua fala confia-nos sobre o pós-operatório: depois [da cirurgia] eu nunca tive uma dor...dois anos e três meses, nunca tive um dor! Eu fui encaminhado pelo hospital [ao serviço de referência] e as enfermeiras [cita nomes] me ajudaram muito. Ensinar a colocar, trocar... [pausa] quando sai de alta o médico me falou: passa ali embaixo na ostomia, que eles dão as “bolsas” (sic). Lá na minha cidade natal, eu fiquei a primeira semana lá, e lá não acha nem para comprar, no hospital não tem! Eu fui no hospital, e falei para trocar e as enfermeiras lá falaram: que que é isso? Que “bicho” que é esse? Lá na policlínica tinha uma [enfermeira] que cuidava disso, mas eu não sabia e nunca tinha ido lá, então elas largaram mão e delegaram para enfermeira do centro de referência [cita nome].*

Só que tem um perigo: elas [enfermeiras] falam que se, se ela [referindo-se à “bolsa”] soltar e cair...[pausa] se cair dentro, derramar líquido do intestino dentro do corpo, “tá” morto. Já vi muita gente contando lá [no serviço de referência] que aconteceu isso e...[pausa] em três, quatro meses morre, não pode cair. Então você tem que ter muito cuidado porque... [pausa] se ela soltar, se a gente cair um tombo, por exemplo e ela soltar e cair lá dentro... [pausa]...mas diz a enfermeira que não cai lá dentro, ela “sai para fora”...mas [pausa]...eu tenho muito cuidado por causa disso!

Em relação ao serviço especializado de estomia conta-nos: ...o serviço de ostomia é muito [pausa]...tem muita competência, muita [pausa]...responsabilidade. Se chegar também no pronto socorro ou na clínica cirúrgica eles também atendem na hora! Na verdade eu descobri

no começo de 2015, no começo [pausa]... eu operei em novembro, mas passei o ano inteiro indo pro pronto socorro e tentando fazer a colonoscopia e [pausa] aquela dor horrível! Fui operar só em 4 de novembro de 2015. Nesse discurso ficam claras as falhas no serviço de saúde público, com atrasos entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que pode comprometer o prognóstico, a sobrevivência e a qualidade de vida e bem-estar psicossocial e espiritual da pessoa idosa.

Eu tentei várias vezes fazer a colonoscopia, mas não dava...[pausa], eu não conseguia engolir tudo, porque...não [pausa]... não tinha como passar! Eu estava com 60 cm de intestino entupido! Só quando me dava muita dor, eu tomava um remédio para diarreia, para soltar, então aliviava. Era uma dor horrível! E eu tinha medo de comer! Eu ouvi que quando a gente está com tumor, a gente sente cheiro de comida, passa na porta do restaurante, ou dentro da casa da gente, dá náusea...o cheiro de comida...não podia nem “ver” cheiro de comida! Após a cirurgia ele cita que ocorreram mudanças na alimentação: as nutricionistas ensinam a gente, que deve comer pouco, de três em três horas! Acostuma a alimentar com pouca comida! Ninguém precisa comer o monte de comida que come! Eu como pouquinho... comida é muito fácil fazer para uma pessoa só... não como fritura...não pode comer nada de...[pausa]...que tenha...[pausa]...essas coisas de mercado, presunto, os embutidos! Porque tem conservante e não pode... bebida [alcoólica] nunca mais! Eu não bebia, só uma hora ou outra uma cerveja...Verdura é muito bom! Verdura você pode comer à vontade! Eu como, eu toda a vida gostei de verdura. Acrescenta sobre as atividades domésticas: aqui eu que lavo, passo...fui arrumar uma faxineira e parece que não compensa, não é? E é pouca coisa para fazer, não compensa.

Em relação ao cotidiano com o equipamento coletor, conta-nos: *eu troco de três em três dias. De três em três dias você troca a parte que vai colada lá! Agora a “bolsa”, eu não deixo juntar muito! Eu ficando em casa, eu lavo 5 vezes por dia! Lavo bem lavado! Não pode usar nada, é só água pura. Ela [bolsa] limpa bem...é boa...acho que é um equipamento importado da Austrália. Se o Estado não oferecesse, a gente estava... [pausa]...uma farmácia vende por 20 reais uma “bolsa”!* Esse fragmento deixa explícito a importância do Estado ao fornecer subsídios às pessoas com estomia, visto que muitos podem não ter condições financeiras de adquirir equipamentos e adjuvantes com apenas a aposentaria.

Ao continuar seu depoimento, fala-nos: *...mas eu faço tudo, vou na missa no domingo, faço compras. Mas esses dias não estou saindo, por causa da hérnia! Eu vou uma vez por mês para pegar a “bolsa”...[pausa] eles fornecem dez, uma vez por mês! E o pó e a pomada. Eles “colam” e...[pausa] ...combatem a dermatite. Porque dá dermatite, por causa de estar...[pausa]*

em contato [com a pele]. Agora, tem um que a enfermeira usava que, um spray, parou de vir... aquele era um espetáculo! Pode estar com um “mundo de dermatite” que no outro dia não tem mais nada! Mas parou de vir e eu não achei para comprar. A enfermeira falou para mim que o Estado parou de mandar porque é muito caro. Mas, é “pôr” uma vez que, no outro dia está “restauradinho”. Agora, o pó também é muito bom! O pó é...[pausa]...a gente joga um pouco, dez minutos que fica aqui, porque depois tem que tirar...eu tiro, passo uma gaze e pronto. Porque, quando você fica uns dois, três dias sem trocar...[pausa] ela começa a arder, “aí” é só trocar, limpar, higienizar “né”? A gente lava também, com água quente...

Em relação aos profissionais de saúde, conta-nos: teve outra enfermeira [cita nome] que foi muito importante, ela entrou comigo debaixo do chuveiro! Você acredita? Normalmente uma enfermeira não faz isso “né”? Mas ela entrou, ensinou como é que eu lavava, porque eu não sabia, eu não sabia que podia lavar. Mas ela falou: isso daqui tem que conservar limpo! Porque, a higiene é muito importante! Já sobre o processo contínuo de ensino e aprendizagem do AC, nos diz: eu já até ensinei muita gente! Porque eu nunca tinha “visto” falar que tinha uma “bolsa” dessas! Mas, quando eu acordei na mesa lá, com a bolsa, eu assustei demais da conta! É uma “coisa” esquisita né? Mas eu depois que fiz, não senti mais dor! Tem gente que...[pausa]...depois da rádio inflama né? Diz o médico de lá [oncologia] que tem gente que lá [estoma] inflama e [pausa] quem tem que tirar o reto, vai ter que viver com a bolsa o resto da vida. Eu tinha uma amiga professora de educação física que “teve [câncer] no reto”, “aí” esparramou [metástase] para o corpo inteiro e ela morreu em um ano! Ela tinha medo de injeção e quando ia fazer quimioterapia ela gritava, chorava, urrava! Eu nunca...você acredita que eu nunca...[pausa]...na “químio”, eu fiz seis meses de “químio”, meu braço ficou um “pau” de tanto tomar injeção! E nem a “químio”, nem a rádio, nem essa “químio” de comprimido, eu nunca tive uma...[pausa]...reação nenhuma! Nenhuma! Eu não perdi o apetite, eu nunca tive um enjoo, um vômito. Eles me deram um tanto de remédio, “se você tiver enjoo você toma”, “se “prender” você toma”, se tiver diarreia você toma... [pausa] dor, por exemplo, eu nunca tive! Teve um creme que a enfermeira...o Tegun, me deu para passar...mas...[pausa]...num queimou nada. Eu usei só porque “dá” umas “pintas de sangue”, então “mandou” passar...mas eu não tive reação nenhuma! Eu não tive nada! Tinha muita gente que teve que parar com a “rádio”, porque começa a dar reação e tem que parar...eu estou terminando a ‘químio” de comprimido, é meu último mês. É a segunda vez que eu faço já... você toma sete comprimidos por dia: três cedo e quatro de tarde, de 500mg cada um! Tomo sete [comprimidos] por dia! E não tenho reação também! [pausa] tive sorte né!?

Em relação à moradia confidencia-nos: *Eu moro sozinho! Porque...eu fui ficar na roça com as minhas irmãs e começaram a me “paparicar” demais e eu voltei embora para casa! Fico sozinho! E nunca tive que ir para o hospital de noite, mas antes [da colostomia] eu ia! Eu sentia muita dor e ia parar lá! Mas...[pausa]...nunca tive depois que eu operei! Eu não tenho nada na próstata, mas o médico “mandou” tomar doxasozina, toda noite toma um [comprimido]. Porque a próstata, quando a pessoa fica idosa, ela cresce um pouquinho e o remédio faz ela ficar normal. E estou tomando...[pausa]...eu fiz os exames todos e não deu nada, mas o médico disse que é para tomar losartana...minha pressão é normal, mas ele falou para tomar, estou tomando.* Nessa fala, Sr. Félix deixa clara sua preocupação com a saúde, cuidando da hiperplasia benigna da próstata e da HAS; além de seguir orientações dos profissionais de saúde.

Ao observar que Sr. Félix apresentava uma hérnia periestomal grande, questionou-se sobre o aparecimento e nos disse: *assim que operei ela começou...porque fica “furado” “né”?* *Então...quando a gente se alimenta o intestino...fica assim, vem cá para vocês verem [e mostra a estomia e a área periestomal]. Mas está normal, tem gente que fica bem pior! Eu vi lá na ostomia [Centro Especializado em Reabilitação - CER], tem uns que...a víscera de gente normal...tem umas que fica redonda, fica torta, comprida, eu não me impressiono não, acho bom a gente ver como pode ficar, para ter uma noção.* Seu abdome é globoso, fato que aliado à hérnia periestomal, pode dificultar higienização e secagem adequadas da estomia, bem como a retirada da placa, dos pelos, do adesivo que adere à pele e aos pelos.

Sobre suas relações interpessoais, conta-nos: *às vezes eu até levanto a moral de quem vem conversar comigo! Uma vez veio um advogado que tinha [ostomia] e estava triste, ele me viu normal andando pela rua...falei: é normal isso aqui...* Relembrando momentos de seus transoperatórios, acrescenta: *uma residente também chegou na minha cama na última vez que operei...[pausa]...eu tinha sido operado de hérnia uma vez antes...quando ele [cirurgião] abriu, ela tirou um “pedaço” e não refez, ela tinha que ter refeito. Tinha um hérnia “estufada” e na primeira operação, eu achei que estava super bem, eu arrumava telhado, eu ia pra roça, fui ajudar a minha irmã a arrumar um pedaço de terra na cidade dela, tinha pedreiro, eu ajudava ele...mas, quando ele [cirurgião] fez a segunda cirurgia, ele operou essa hérnia e diz a residente, que foi na minha cama, que o intestino...[pausa]... “gruda” quando a gente engorda e eles operaram para tirar aderência. Antes eu perguntei você acha que eu vou aguentar? Ela falou: depende da sua resistência, mas...[pausa]...foi normal. É que [pausa]...eu nunca bebi...fumar eu fumo, mas...nunca tive doença de nada...eu fumo a vida inteira, mas agora estou fumando “pouquinho”, uns dois cigarros, só pra...Ele [médico] “mandou” eu cortar tudo, mas*

não consigo. Dá uma ansiedade muito grande, pior do que não fumar. Você fica louco! [pausa] mas eu...eu faço um cigarro [palheiro] e dou duas, três “tragadinhas” só pra...[pausa] tirar a ansiedade. Eu tive que parar uns três meses, mas aquilo estava me fazendo mal, falta uma coisa né?

Em seguida, dialoga sobre assuntos religiosos, afirmando-nos: *eu sou católico...[pausa]...vou na missa todo domingo! Olha a arte! Olha na parede para vocês verem os quadros [religiosos]...esses quadros eram da minha mãe, estava tudo “carunchado” e eu restaurei! A minha mãe sempre foi muito católica, filha de Maria e a gente herda essa fé! Eu não saio sem me benzer [risada]...eu até rio! Mas eu na hora que saio e não chego sem benzer! [risada]. E agradeço todo dia... Eu sou católico, meu bisavô era católico...[pausa] mas a verdadeira religião, é, se a pessoa conseguir [pausa]...tentar respeitar dos Dez Mandamentos da lei de Deus, não tem religião melhor né? Respeitar o próximo, ajudar...ajudar criança, ajudar velho... é ajudar quem precisa...às vezes uma palavra ajuda não é?*

Sr. Félix continua seu relato: *eu aprendi a cozinhar de tudo desde criança, por isso eu cozinho para mim hoje em dia. Era eu, meu irmão mais novo e meu pai e ainda tinha uns “camaradas” que comiam na fazenda, eles moravam nos quartinhos, era eu e meu pai que “cozinhas” para todos eles; isso desde os 13 anos, sempre fui muito independente. Eu fazia comida, fazia bolo, de tudo! [orgulhoso e feliz]. (Pesquisador): É por isso que o senhor está assim, bem, vivendo independente, a gente fica muito feliz em encontrar pessoas como o senhor! Ele acrescenta: aqui de frente de casa tem uma mulher que faz marmita e eu vejo muita gente buscando comida e penso: nossa, que vergonha! Que que custa fazer uma “comidinha”?”. Tem gente que nem trabalha e não faz nada e vem aqui todo dia buscar marmita; e fica muito caro “né”? Ao falar sobre a sua situação de saúde atual, ele relata *eu estou é muito bem! eu estou é maravilhoso! Se eu não tivesse essa bolsa e ficasse “normal”...[pausa] com a “bolsa”...[pausa]...você convive bem com ela, mas sem “bolsa” seria muito melhor. Mas não é que a bolsa atrapalha a vida, você vive “normalzinho” com ela, mas na hora que eu tirar essa bolsa, que eu ficar normal, vai ser melhor!**

Demonstrando uma enorme preocupação com sua saúde, Sr. Félix contou-nos que procurou um cardiologista do SUS para fazer exames de rotina: *o médico me falou assim: teu coração está igual de um menino de 18 anos, está ótimo! (sic*)*. Mostra-se consciente sobre a gravidade do câncer: *eu posso até morrer, porque o câncer acaba “levando” mesmo... Todo mundo...[pausa]... na hora que ele dá uma voltinha para trás [referindo-se à reincidência do câncer] “ai” pronto! Mas, meus órgãos vitais [pausa]...olha lá o tanto de exames que eu fiz [apontando ao local onde guarda exames e os suplementos da estomia] e está tudo uma beleza!*

Ao continuar a conversa, Sr. Félix começa a falar sobre a Instituição na qual faz quimioterapia atualmente: *na Oncologia...[pausa]... eles fazem tudo! O exame marca em dois, três dias, no máximo uma semana. Tudo o que precisa: remédio [pausa]...a assistência aqui na cidade deve ser melhor do que em outras cidades [cita nomes]. Talvez se não fosse assim, teria muita gente que não ia conseguir comprar nenhum comprimido. Já pensou? 20 reais a “bolsa”, quem que ia conseguir comprar para o mês inteiro? E você não pode usar ela por muito tempo...ela não “dá” cheiro...mas você vai lavando...se lavar bastante, ela começa a “dar” umas manchinhas pretas e começa a “cheirar”. Você pode usar ela por...[pausa]...o certo é...eles [referindo-se ao serviço de apoio ao paciente com estomia] dão dez [unidades] por mês, então uma “bolsa” seria pra usar por três dias, né?* E ele subiu as escadas e foi para seu quarto.

Ao retornar, com uma placa adesiva do equipamento coletor, nos diz: *a parte da bolsa que cola é essa. A gente tira esse plástico dela aqui e já tem as “medidinhas” e corta...[pausa] ela fica “oca” assim, você tira esse adesivo aqui fora e a cola vai aqui [pausa] a pomada cola. A cola, do lado da víscera, com essa pomada aqui...essas beiradas da bolsa aqui tudo tem cola, então ela vai ser colada aqui [apontando à sua estomia].* Continuando a conversa, Sr. Félix diz: *eu corto aqui nesse 35 m.m, que é minha medida, tem mais “medidinhas” sabe? Ai você corta [pausa]... depois você põe a pomada em volta, a pomada fica em volta da víscera, não tem importância “passar” na víscera e essa parte aqui da “bolsa” tem cola também...então não solta! É muito difícil soltar! É só usar os dias certinho que dá tudo certo!*

Ao final desse primeiro encontro, ele nos disse: *vocês me visitando aqui é até bom, porque se eu tiver alguma dúvida vocês me ajudam.* Encerramos o encontro, agendando o próximo encontro para vídeo-gravação da troca do equipamento para o dia seguinte.

Conforme programado, dirigimo-nos ao domicílio de Sr. Félix e ele já nos esperava ansiosamente. Solicitou-nos que entrássemos e sentássemos em seus sofás e novamente começou um bate papo; percebe-se que ele é um senhor muito comunicativo, inclusive, se dispôs a auxiliar pacientes que irão passar pela cirurgia de construção de estomia, além de desejar compartilhar sua experiência de vida em eventos científicos sobre a temática na Universidade Pública. Em seguida, como já estava na hora que costumava trocar seu equipamento coletor, perguntou-nos se poderíamos gravar e dissemos que sim e já procedemos à gravação, em seu banheiro no primeiro piso. No local de troca do equipamento, percebeu-se determinada organização, com ambas as partes do equipamento dispostas em uma prateleira, assim como gazes, pasta fixadora e todos os suplementos necessários à troca.

Ele inicia a troca do dispositivo coletor, narrando: *primeiro, eu tiro a “bolsa” [e a despreza no lixo] e depois eu vou tirar aqui o [pausa]...é importante vocês verem, porque é aqui*

que acopla... e inicia a retirada da placa adesiva. Ao continuar, fala-nos: *lembra que eu mostrei ontem para vocês? Está aqui, ela fica assim, é o tamanho que é meu...ela vem com uma “coisinha” de colar...e continua a retirada da placa, com um pouco de dificuldade devido à aderência aos pelos periestomais. Ao conseguir retirar completamente, mostra-nos o estoma e comenta: ela [a “bolsa”] não chegou a vaziar, mas às vezes acontece de vaziar...porque [pausa]... porque tem que ser muito bem lavado, muito bem enxugado para não ter risco de vaziar!* [silêncio] *Nossa, eu esqueci as luvas lá em cima!* [pausa], *vou trocar sem mesmo e procede à lavagem das mãos, com água e sabão glicerinado e depois seca-as em toalha limpa.*

Em seguida, mostra-nos sua estomia e a região periestomal. *Estou com muito pelo. Eu precisava que... [pausa] uma hora, se vocês pudessem tirar um tempinho para cortar para mim, porque eu não estou conseguindo e a enfermeira [do centro de referência] não está tendo tempo de pegar uma tesoura e cortar isso aqui para mim [aponta aos pelos periestomais]. Eu tenho medo de me cortar, porque eu não enxergo direito [pausa], se eu tivesse lembrado ontem eu tinha pedido para vocês.* E inicia a higienização da estomia, jogando água com o auxílio de um pote de plástico médio, para a retirada de uma pequena quantidade de efluente pastoso e do adesivo da placa que aderiu aos pelos. Nos diz: *eu estou lavando aqui, mas lá em cima eu lavo com um chuveirinho, mas a Enfermeira falou que não tem problema fazer aqui!*

Após terminar a higienização do estoma e da pele periestomal, Sr. Félix pega algumas gazes e começa a secar a pele, falando-nos: *...é que esses dias para trás estava [pausa]... com uma dermatite feia. Agora a víscera está com uma cor boa “né”?* E pega mais gazes e continua secando, até ter certeza de que a pele estava preparada; dizendo-nos: *o mais importante é lavar bem lavado na hora de trocar, secar bem!* [pausa] *o importante disso aqui é higiene! Tem que ser também né?* [pausa] *É, a pessoa ficar assim... com a víscera exposta e sobreviver “né”?* [sua voz mudou o tom aparentando tristeza]. Sr. Félix mostra seu estoma à câmera e nos questiona: *antigamente não tinha não, ou tinha? Como é que o povo fazia? Morria?* [pausa]... *não, porque eu nunca tinha visto, fui ver de uns anos para cá.* E percebe que a estomia estava com uma pequena quantidade de efluente e limpa com papel, adicionando: *as eliminações depende do que você come, às vezes dá uma “diarreiazinha”, ou você come algo meio mole...[pausa] mas geralmente é pastosa...a gente perde o nojo e conhece [a consistência do efluente] até apertando por fora da bolsa. Então, às vezes acontece, mas muito pouco uma “diarreiazinha”, então eu tomo um “remedinho” e melhora.*

Em seguida inicia a aplicação de um adjuvante em pó que auxilia na prevenção de dermatites na pele periestomal e nos diz: *o pó é para isso aqui...* e continua a aplicação em toda pele *“pode ir na víscera, não tem importância nenhuma [pausa] e é um milagre esse pó*

viu? Se você está com uma coceira fora do comum...às vezes fica dois, três dias sem trocar... você lava, higieniza, põe o pó [bate com ambas as mãos no abdome para retirar o excesso do pó]...E nos fala: ele [o pó] não pode ficar, porque “ai” num adere [pausa]; e retira o excesso com auxílio de papel. O bom é ficar com ele meia hora, mas só esse pouquinho aqui agora ele já combate a dermatite. Ainda, nos questiona ao finalizar: não é “bicho de sete cabeças” não? Porque eu já conversei com muita gente lá da “químio”, geralmente são as esposas dos senhores...elas falam para mim: meu marido não conforma de jeito nenhum e não troca (sic). Geralmente é muito raro trocar, eles usam filha, mulher ou quem tem dinheiro contrata enfermeira.*

Ao retirar uma pequena quantidade de efluente, confia-nos: *eu no começo fiquei meio desesperado, queria contratar uma enfermeira, mas ela queria 20 reais por cada vez... por cada troca só dessa...a bolsa é acoplada assim, ela queria 20 reais para trocar só essa parte de fora aqui! Não era para trocar aqui não [apontando para a placa adesiva]. Então eu falei: eu não vou te dar isso não [risada]. Não é um bicho de sete cabeças né? E inicia a retirada do plástico que protege a parte adesiva da placa, abre a pasta adesiva e começa a aplicação na placa, falando-nos: acho importante vocês ensinar nos hospitais, porque se a gente for para o pronto atendimento ninguém sabe nada! Mas também não é o caso deles mexerem com isso...eu fui num hospital lá em [cita nome de cidade], nos dias que eu operei eu fui para lá. A “bolsa” encheu e eu fui no hospital e eu falei para moça [enfermeira sic*] que queria trocar [pausa] a bolsa da colostomia. Então ela falou: o que que é isso? [risada]. Eu falei: mas não é possível, você trabalha no hospital! Depois eu achei uma enfermeira que formou na [cita o nome da universidade] que trabalha no “postinho”, que sabia tudo! Uma menina espetacular! E nos pergunta: vazou ou não? Como havia pouca quantidade de efluente, ele limpou com papel e em seguida, sem pestanejar, já aplica a placa no entorno do estoma, continuando: eu já acostumei a fazer isso aqui...a enfermeira lá pediu pra eu passar a mão assim [fazendo movimento circular], para ajudar na pomada...aderir bem lá, sabe? Porque essa pomada não deixa vazar de jeito nenhum, ela gruda, ela combate a dermatite também. Está vendo? Olha como que aderiu bem? Mas às vezes aqui em cima eu tenho que colocar uma fita, mas depois no outro dia ela gruda.*

Ao percebermos que a quantidade de efluente aumentara, o pesquisador avisa e ele limpa, antes de terminar a troca. A seguir, confia-nos: *eu conheci uma cuidadora de idosos que cuidava de um senhor e ela veio falar para mim que ela ia trocar a dele e não parava de vazar e que ela ficava brava (sic*), então eu falei: como assim ficar brava? [risada]. Sr. Félix pega a segunda parte do equipamento, dizendo-nos: mas...as pessoas têm muito nojo. Tem até*

enfermeira que tem. E nos mostra como faz para clampar: ela dobra aqui, eu geralmente bato e depois eu...[pausa] e depois ela tem mais um “fechinho”. Você bate ele para ele grudar, está aqui dentro aqui [apontando ao clamp interno]. Esse daqui eu acho que é feito na Austrália...é muito bem feito! E começa a acoplar o coletor plástico na placa fixada no abdome. Sr. Félix continua contando-nos: *no começo às vezes acontecia de soltar...soltou umas duas, três vezes na rua... às vezes não “vê” se tá fechado “direitinho” sabe? E se usar muito também, aproveitar muito a “bolsa”, então ela fica ruim de fechar, ela faz o “barulhinho” mas não fecha direito...assim ela solta!* Ele termina de acoplar e confirma se está correto e seguro.

Ao finalizar, conta um “causo” que aconteceu com ele: *uma vez soltou [o coletor desacoplou da placa] dentro de um banco! Caiu no meio do chão assim...só que ela [a “bolsa”] estava vazia! Então eu juntei ela e enfiei por debaixo da camisa e acoplei! Ninguém nem reparou! [risada]. Boa parte das pessoas nem conhece bolsa né?* E inicia a lavagem da pia e das mãos, com sabão glicerinado. Ainda, oferece-se para falar com os alunos da enfermagem sobre a estomia, os cuidados de quem troca sozinho e sua experiência de vida: *eu vou lá e falo, não vejo problema nenhum! Não tenho...não tenho [pausa]...vergonha nenhuma!* Não obstante, ele inicia a lavagem do coletor plástico que usara anteriormente, enchendo com água na pia e desprezando no vaso sanitário, dando descarga. Por fim, deixa o coletor antigo de molho com água e sabão na pia e lava suas mãos. Trocamos algumas conversas informais sobre enfermeiros formados na Universidade Pública e em outras Instituições, sobre o projeto de Sr. Félix ir falar para os alunos em um evento e nos despedimos.

7.3.5 Senhor Olavo

Senhor Olavo sempre nos recebeu cordialmente, no entanto com uma cara séria e poucas palavras; tratou-nos com muito respeito e recebeu-nos em seu domicílio alegremente, para compartilhar sua vivência. Em todos os encontros mostrou-se disponível para responder ao questionário socioeconômico e de saúde e para buscar no quarto os equipamentos e adjuvantes que tinha. Seu domicílio é coabitado por sua esposa e sua filha mais nova, de 15 anos e um cachorro de médio porte; ainda, tem uma filha mais velha do primeiro casamento e uma neta, as quais residem em outro município, visitando-o apenas em festividades. Fala com orgulho da filha mais nova, que é estudiosa e *uma menina de ouro!* Ainda disse-nos manter conversas diárias com os colegas da oficina onde trabalha. Sr. Olavo sempre está vestido com shorts e sem camiseta e, algumas vezes descalço; é organizado, mantendo os equipamentos e adjuvantes em uma cômoda em seu quarto. Relatou-nos que quem cozinha é a mulher e que vai adquirir

os coletores e adjuvantes para o autocuidado com a estomia. Sua estomia estava com bom aspecto, brilhante, hidratado e presença de efluente pastoso; mas foi bem higienizado após o banho. Seu abdome é globoso e possui muitos pelos, tais fatores podem dificultar a aderência e/ou retirada da placa adesiva na pele, mas ele disse-nos que não se preocupa.

No dia agendado para a gravação da troca do equipamento coletor, chegamos à casa do Sr. Olavo, que aguardava-nos vendo televisão, recebendo-nos descalço, sem camisa e de shorts. Após a recepção, pediu-nos que sentássemos em seus sofás e que conversássemos um pouco antes da vídeo-gravação. Contou-nos que, antes de descobrir seu tumor, não tinha nenhum sinal ou sintoma, mas, após um episódio em que teve que andar por uma distância de 15 km, do seu antigo local de trabalho até sua casa, começou a apresentar melena e dores abdominais: *então saiu sangue nas fezes...[pausa]... eu passei mal e fui ao hospital...[pausa]... o médico de plantão “pediu” colonoscopia e [pausa]... e viram que tinha um tumor de 5 milímetros. Fiz radioterapia antes [da cirurgia], umas 28 [sessões], e depois operou. Eu fiquei oito dias internado no hospital e 45 dias de repouso...[pausa]...fiz “químio” também depois...* falou-nos ainda que, após alta hospitalar, foi encaminhado ao serviço de referência e lá, ele e sua esposa foram orientados por uma enfermeira quanto aos cuidados necessários com o estoma e equipamento coletor.

Sua casa é muito bem organizada e possui duas áreas distintas: uma casa com quartos e sala e um quintal, com uma cozinha e banheiros e amplo espaço, no qual contam com uma goiabeira, bananeira, alecrim e capim-cidreira. Ainda, há uma mesa grande no quintal, um tanque e uma casinha de cachorro; tal tanque é o local onde realiza o esvaziamento cotidiano, tem uma mangueira que utiliza para limpar por dentro do coletor; a mesa é o local de preferência para retirada do equipamento saturado e, após o banho, a troca do equipamento. Nesse ambiente há uma forte corrente de vento e o Sr. Olavo não se preocupa ao sair após o banho, sem camisa, dizendo-nos *eu sou acostumado a sair no vento!* [risada].

Confidenciou-nos que ainda trabalha pois não conseguiu aposentar; que já trabalhou em empresa registrado, mas na época que operou não estava contribuindo com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e não conseguiu nenhum auxílio; sua casa é de um dos irmãos de sua esposa e que *estamos esperando vender para ver para onde vamos, pois, “a gente” não tem para onde ir.* No período pós-operatório mediato, a enfermeira do centro de referência em estomia orientou-o para ficar de repouso e não fazer esforços, mas ele relata-nos: *depois de quatro dias eu voltei a trabalhar e esforcei no serviço* [funilaria]. Não obstante, em 2016 uma tempestade destelhou sua garagem, cozinha e banheiro; nesse momento, Sr. Olavo relata que: *mesmo com pontos* [nas incisões cirúrgicas recentes], *eu ajudei a colocar de volta as telhas aqui na cozinha.*

Em relação ao aspecto geral do paciente, senhor Olavo possui edentulismo quase total, com apenas dois dentes caninos superiores e disse-nos que a prótese o machucava; tem o abdome globoso e apresenta uma hérnia periestomal. Após a conversa, Sr. Olavo pegou o equipamento que usa cotidianamente e nos mostrou, apontando para o diâmetro em que corta, dizendo-nos *eu corto no 45, sempre usei 45 [pausa] 45 é no terceiro “risquinho aqui”, já marquei “de cor”, eu corto sempre no terceiro. [pausa]... eu enxergo bem! Eu mexo com solda quase todo dia!* Em seguida, ele inicia o corte do equipamento, de maneira ágil e precisa, com uma tesoura sem ponta; após recortar na área demarcada, alisa com o dedo para retirar eventuais pedaços que podem machucar a estomia.

Ao retornar do banho senhor Olavo pouco se preocupa com a corrente de ar em seu quintal e já nos questiona: *posso trocar?* [equipamento], afirmamos que sim e ele inicia a retirada do papel da placa adesiva e rapidamente a coloca na pele periestomal; em seguida, passa os dedos para fixar, retira os papeis restantes da placa e coloca o clamp no equipamento e nos diz: *pronto!* Quando questionado sobre o porquê de não usar adjuvantes para fixação da placa na pele, afirma: *nunca usei pomada, pó, essas coisas...só poucas vezes...não gosto [pausa]. Essa última “bolsa” que eu troquei agora durou quatro dias, sem nada! Só com a “colinha” dela mesmo! [pausa] eu troco de três a quatro dias...eles dão dez [equipamentos] para nós, por mês.* Em relação à fixação, fala-nos: *às vezes eu passo uma fita crepe em volta, por “causa” de esforçar na oficina, eu trabalho com pintura de carro...eu pego peso, então pode soltar...[pausa] ...às vezes quando eu estou trabalhando, esforçando eu coloco [fita crepe].*

Em relação ao seu trabalho diz: *eu trabalho com isso [funilaria] há 30 anos e vocês acreditam que eu não consegui “encostar” no INSS? eu trabalhei registrado, mas não tenho tempo! Depois que eu operei eu estou pagando há mais de 2 anos já...porque na época que eu operei eu não estava pagando... no dia que descobriu aqui [o telhado], eu estava operado...[pausa]eu ajudei a cobrir de novo e estava cheio de ponto!*

Sobre sua saúde atual compartilha conosco: *no dia que vocês forem voltar aqui, eu vou mostrar todos os exames para vocês, porque no mês que vem eu vou passar no médico de novo agora...em maio...[pausa]...passou quatro meses, depois seis meses e agora oito meses para retornar... inclusive eu fiz colonoscopia e vou levar o resultado agora, fez por aqui mesmo [apontado para a estomia]. Tem gente que fica na pior, eu posso explicar que eu trabalho, normal!* Em seguida, faz questão de mostrar-nos os equipamentos coletores e adjuvantes que recebe, iniciando por um equipamento duas peças, dizendo-nos: *eu não uso esse [duas peças, transparente]...o tamanho até que é bom...[pausa]...mas meu trabalho é meio sujo, então sujava muito! Pegava sujeira e depois não colava mais! Hoje eu limpo umas três vezes por dia, eu*

limpo no tanque aqui atrás [no quintal]; tem um pedaço de mangueira lá, então eu lavo e enfio a mangueira por dentro [da “bolsa”]. Ao final de nossa conversa em seu quarto, ele fala-nos: aqui a fita aqui! Então eu pego e passo assim em volta, dou umas duas voltas porque assim ajuda muito...porque se fizer força solta!

Retornamos à sala e trocamos algumas conversas informais e despedimo-nos, Sr. Olavo ficou na janela esperando irmos embora para acenar um “tchau” com uma expressão de satisfação ao ter nos mostrado que consegue realizar a troca do equipamento coletor e seu AC; mesmo dentro de suas limitações financeiras e de sua jornada de trabalho.

8 DISCUSSÃO

O autocuidado da pessoa idosa com estomia intestinal por CCR é um processo complexo e multidimensional, visto que as terapêuticas para o tratamento oncológico podem comprometer a saúde e seus domínios (social, emocional, cognitivo, financeiro, dentre outros). Ademais, a pessoa pode estar livre do câncer, contudo, não está livre de sua doença, pois essa, na maioria das vezes, ocasiona mudanças na vida e traz consequências definitivas (LENZA et al., 2015), como a estomia permanente e a necessidade de cuidados pelo resto de sua vida. Nesse sentido, emergiu o tema principal da pesquisa: Ser idoso e viver com uma estomia intestinal: desafios para o autocuidado e seus subtemas, apresentados a seguir.

8.1 Ser idoso e viver com uma estomia intestinal: desafios para o autocuidado

Fatores intervenientes para o autocuidado

Dada a magnitude da temática do autocuidado entre pessoas com estomia intestinal por câncer colorretal, os dados foram organizados à luz do referencial teórico do Déficit do Autocuidado de Orem e TDUCC de Leininger, tendo em vista que a cultura determina os comportamentos para o autocuidado.

Inicialmente, a confecção de uma estomia gera uma significativa e visível alteração corporal, o que causa uma ruptura de integridade, dinamismo e autonomia, com conflitos pessoais e sociais (CARDOSO et al., 2015). A primeira dimensão de vida a ser discutida refere-se aos fatores sociais e relacionais dos participantes.

Observou-se o predomínio de pessoas na faixa etária entre 70-79 anos, isto é, de pessoas idosas velhas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Essa condição pode dificultar o autocuidado, devido às potenciais perdas progressivas de função motora e cognitiva. Ainda, é apropriado lembrar que para muitas pessoas idosas o surgimento do câncer remete à proximidade da morte, o que as levam a significar a estomia e o equipamento coletor como uma alternativa de vida (ALMEIDA et al., 2010). Assim, auxiliar a pessoa idosa a conviver com uma estomia e equipamento coletor é um processo complexo e multidimensional que deve abarcar também sua família, como rede social de suporte, estimulando-a rotineiramente à promoção da qualidade de vida (BARROS et al., 2012).

Não obstante, entre os fatores sociais do autocuidado foram recorrentes nos depoimentos do cotidiano de atividades da pessoa idosa com estomia, seus relacionamentos com amigos, familiares e profissionais de saúde. Dentre as atividades sociais, destacou-se a realização de compras, a busca de equipamentos coletores e de adjuvantes no CER, ida às

consultas com profissionais de saúde, além das atividades religiosas e de lazer, dentre as quais, ir ao bar ou ao forró aos finais de semana, como destacado por Dona Flora [...] *nos finais de semana eu gosto de ir no forró e tomar uma cervejinha [risada]! E fumo também, eu parei depois que operei a oito anos...[pausa]...mas parece que o cigarro distrai muito a gente...mas eu gosto de um cigarrinho sim, não escondo não!* Revelaram que mantinham boas relações familiares e recebiam visitas regularmente, apesar de grande parte morar sozinhos, como evidenciado nos depoimentos de Dona Flora [...] *eu moro sozinha, mas sempre tem algum neto ou neta por aqui...ou filhos* e de Dona Maria do Carmo [...] *eu moro sozinha, meu esposo faleceu...[pausa] mas meus filhos moram perto e vem me visitar todos os dias...gosto de visitas.*

Ferreira et al. (2017) apontam que quanto maior o tempo de estomização menores serão as limitações das pessoas com estomia relativas ao trabalho, lazer, atividades do cotidiano e relacionamentos interpessoais; seja com familiares, amigos, profissionais de saúde e/ou comunidade. A família constitui importante apoio social o que contribui para o alcance de uma melhor performance das relações interpessoais (KIMURA et al., 2014), e desempenha importante papel para o estímulo do autocuidado. Desse modo, ela pode oferecer os cuidados no pós-operatório além de estar ao lado, pelo tempo necessário para que a pessoa se adapte e assuma seu autocuidado com segurança, como reitera o depoimento de Dona Flora [...] *já troco há 17 anos. A minha filha trocou para mim na semana que eu ainda estava com a barriga cortada.* A necessidade da proximidade com o familiar fez com que Dona Antônia até mudasse de estado para procurar tratamento de saúde para o câncer e para manter contato com familiares.

O fato de morar com outra pessoa, ter filhos, netos, outros familiares e amigos para apoio pode potencializar o autocuidado, como retrata Dona Antônia [...] *vou também no mercado, com minha amiguinha de idade dona [nome da amiga]... que mora aqui pertinho, a gente vai toda semana devagarzinho comprar as coisas no mercado aqui embaixo.* Este pequeno exemplo de interação social pode ser positiva à pessoa idosa.

Santos, Guerra e Silva (2015), ressaltaram que o apoio familiar é imprescindível no processo de envelhecimento, visto que configura ao idoso uma relação de afeto e também de segurança. Nesse contexto, apesar das dificuldades que podem surgir no cotidiano, a pessoa idosa consegue exercer o autocuidado, mesmo entre aqueles com a mobilidade prejudicada e que necessitam de órteses, tais como a bengala, o que pode resultar em determinada confiança e força no enfrentamento da nova condição de vida e adaptação (MOTA; GOMES; PETUCO, 2016; MORAES; SOUSA; CARMO, 2012). E ainda, por ter uma estomia o que repercute em mudanças em todas as dimensões da vida da pessoa idosa, em um curto período de tempo.

Por outro lado, estudo realizado com a finalidade de avaliar os aspectos psicológicos de pessoas com estomia, constatou que a maioria dos participantes teve declínio na disposição para realizar atividades sociais fora do ambiente doméstico e atividades físicas (CAMPOS et al., 2017), o que não foi constatado nesse estudo.

As consultas com profissionais de saúde e a participação nas atividades educativas e com pessoas em situação semelhante de vida, de algum modo, passam a ser atividades sociais importantes para manutenção de vínculos com outras pessoas (LENZA et al., 2013), o que pode ser exemplificado pelo depoimento do Senhor Félix: [...] *às vezes eu até levanto a moral de quem vem conversar comigo! Uma vez veio um advogado que tinha [estomia] e estava triste, ele me viu normal andando pra rua... falei: é normal isso aqui.*

A nosso ver a normalização da doença e do tratamento que resulta na estomização constitui um importante aspecto para a socialização. Destaca-se que para eles, o normal não é ter a mesma condição anterior à doença e ao tratamento, mas ter capacidades remanescentes para levar uma vida dentro dos padrões de normalidade.

Embora levem uma vida que para eles parece normal, existe a preocupação com a imagem corporal. Também vale ressaltar que há preferência no uso do equipamento de uma peça em casa e para sair e interagir com outros, o de duas peças, pois, permite melhor fixação com o cinto e isso confere segurança à pessoa idosa. Cabe enaltecer que, após a aceitação da condição de pessoa com estomia algumas participantes lançaram mão de estratégias próprias para “disfarçar” o equipamento coletor e seu volume, por sentirem-se melhores com sua própria imagem, conforme os depoimentos de Dona Flora [...] *Eu coloco [coletor] dentro da calça. “Nem” parece “né”? Ai, quando é de duas peças eu uso o cintinho. Eu gosto mais do [equipamento coletor] de duas [peças], mas tem o modelo certo, porque tem um que não presta! Que não dá certo de jeito nenhum! Eu gosto de uma [bolsa] mais larguinha dos lados... porque eu coloco e prendo no “cintinho”, “ai” dura mais dias, chega até quatro dias.*

[...] *eu me visto normal, mas roupa bem folgada, por causa que machuca, eu não posso usar roupa apertada... para sair eu saio com roupa folgada com elástico [cinto de fixação do equipamento], mas quando está muito apertado machuca (Dona Antônia).*

[...] *eu pego a “bolsa”, gosto dessa “pequeninha”, porque não deixa volume... então pedi para ela [enfermeira] pedir dessa daqui para mim. Olha aqui, se não coloca certinho... [pausa]...então o volume dela [referindo-se à bolsa] abaixa né? (Dona Maria do Carmo).*

A condição de possuir uma estomia tem direta influência em como a pessoa enxerga seu corpo e interfere nos valores pessoais e papéis familiares, além da possível estigmatização por terceiros (BARBOSA et al., 2014). Então, para ser aceito pela sociedade, a pessoa com estomia

pode abrir mão de seus gostos e hábitos de vida, mudando até a forma de se vestir, na tentativa de ocultar o estoma (CARDOSO et al., 2015) e o equipamento coletor. O medo de ser diferente e da reação da sociedade têm levado muitas pessoas com estomia a guardar em segredo o diagnóstico da doença estigmatizante como o câncer e o seu tratamento cirúrgico que resulta na alteração da imagem corporal (MOTA; GOMES; PETUCO, 2016).

O receio e a vergonha da eliminação de ruídos decorrentes da saída involuntária de gases podem ser considerados como negativos ao autocuidado, e, podem, na maioria das vezes, levar a pessoa idosa com estomia a restringir suas atividades sociais. Dentre os participantes, há aqueles que relataram situações de constrangimento como ruídos decorrentes da presença de gases, vazamento e descolamento do coletor em público. Tais situações podem ser exemplificadas nos depoimentos: [...] *eu tenho muitos gases, muito! Esses dias esqueci de falar para o médico passar um remedinho para soltar...*[pausa] *eu tomo o luftal de vez em quando...tomo um chá de erva doce* (Dona Maria do Carmo).

[...] *ela [a bolsa] não chegou a vaziar, mas às vezes acontece de vaziar, porque [pausa]... porque tem que ser muito bem lavado, muito bem enxugado para não ter risco de vaziar! Uma vez soltou [o coletor desacoplou da placa] dentro de um banco! Caiu no meio do chão assim, só que ela [a bolsa] estava vazia! Então eu juntei ela e enfiei por debaixo da camisa e acoplei! Ninguém nem reparou!* [risada]. *Boa parte das pessoas nem conhece bolsa né?* (Senhor Félix).

Além das implicações físicas da estomia, a possibilidade de vazamentos do efluente em consequência do descolamento do equipamento coletor, a eliminação de sons intestinais e flatos durante eventos ou interações sociais, resultam em situação embaraçosa, vergonhosa ou sofrida (MOTA; GOMES; PETUCO, 2016); o que pode contribuir para que a pessoa idosa fique mais tempo em casa e não tenha tanta disposição quanto antes para atividades sociais.

Nessa perspectiva, para atingir a integralidade da atenção à pessoa com estomia, esta deve ser vista em suas dimensões biológica, psicológica, cultural, histórica, política e social, com articulação com o contexto familiar, ambiental e a sociedade na qual está inserida (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016), e para tanto, torna-se fundamental a conscientização da população para minimizar o preconceito e o isolamento social.

O alcance do autocuidado também depende dos fatores educacionais, porque facilita o acesso às orientações dos profissionais, amplia a visão de mundo e estimula a busca pelo autoaprendizado. Nesse sentido, o grau de escolaridade dos participantes pode interferir negativamente no processo de cuidado, tendo em vista que a maioria dos participantes se encontrava na condição de alfabetizado para escrita e assinatura do próprio nome. Nessa perspectiva, mulheres idosas com menores níveis educacionais configuram um grupo em

desvantagem, sendo necessária atenção especial e orientações de fácil compreensão (HORDER et al., 2015), para reduzir as complicações relacionadas à estomia e ao câncer.

Na atenção à pessoa idosa com estomia, a educação em saúde é fundamental para o autocuidado. Desse modo, constatou-se que os participantes lembravam das orientações oferecidas pelos enfermeiros do CER e pelos integrantes do Projeto de extensão universitária e empregavam seus ensinamentos no autocuidado, para a convivência com a estomia e o equipamento coletor. O depoimento de Dona Antônia traz o aprendizado mediado pelos colegas e pelos profissionais de saúde.

[...] eu que faço tudo, a senhora acredita? é, eu aprendi com minhas coleguinhas, com as enfermeiras, que me ajudaram e cuidaram de mim [...] eu não aprendi no hospital, eu fui aprender aqui em casa, com as meninas do posto de saúde, foram elas que me ensinaram. Mas no hospital falou que eu podia receber “bolsinha” de graça...então deram os documentos para minha sobrinha

Contudo, há que destacar a lacuna na atenção à saúde no âmbito hospitalar, uma vez que a reabilitação da pessoa com estomia inicia no pré-operatório e deve continuar com o acompanhamento longitudinal, em seguimento ambulatorial, pelos profissionais da atenção básica.

As intervenções educativas devem atender as demandas individuais, dada a singularidade do processo de adoecer, o que pode garantir melhores chances de adaptação à nova condição e preparo para que a pessoa idosa assuma o seu AC, com confiança e segurança e, sobretudo, as orientações sobre os serviços especializados em reabilitação do SUS (LENZA et al., 2013).

Embora o grau de escolaridade dos participantes possa comprometer o cuidado, constatou-se que a maioria apresentava a pele periestomal íntegra, o que demonstra a qualidade do autocuidado.

Os fatores econômicos exercem influência sobre o autocuidado, pois, a renda de um salário mínimo, realidade da maioria dos participantes, pode dificultar o acesso dos participantes aos alimentos que poderiam reduzir o odor e gazes dos efluentes, a exemplo da pera, que é um dos alimentos recomendados. Dificulta o acesso aos medicamentos não disponíveis pelo SUS, equipamentos coletores e adjuvantes mais adequados as suas necessidades (LENZA et al., 2013), como retratado nos depoimentos: *[...] o “falecido” morreu e me deixou sem nada, porque eu “desquitei” dele e também porque ele não contribuía com o INSS; eu não sei quanto tempo ele contribuiu. Então, é um salário só (Dona Flora).*

[...] Eu trabalho com isso [funilaria] há 30 anos e vocês acreditam que eu não consegui “encostar” no INSS? eu trabalhei registrado, mas não tenho tempo... estamos esperando vender para ver para onde vamos, pois, “a gente” não tem para onde ir (Senhor Olavo).

Ainda, as condições financeiras desfavoráveis podem também ter contribuído para a dificuldade em contar com cuidador e com pessoas para os afazeres domésticos, dificultando-os de privar de esforço físico, o que pode ter favorecido o aparecimento de complicações, como hérnias periestomais. Por outro lado, o fato de não dispor de um cuidador favoreceu os participantes a assumirem o autocuidado. Os depoimentos elucidam essa questão *[...] eu no começo fiquei meio desesperado, queria contratar uma enfermeira, mas ela queria 20 reais por cada vez... por cada troca só dessa...a bolsa é acoplada assim, ela queria 20 reais para trocar só essa parte de fora aqui! Não era para trocar aqui não [apontando para a placa adesiva]. Então eu falei: eu não vou te dar isso não [risada]. Não é um bicho de sete cabeças né (Senhor Félix).*

[...] eu comecei a cuidar da bolsinha, no mesmo ano que operei...eu operei em 2010 e em 2011 eu comecei a trocar sozinha já... As enfermeiras [da Atenção Básica] vinham e começavam a trocar, eu sentada e elas trocando... e eu sempre olhando, como que cortava direitinho, os números...aí eu comecei a trocar sozinha porque eu não posso pagar uma enfermeira para me cuidar, né? Eu posso? Só rico né? Porque tem que pagar salário (Dona Antônia).

Possuir uma estomia e equipamento coletor traz implicações na multidimensionalidade da pessoa, na organização da vida e pode produzir rupturas na sua identidade. O apoio de familiares, da equipe de saúde e da religião, tem possibilitado a adaptação e a convivência com a nova condição, e o retorno parcial ou total às atividades realizadas antes da cirurgia (TELES et al., 2017). A crença religiosa proferida pela totalidade dos participantes é católica e autodeclaravam com católicos ativos, pois, frequentavam missas ou assistiam via televisão. A religião tem a capacidade de promover a reharmonização produzida pelo caos do adoecimento, a ressignificação de sua condição de ser estomizado, levando a pessoa a cuidar melhor de si. Os depoimentos elucidam esta questão. *[...] Eu sou católico...[pausa]...vou na missa todo domingo! A minha mãe sempre foi muito católica, filha de Maria e a gente herda essa fé! [...] mas a verdadeira religião, é, se a pessoa conseguir [pausa]...tentar respeitar os Dez Mandamentos da lei de Deus, não tem religião melhor né? Respeitar o próximo, ajudar. Ajudar criança, ajudar velho... é ajudar quem precisa, às vezes uma palavra ajuda não é? (Senhor Félix).*

A cultura abarca os valores, as crenças e prática que determinam o modo de ser, o comportamento e a identidade de um grupo (SAWADA et al., 2017). Sob tal óptica, os

participantes revelaram seus valores, atrelados ou não à religião, assim como suas crenças e aspectos culturais do autocuidado e estilos de vida.

A convivência com a estomia e com o equipamento coletor ocorre em média a 70,8 meses. Desse modo, acredita-se que cuidar da estomia e do equipamento coletor passaram a coexistir na rotina de vida dos participantes, como retratado no depoimento [...] *se é o jeito certo eu não sei, mas eu troco assim* (Dona Flora).

Observou-se que existiam dúvidas e alguns vícios na técnica de troca, como lavar as mãos e tocar em outros objetos antes de realizar a troca do equipamento. Essas dificuldades apresentadas por alguns participantes podem conduzir a comorbidades e ou complicações, o que torna necessária a orientação de enfermagem em relação ao AC em direção a estilos de vida com qualidade (SANTOS; GUERRA; SILVA, 2015).

A necessidade de adquirir independência desde criança, também pode ter favorecido o autocuidado entre alguns participantes, como revela o relato do Senhor Félix [...] *eu aprendi a cozinhar de tudo desde criança, por isso eu cozinho para mim hoje em dia... isso desde os 13 anos, sempre fui muito independente. Eu fazia comida, fazia bolo, de tudo!*

Com vistas ao cuidado em saúde individualizado, as expectativas pessoais e culturais de determinado indivíduo ou grupo devem ser consideradas visto que influenciam na implementação do apoio por pares ou por profissionais de saúde. Assim, as funções do apoio devem ser consideradas no planejamento de programas de apoio ao autocuidado (OKORO et al., 2017).

Embora 80% dos participantes tenham recebido alta do tratamento para o câncer colorretal, constatou-se que hábitos não saudáveis como o fumo e o consumo de bebida alcoólica, considerados importantes fatores de risco para o câncer, perduram na vida e comprometem o autocuidado, como visto no depoimento: [...] *eu nunca bebi, fumar eu fumo, mas...nunca tive doença de nada...eu fumo a vida inteira, mas agora estou fumando “pouquinho”, uns dois cigarros, só pra...Ele [médico] “mandou” eu cortar tudo, mas não consigo. Dá uma ansiedade muito grande, pior do que não fumar. Você fica louco! [pausa] mas eu...eu faço um cigarro [palheiro] e dou duas, três “tragadinhas” só pra...[pausa] tirar a ansiedade. Eu tive que parar uns três meses, mas aquilo estava me fazendo mal, falta uma coisa né?* (Senhor Félix).

Cabe ressaltar que, o desenvolvimento pessoal de atitudes e habilidades capazes de promover hábitos de vida saudáveis, pode culminar em ações de promoção à saúde e, conseqüentemente, na manutenção da qualidade de vida (SAWADA et al., 2017).

Os fatores tecnológicos exercem influência no autocuidado, pois, a qualidade dos equipamentos coletores pode favorecer ou não a adaptação à condição de estomização; ademais, faz-se importante destacar a demarcação do local da confecção do estoma.

Em relação a localização anatômica da estomia, a maioria dos participantes tem sua estomia localizada no quadrante inferior esquerdo (QIE) e uma participante no quadrante inferior direito (QID). A literatura aponta que estomias no QID apresentam efluentes com consistência mais líquida, com descargas frequentes, com fluidos mais alcalinos e ricos em enzimas, que podem culminar em dermatite de origem irritativa e odores (FERREIRA et al., 2017). Por outro lado, estomias no QIE produzem efluente de consistência mais pastosa (MIRANDA et al., 2016), semelhante às fezes formadas, não requerem esvaziamento frequente de equipamento coletor, presumindo que favoreça o autocuidado.

Deve-se considerar os diferentes modelos e marcas do equipamento coletor fornecido pelo CER, no qual há distribuição de modelos não padronizados de equipamento, diferentes qualidades; apesar da padronização na lei. Isso resulta na troca frequente dos equipamentos e adjuvantes e pode prejudicar as pessoas com estomia, visto a possibilidade de desenvolvimento de alergias a novos materiais, a não compatibilidade de modelos com o local anatômico do estoma, entre outros, como visto em alguns depoimentos [...] *mas não são todas [bolsas] iguais, tem umas que vem diferente. De vez em quando troca o modelo. Tem umas que são meio amarelas, diferentes né? Essa [bolsa] veio assim, mas todas não são assim não* (Dona Antônia).

Inerente à demarcação do local para confecção do estoma, os participantes relataram que à época, devido à emergência do procedimento não tiveram tempo para demarcar previamente, pois, assim que receberam o diagnóstico procedeu-se, imediatamente, à cirurgia. Desse modo, cirurgias realizadas em situações de emergência dificultam o tempo hábil para demarcação do local da estomia, o que pode resultar em dificuldade para aderência do equipamento coletor, exigir trocas frequentes e dificultar o autocuidado.

Assim, o aparecimento de algumas complicações da estomia pode ser consequência de ausência de demarcação prévia, visto que a má localização pode dificultar o AC, a visualização da pele periestomal e a troca (MIRANDA et al., 2016), esvaziamento e fixação do equipamento coletor; além de serem necessárias adaptações na fixação, conforme os depoimentos: [...] *eu prefiro colocar ela um pouquinho “tortinha” aqui, para não machucar minha virilha ou ficar atrapalhando nas roupas com elásticos, tenho muito medo de machucar* (Dona Maria do Carmo). [...] *porque isso meu aqui é fundo [apontando para uma cicatriz próxima à região umbilical, de cirurgia prévia] e a bolsinha...ela não fica no lugar certo!* (Dona Antônia)

Concernente à acessibilidade ao equipamento coletor e os adjuvantes, os profissionais de saúde devem prover informações sobre os direitos da pessoa com estomia, intervir no contexto social em que estão inseridos, proporcionar acolhimento para viabilizar a adesão ao tratamento proposto (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011). Assim, o fornecimento dos equipamentos e adjuvantes pelo Estado, pode ser visto como facilitador do autocuidado, sendo por vezes a única maneira de manter a sua saúde, porque muitos não têm condição econômica para adquirir os equipamentos. Os depoimentos retratam e reafirmam essa realidade [...] *Se o Estado não oferecesse, a gente estava... [pausa]...uma farmácia vende por 20 reais uma “bolsa”!* (Senhor Félix).

[...] *a minha filha quando tinha condições [financeiras] comprava para mim em São Paulo, na época ela pagava 100 reais em uma caixa de “bolsa”. Hoje quanto que não está? Muito caro... um dia ela comprou uma bolsa, pagou 20 reais, aí chegou na metade do caminho e tive que parar para trocar. Pagar 20 reais numa “bolsa” e não valer nada. Descolou!* (Dona Flora).

As pessoas que tem estomia e seus familiares precisam de atenção especializada, o que é assegurado pela legislação brasileira, contudo, a sua implementação ainda é um desafio aos profissionais de saúde (LENZA et al., 2013), gestores e governantes. Nesse contexto assistencial, o desconhecimento e a ausência de divulgação dos direitos dos pacientes com estomia culminam em uma situação em que benefícios não são assegurados como direitos do cidadão (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Ressalta-se ainda que há falta de divulgação de programas especializados à população, assim como da situação de possuir um estoma (LENZA et al., 2013). Essa realidade leva as pessoas com estomia frequentemente a se sentirem inseguras, com receio de ficar sem equipamento coletor, adesivos, pós e outros adjuvantes necessários à manutenção da qualidade de vida (MOTA; GOMES; PETUCO, 2016).

As expressões culturais de autocuidado foram compartilhadas entre os informantes e os pesquisadores. Buscou-se apreender por meio da observação participante, das entrevistas gravadas e transcritas, da vídeo-gravação, das notas de campo e das reflexões dos pesquisadores, o “mundo vida” da pessoa idosa com estomia intestinal por CCR em suas diversas dimensões, quais sejam, biológica, psicológica, social e espiritual, com a finalidade de reconhecer e otimizar nas formas de saber dos informantes, como eles se cuidam e como podem ou querem ser cuidados.

Constatou-se os múltiplos fatores intervenientes que influenciaram de forma positiva ou negativa o autocuidado. Fundamentada na Teoria da Diversidade do Cuidado Cultural de Leininger, classificou-se os componentes de autocuidado em relação aos comportamentos que

deveriam ser preservados/mantidos, acomodados/negociados ou repadronizados/reestruturados da pessoa idosa com estomia, que poderão subsidiar o plano terapêutico contextualizado e congruente às singularidades da pessoa idosa.

Em respeito à cultura da pessoa idosa e a sua privacidade, o pesquisador permaneceu longe da gravação das participantes do sexo feminino, por ser homem; visto que, o uso do equipamento coletor pode estar ligado a sentimentos de vergonha, medo, insegurança, invasão e sofrimento, com direta influência na vida social, laboral e conjugal das pessoas com estomia (FREIRE et al., 2017).

Preservação/ manutenção cultural do cuidado:

Em relação aos fatores que devem ser preservados destaca-se a busca pela autonomia, a coragem para assumir uma vida mais independente, a religião, a preservação dos laços familiares e amizades, o trabalho, o lazer, o artesanato, a relação com o sistema profissional de saúde.

A busca pela autonomia e o receio de depender de outras pessoas é destacado por Dona Antônia: [...] *quem vai ser a pessoa de idade que faz isso? Quem é que faz assim? Sabe porque que eu não me entrego? Porque eu tenho medo de chegar eu...tenho medo de ficar na cama, dependendo dos outros, trocando fralda.* Ela ainda disse que gosta de se cuidar, que um cabeleireiro e uma manicure iriam na casa dela “arrumá-la” no dia seguinte e que iria ficar bonita (Nota de campo, 06/06/18).

Senhor Félix relatou-nos que varre e “passa pano” na casa, que vai ao supermercado, que prepara suas próprias refeições, vai sozinho realizar atividades bancárias, ao CER para receber os equipamentos coletores e adjuvantes e às consultas médicas. Demonstrou ser uma pessoa muito organizada e asseada em relação aos afazeres domésticos.

Dona Flora mora sozinha, mudou-se recentemente e sua casa é espaçosa e limpa. Disse que realiza suas compras e prepara as próprias refeições, lava e passa roupas e ainda sobra tempo para ajudar a filha que recentemente teve bebê.

Constatou-se a satisfação de Dona Antônia ao mostrar os seus bordados bem feitos e bonitos e ressaltou que consegue enxergar porque já operou as duas “vistas” de catarata e quem na idade dela consegue fazer isso? Não obstante, algumas pessoas idosas, como Dona Antônia, ainda exercem sua autonomia e contou-nos que cuidou de seu esposo até sua morte, que faz todos os serviços de casa, como lavar roupas, cozinhar, varrer e passar pano diariamente, além de ir às compras semanalmente. Ou seja, além do autocuidado consegue executar tarefas mais

complexas para uma população mais longeva, que muitas vezes pode necessitar de um auxílio, seja do profissional enfermeiro, ou do familiar.

Nesse contexto apreende-se que a manutenção das atividades de vida diária, e execução de outras como artesanato, ir ao banco, ao supermercado, organizar o ambiente doméstico, preparar as próprias refeições, ajudar familiares podem ser vistos como positivos ao autocuidado da pessoa idosa, visto que essas, quando têm uma rotina de cuidados para seguir, conseguem executar adequadamente.

No que se refere à religiosidade e sua influência na vida dos participantes, apreendeu-se que a religião e a fé foram ensinadas no contexto familiar, o que pode ser evidenciado pelo depoimento do Senhor Félix: [...] *eu sou católico...[pausa]...vou na missa todo domingo! Olha a arte! Olha na parede para vocês verem os quadros [religiosos]...esses quadros eram da minha mãe, estava tudo “carunchado” e eu restaurei! A minha mãe sempre foi muito católica, filha de Maria e a gente herda essa fé! Eu não saio sem me benzer [risada]...eu até rio! Mas eu na hora que saio e não chego sem benzer! [risada]. E agradeço todo dia... Eu sou católico, meu bisavô era católico...[pausa] mas a verdadeira religião, é, se a pessoa conseguir [pausa]...tentar respeitar os Dez Mandamentos da lei de Deus, não tem religião melhor né? Respeitar o próximo, ajudar. Ajudar criança, ajudar velho... é ajudar quem precisa, às vezes uma palavra ajuda não é?*
 [...] *Hoje eu vivo muito bem, graças a Deus! Vivo bem... Eu estou “sãozinha”, graças a Deus! Isso não é bom? [pausa] você ter saúde é muito bom!* (Dona Antônia).

A religião e a prática cotidiana da religiosidade constituem intervenientes positivos para o autocuidado, pelo fato de praticar sua crença religiosa comparecendo às missas, ou na impossibilidade, assistir na televisão.

A religiosidade está presente nos momentos de adversidade com o diagnóstico de câncer e tratamento cirúrgico que resultou na construção da estomia, e ainda, no estímulo para resgatar a autonomia no pós-operatório, na troca do equipamento coletor, que pode ser desafiadora à pessoa idosa com perdas da mobilidade ou até em relação às dúvidas ou incertezas em relação ao procedimento correto. Percebe-se a influência da religiosidade no AC de Dona Antônia [...] *ai Jesus! Que isso [a troca do equipamento] dê certo! Meu Deus, ponha a mão senhor... é que eu peço muito a Jesus para colocar as mãos, para ajudar [pausa].*

A religiosidade é um aspecto importante na vida da pessoa idosa, assim, o respeito às crenças individuais pode proporcionar melhor acolhimento e estabelecer vínculo de confiança entre profissional de saúde e pessoa idosa, o que facilita a adesão a terapêuticas (ARAÚJO et al., 2008), assim como do autocuidado. Nesse sentido, as práticas religiosas devem ser

estimuladas e mantidas ao se envelhecer, visto o potencial de melhorias nas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Não obstante, nota-se que o apoio familiar é necessário à religiosidade da pessoa idosa, seja para conduzi-la até a igreja ou para rememorar um ente querido que já se foi. Schuster et al (2015), citam que a esperança é uma estratégia de enfrentamento da doença, ao auxiliar a pessoa a lidar com a dor do momento e com incertezas em relação à saúde no futuro, de uma maneira eficaz. Assim, a fé e a religiosidade podem ter ação positiva no autocuidado ao estimular a esperança no bem-estar.

As expectativas pessoais e culturais devem ser consideradas, visto que influenciam na implementação do apoio por pares ou por profissionais de saúde. Assim, as funções do apoio devem ser consideradas no planejamento de programas de apoio ao autocuidado (OKORO et al., 2017). Cabe ainda apoiar a pessoa idosa em seus momentos de lazer, seja na confecção de artesanatos, em pinturas, dançando forró ou nas visitas a casa de familiares e amigos, porque influenciam positivamente no comportamento propiciando à pessoa idosa mais tranquilidade e equilíbrio, com melhoras no conforto e no bem-estar (SANTOS; GUERRA; SILVA, 2015).

No que se refere à estomia, troca e esvaziamento do equipamento coletor destaca-se a organização do ambiente, pois, deve-se estimular ambiente privativo. A maioria dos informantes realizava a troca do equipamento coletor no quarto ou banheiro, apenas um participante realizava na área externa de sua casa. Ainda sobre o cuidado com a estomia, um fator positivo é o uso de adjuvantes para minimizar os desconfortos produzidos pelo equipamento coletor, tais como o cinto para proporcionar maior segurança e os pós na prevenção, controle e até tratamento da dermatite, como apresentado nos depoimentos [...] *eu estou com uma coceira, por causa da minha alergia...eu coloco o pozinho todas as vezes que vou trocar...[pausa] é ele que alivia um pouco quando começa a coçar, sabe?* (Dona Flora)

Senhor Félix ressaltou: [...] *o pó é para isso aqui...pode ir na víscera, não tem importância nenhuma [pausa] e é um milagre esse pó viu? Se você está com uma coceira fora do comum...às vezes fica dois, três dias sem trocar... você lava, higieniza, põe o pó. O bom é ficar com ele meia hora, mas só esse pouquinho aqui agora ele já combate a dermatite.*

O uso de adjuvantes pode estar ligado ao autocuidado, visto que eles auxiliam na manutenção da qualidade de vida da pessoa com estomia. Vale ressaltar a importância de adjuvantes na prevenção e no tratamento das dermatites. Esta surge quando a pele periestomal se fere, isto é, perde sua integridade. Os agentes etiológicos mais comuns estão relacionados ao contato contínuo com o efluente intestinal, equipamentos coletores mal fixados, alergias ou hipersensibilidade ao material do equipamento e do coletor, dentre outros. A dermatite pode

influenciar negativamente na qualidade de vida da pessoa, como evidenciado no depoimento de Dona Flora: [...] *mas às vezes trocam a bolsa e dá uma coceira, quase acaba com a minha vida! Isso aqui fica na “carne viva”*.

Para evitar que o equipamento coletor se descole e provoque dermatite Senhor Olavo disse que [...] *às vezes eu passo uma fita crepe em volta, por “causa” de esforçar na oficina, eu trabalho com pintura de carro...eu pego peso, então pode soltar...às vezes quando eu estou trabalhando, esforçando eu coloco fita crepe*.

Percebe-se que o autocuidado da pessoa idosa é muito complexo, contudo, pode-se inferir que essas ações de cuidado devem ser mantidas, visto que conferem benefício à pessoa em sua qualidade de vida. Em meio ao cotidiano de autocuidado, ainda podem emergir situações nas quais são necessárias adaptações para, por exemplo, reforçar a fixação da placa adesiva do equipamento coletor. É uma prática corriqueira o auxílio com fita crepe, no entanto, o uso de pasta adesiva, que também poderia conferir maior segurança à fixação, é pouco mencionado.

Compete ao enfermeiro buscar e apoiar estratégias que melhorem e estimulem a imagem corporal, assim como o ambiente privativo para a troca do equipamento coletor. Apesar das estratégias empregadas pelas pessoas com estomia intestinal por CCR para superar as adversidades, destaca-se a resignificação positiva, manter o senso de normalidade, a religião, criar percepção sobre o câncer, mudanças no estilo de vida e procurar informações (ASIEDU et al., 2014).

Contudo, no cotidiano da prática cultural do cuidado, algumas ações podem não ser benéficas à pessoa idosa com estomia, necessitando então, de negociação, o que será discutido a seguir.

Acomodação/ negociação cultural do cuidado:

A pessoa idosa realiza o autocuidado à sua maneira, cujas ações sob o olhar do sistema profissional de saúde podem comprometer a melhor convivência com a estomia e o equipamento. As ações de educação em saúde permitem negociar com a pessoa idosa as suas ações, com o intuito de prevenir complicações e empoderar-se para a melhor qualidade de vida. Dentre os achados, destacam-se algumas ações que devem ser acomodadas pela pessoa idosa juntamente com seu familiar e o profissional de saúde do CER, como exemplificado a seguir:

Dona Maria do Carmo mostrou-nos seus equipamentos opacos, transparentes, de uma e duas peças, pois, ela possuía vários equipamentos, totalmente organizados em uma caixa. Afirmou-nos que prefere o de duas peças, opaco, drenável. Em seguida, colocou todos os

materiais que dispunha na cama. Questionando-se: [...] *será que esse daqui vai dar certo?* Referindo-se a um modelo de duas peças, mas que o equipamento e a placa estavam um pouco discrepantes, com diferenças de tamanhos, o que a impediria o encaixe correto do equipamento.

Dentre as ações, o enfermeiro deve garantir o direito da pessoa com estomia conhecer os diferentes equipamentos para que ela saiba identificar seu equipamento de preferência, assim como, o local e condições adequadas para armazenamento e aquisição.

Outro fator que deve ser mencionado é a forma de secar a pele periestoma e estomia: Dona Maria do Carmo pega a toalha, passando-a também na área periestomal, contudo, com forte fricção. E em seguida nos diz: *essa “partezinha” aqui [aponta para uma área periestomal], ela sangra um pouquinho...às vezes ela coça muito!* e continua a passar a toalha no estoma e na pele periestomal. O sangramento encontra-se em média quantidade, por grande parte da borda da estomia (Nota de campo: 04/05/18).

Deve-se planejar o ensino do autocuidado antes da alta hospitalar em relação ao cuidado e o acesso aos insumos para continuidade no serviço de referência e contrarreferência. A pessoa com estomia deve ser esclarecida sobre os seus direitos, e nesse sentido, o enfermeiro deve explicitar e explica-los, à luz da legislação brasileira vigente (BRASIL, 2009) e em conformidade com as necessidades individuais da pessoa com estomia. A disponibilidade de insumos deve garantir a qualidade e quantidade, e é preconizado a oferta de 10 a 30 bolsas mensais, sendo que essa é a descartável de troca diária.

Outro fator a se destacar no cotidiano da pessoa idosa com estomia é a soberania do Sistema Profissional de Saúde, em especial, da medicina, com a realização da intervenção cirúrgica que resulta na confecção da estomia intestinal, muitas vezes em situação de emergência, com o intuito de salvar a vida. Por outro lado, pode ter sido confeccionada contra a vontade da pessoa idosa, sem muito tempo para se refletir sobre o diagnóstico de câncer e as perspectivas de vida. O depoimento de Dona Antônia evidenciou tais considerações: [...] *depois que eu operei que eu fui ver que estava com a “bolsinha”. O médico não falou nada, não falou nada...e depois que eu saí do hospital já saí com a “bolsinha”. Lá no hospital, eu acordei e estava com a bolsinha...as meninas de lá que colocavam pra mim...depois eu vim pra casa, foram me ensinando como é que fazia...as enfermeiras do postinho aqui perto começaram a me ensinar, “ai” eu aprendi a colocar a...[pausa]... a “bolsinha” direitinho. Eu aprendi com a técnica de enfermagem [cita o nome] que me ensinou a colocar; elas trabalham no postinho aqui em cima. Eu não aprendi no hospital, eu fui aprender aqui em casa, com as meninas do posto de saúde, foram elas que me ensinaram. Mas no hospital falou que eu podia receber “bolsinha” de graça...então deram os documentos para minha sobrinha.*

Destaca-se ainda, que a comunicação é fundamental entre profissionais de saúde e pessoa idosa com estomia intestinal por CCR, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial. Ela deve ser esclarecida previamente bem como seus familiares sobre o desfecho do diagnóstico, porque favorece a recuperação e a aceitação da nova condição.

[...] Ele [o médico] falou: o senhor não vai voltar para casa não, vai ficar aqui...[pausa]...hoje o senhor vai dormir aqui na maca, no consultório... cedo, eu vou internar o senhor e vou pedir “pro” doutor para nós fazermos essa operação (sic) (Senhor Félix).*

Repadronização/ reestruturação cultural do cuidado:

Costa et al. (2013), afirmaram que, levando-se em consideração os sistemas de Enfermagem propostos pela teórica Orem, os pacientes adultos e idosos assim como os cuidadores familiares deveriam ser instruídos pelo enfermeiro, sistemas de enfermagem de suporte e educativo, para que deem continuidade no programa de autocuidado após a alta hospitalar. Dentre as orientações destacam-se aquelas em relação à nutrição adequada, assim como a ingestão de água. Caso o enfermeiro não se sinta confortável nesse tipo de orientação, deve realizar encaminhamento ao profissional nutricionista; pois esse poderá inserir alimentos com valor nutritivo adequado e ofertar orientações de uma dieta que contemple as necessidades individuais (BARBA et al., 2017).

A alimentação é um componente cultural e de prazer da sociedade. No entanto, o câncer e a dor privavam os participantes desse prazer, levando-os a ficarem cada vez mais fragilizados, conforme exposto. *[...] Fazia já” quase uns seis meses que eu não comia nada, não comia direito. Depois que operou, passou uns dez dias, liberou para comer...eu saí de lá com 55 kg e hoje estou com 90 kg! Até tive que parar [de comer] um pouco! [...] eu nunca bebi, fumar eu fumo, mas...nunca tive doença de nada...eu fumo a vida inteira, mas agora estou fumando “pouquinho”, uns dois cigarros, só pra... Dá uma ansiedade muito grande, pior do que não fumar. Você fica louco! mas eu...eu faço um cigarro [de palha] e dou duas, três “tragadinhas” só pra...[pausa] tirar a ansiedade. Eu tive que parar uns três meses, mas aquilo estava me fazendo mal, falta uma coisa né? [...] Eu fumo desde menino! Mas agora fumo pouco, só “dois” cigarros de palha por dia (Senhor Félix).*

[...] E fumo também, eu parei depois que operei oito anos...[pausa]...mas parece que o cigarro distrai muito a gente...mas eu gosto de um cigarrinho sim, não escondo não! (Dona Flora).

Olavo ainda afirmou-nos ingerir alimentos e bebidas não recomendadas à pessoa que faz uso de estomia, como torresmo e cerveja regularmente. Se por um lado, a estomia alterou o

trânsito intestinal e a imagem corporal, por outro lado, viabilizou uma vida dentro dos padrões de normalidade e sem dor, o que levou o Senhor Olavo a retornar às atividades sociais sendo que a sua favorita é jogar bingo e conversar no bar tomando cerveja. (Nota de campo: 19/07/18)

Embora sejam fatores culturais importantes para a ressocialização, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, deve negociar metas a curto, médio e longo prazo para que hábitos mais saudáveis sejam incorporados no cotidiano de vida (BRASIL, 2012), o que é condizente às recomendações do INCA (2017) em relação ao CCR e a prevenção do câncer (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013).

Inerente às estratégias de ensino, destacam-se aquelas que conseguem englobar aspectos não só técnicos do autocuidado, mas também atitudes e comportamentos positivos sobre a estomia, o desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, interpessoais necessárias à condição de ter uma estomia (SILVA et al., 2014).

Ritual de troca do equipamento coletor:

A realização da Etnoenfermagem como método de pesquisa permitiu um olhar de perto e de dentro do mundo vida das pessoas idosas com estomia por CCR, com foco na cultura.

Nesse sentido, apreende-se os rituais adotadas pelas pessoas para o autocuidado. Que variam desde a organização do ambiente aos insumos à convivência com a estomia. Os participantes falaram sobre seu cotidiano de autocuidado com a estomia e com o equipamento, assim como os seus modos de cuidado nos momentos de esvaziamento, troca e fixação do equipamento coletor e também a frequência com que costumam realiza-los, conforme trechos a seguir:

[...] Você dobra várias vezes e fecha [fixando com um adesivo próprio do clamp]. “Aí” quando vai no banheiro, a gente...a gente faz assim. A gente vai no banheiro, abre e aperta aqui [apontando para a porção final do equipamento]. Está pendurado, não está? Abre assim, joga água aqui dentro e joga no “vaso”. Joga mais água e vai no “vaso”. Depois, seca bem “secadinho”... tem bastante “paninho especial” para isso [referindo-se à gaze]... depois seca devagarzinho né? Para não machucar e também não molhar a roupa né? Para não deixar tudo pingado...e volta outra vez (Dona Antônia).

[...] Sabe o que eu faço? Eu levanto de manhã, porque eu vou no banheiro todo dia de manhã...[pausa]...eu levanto, vou no banheiro primeiro, desprezo tudo direitinho e depois eu lavo a “bolsa”, porque essa aqui pode lavar né? Eu tiro, lavo, encaixo...dou uma “lavadinha”

e coloco de novo, “aí” depois que eu coloco a cinta! ...Olha, aqui explica tudo direitinho! Eu tomo banho, lavo com sabonete e tudo! (Dona Maria do Carmo).

[...] Eu troco de três em três dias...de três em três dias você troca a parte que vai colada lá! Agora a “bolsa”, eu não deixo juntar muito! Eu ficando em casa, eu lavo 5 vezes por dia! Lavo bem lavado! Não pode usar nada, é só água pura. Ela [bolsa] limpa bem...é boa...acho que é um equipamento importado da Austrália (Senhor Félix).

[...] Hoje eu limpo umas três vezes por dia...eu limpo no tanque aqui atrás no quintal...[pausa] tem um pedaço de mangueira lá, então eu lavo e enfio a mangueira por dentro [da “bolsa”]. Aqui a fita aqui! Então eu pego e passo assim em volta, dou umas duas voltas porque assim ajuda muito...porque se fizer força solta! (Senhor Olavo).

O período de troca do equipamento coletor variou de três a quatro dias, tempo similar ao encontrado no estudo Moraes, Sousa e Carmo (2012), exceto em casos de diarreias e aumento da frequência de eliminação de efluentes.

A gente tira esse plástico dela aqui e já tem as “medidinhas” e corta...[pausa] ela fica “oca” assim, você tira esse adesivo aqui fora e a cola vai aqui [pausa] a pomada cola. A cola, do lado da víscera, com essa pomada aqui...essas beiradas da bolsa aqui tudo tem cola, então ela vai ser colada aqui. Eu corto aqui nesse 35 mm, que é minha medida, tem mais “medidinhas” sabe? Aí você corta [pausa]... depois você põe a pomada em volta, a pomada fica em volta da víscera, não tem importância “passar” na víscera e essa parte aqui da “bolsa” tem cola também...então não solta! É muito difícil soltar! É só usar os dias certinho que dá tudo certo! [...] porque tem que ser muito bem lavado, muito bem enxugado para não ter risco de vazar! [silêncio] Nossa, eu esqueci as luvas lá em cima! [pausa], vou trocar sem mesmo e lava as mãos... Estou lavando aqui, mas lá em cima eu lavo com um chuveirinho... (Senhor Félix).

[...] Eu corto no 45 [mm]... é no terceiro “risquinho aqui”, já marquei “de cor”, eu corto sempre no terceiro. Nunca usei pomada, pó, essas coisas...só poucas vezes...não gosto. Eu troco de três a quatro dias...eles dão dez [equipamentos] para nós, por mês (Senhor Olavo).

Percebe-se que grande parte dos participantes realiza o esvaziamento e a troca no período recomendado pela literatura, não havendo prejuízo a esse respeito. No entanto, técnicas de lavagem de mãos deve abarcar os tópicos da educação para o autocuidado, dado a sua importância no controle de infecções dentro e fora do âmbito hospitalar. Ainda, as pessoas idosas sabem os cuidados necessários com a lavagem, como o uso do sabão, a secagem em toalha limpa, preferencialmente de uso exclusivo ou de gases, o corte da placa adesiva do equipamento coletor, a aplicação e os movimentos que auxiliam na ativação do adesivo

termossensível para melhor fixação. Nota-se também que as pessoas idosas memorizaram seus diâmetros de medida da estomia e conseguem recortar na placa adesiva. Contudo, com o passar do tempo há redução do tamanho da estomia e o diâmetro deve ser correspondente, caso o recorte do equipamento esteja maior, produzirá dermatite periestomal.

Percebeu-se como os participantes adquiriram competência para a realização do autocuidado, mesmo a maioria, com a idade avançada, o que demonstra a relevância do papel dos profissionais de saúde em potencializar o empoderamento das pessoas e não se deve subestimar a capacidade das pessoas no aprendizado. No entanto, estudo de Nicolato et al., 2016, relata que perante às alterações da senescência e da senilidade, as pessoas idosas podem perder a autonomia e a independência para seus cuidados diários, o que impõe aos enfermeiros a necessidade de repadronização dos cuidados visando a manutenção da saúde e do bem-estar da pessoa idosa com estomia.

Vale mencionar que há alguns momentos na vida em que a pessoa pode necessitar de ajuda, mesmo que consiga realizar determinadas atividades de autocuidado. Assim, o enfermeiro deve discutir com o ela e com os seus familiares quem poderá auxiliá-la no cuidado.

8.2 As contribuições da Enfermagem no autocuidado

A Enfermagem, como ciência e profissão, atua nos diversos contextos assistenciais, incluindo aqueles que assistem aos indivíduos idosos com estomia. Nesse sentido, devido a profissão ser majoritariamente feminina, observou-se que a maioria dos participantes referiram a ajuda de pelo menos uma enfermeira, citando nomes inclusive, o que é um indicativo de que esse profissional foi marcante no atendimento e nas orientações de ações de autocuidado, que são realizadas no cotidiano. Assim, ressalta-se que o gênero é outra área criticamente importante ao suporte por pares, assim como os papéis de cada gênero são influenciados pela cultura e Sociedade; ainda, mulheres oferecem apoio social e emocional do que homens (OKORO et al., 2017). Nesse sentido, é natural que na investigação os relatos sejam dirigidos às enfermeiras, que atuaram de forma eficiente na educação para o autocuidado. Tal realidade deve-se também às ações do Projeto de Extensão universitária no acompanhamento longitudinal dessas pessoas e, na formação de profissionais com competência para atuar de forma segura junto às pessoas com estomia intestinal, sendo a sua maioria, constituída por mulheres. Por fim, sabe-se que o cuidado da pessoa com estomia é uma prática complexa e multifacetada e para sua eficácia o profissional deve deter de certas habilidades, as quais não são discutidas no período de graduação (SALOMÉ et al., 2014).

Nos trechos dispostos a seguir falou-se sobre o suporte material e de recursos humanos, assim como as orientações em relação ao autocuidado e em relação ao direito de receber insumos do Estado e ainda, detalha-se que a enfermagem pode ter contribuído significativamente para o processo de adaptação à nova condição.

[...] Eu fui encaminhado pelo hospital [ao serviço de referência] e as enfermeiras [cita nomes] me ajudaram muito. Ensinar a colocar, trocar... [pausa] quando sai de alta o médico me falou: passa ali embaixo na ostomia, que eles dão as “bolsas” (Senhor Félix).

[...] Depois eu vim pra casa, foram me ensinando como é que fazia...as enfermeiras do “postinho” aqui perto começaram a me ensinar, “aí” eu aprendi a colocar a...[pausa]... a “bolsinha” direitinho. As enfermeiras vinham e começavam a trocar, eu sentada e elas trocando... e eu sempre olhando, como que cortava direitinho, os números... eu que faço tudo, a senhora acredita? É, eu aprendi com minhas coleguinhas, com as enfermeiras, que me ajudaram e cuidaram de mim (Dona Antônia).

Nessa perspectiva, o enfermeiro pode lançar mão da educação em saúde no ensino do autocuidado, a qual tem por objetivo promover mudanças na forma de pensar e agir (MENEZES et al., 2013).

Barba et al. (2017) ressaltam que, a partir do momento de alta, a pessoa terá de estabelecer uma nova rotina de cuidados, necessitando de apoio da equipe multiprofissional de saúde, com vistas à qualidade de vida. Deve-se também atentar à baixa escolaridade que a pessoa idosa pode apresentar e adaptar as orientações de saúde e autocuidado conforme o entendimento dessa população (NICOLATO et al., 2016). Não obstante, a enfermagem deve buscar junto à rede de apoio da pessoa com estomia, o engajamento nos mais diversos contextos, destacando-se as ações de planejamento, desenvolvimento e implementação de intervenções que estimulem a expressão de sentimentos, emoções e atitudes em relação a si e aos outros (RODRIGUES et al., 2013). Menezes et al. (2013) destacam ainda a necessidade de esclarecer dúvidas e minimizar o medo ou apreensão das pessoas com estomia, para uma assistência integral e eficaz.

Na assistência de enfermagem às pessoas idosas pode-se empregar teorias para nortear a prática e, conforme Leininger, é possível oferecer um cuidado culturalmente congruente. Para isso, deve-se ter em mente que o idoso com estomia poderá ter mais dificuldades que um mais jovem na implementação dos cuidados com a estomia; além de poder tornar-se resistente às orientações recebidas em relação ao seu autocuidado, por apresentar-se com muitas dúvidas ou com medo (BARROS et al., 2012) em relação ao prognóstico do câncer e à nova situação de viver com uma estomia. Devido à complexidade do ensino da pessoa idosa com estomia e seu

familiar, fica explícita a necessidade de implementar e sistematizar a estratégia de ensino, por enfermeiros que atuam diretamente com essas pessoas (LENZA et al., 2013).

Como cada pessoa idosa é pertencente a um contexto de vida distinto, a Atenção Básica à Saúde deve ser capaz de rastrear e acompanhar essa pessoa com estomia em suas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégias de Saúde de Família. Acresce-se ainda que a AB deve também manter o vínculo com a pessoa e seus familiares e fornecer subsídios ao enfrentamento de adversidades, tornando-se referência para a pessoa, com vistas a integração e comunicação entre os diversos setores de saúde, para que a assistência seja efetiva, individualizada e capaz de promover a saúde, a reabilitação e a manutenção da qualidade de vida (BARBA et al., 2017).

Os trechos abaixo mostram parte da gama de atuação do enfermeiro, que pode assistir com qualidade mesmo com suas dificuldades na disponibilização de recursos humanos e tecnológicos. [...] *Teve outra enfermeira [cita nome] que foi muito importante, ela entrou comigo debaixo do chuveiro! Você acredita? Normalmente uma enfermeira não faz isso “né”? Mas ela entrou, ensinou como é que eu lavava, porque eu não sabia, eu não sabia que podia lavar. Mas ela falou: isso daqui tem que conservar limpo! Porque, a higiene é muito importante! Acho importante vocês [enfermeiros] ensinar nos hospitais, porque se a gente for para o pronto atendimento ninguém sabe nada! [...] nos dias que eu operei eu fui para lá, a “bolsa” encheu e eu fui no hospital e eu falei para moça [enfermeira sic*] que queria trocar a bolsa da colostomia. Então ela falou: o que que é isso? [risada]. Eu falei: mas não é possível, você trabalha no hospital! Depois eu achei uma enfermeira que formou na [cita o nome da universidade] que trabalha no “postinho”, que sabia tudo! Uma menina espetacular!* (Senhor Félix).

O enfermeiro deve considerar no processo de ensino-aprendizagem do autocuidado que as orientações devem ultrapassar a dimensão da transmissão verticalizada de conhecimentos, mas sim buscar aproximação da pessoa com estomia e suas inquietações, eventuais dúvidas e como lidam com situações manifestadas (NASCIMENTO et al., 2011). Concernente às estratégias de ensino do autocuidado, a troca de conhecimento e experiência, em uma relação de parceria e corresponsabilização, pode permitir acréscimos à qualidade de vida da pessoa com estomia e de sua família. Para tanto, o enfermeiro deve estabelecer vínculo e identificar peculiaridades, para embasar seu plano terapêutico de cuidados que proporcione a reabilitação e a reinserção social da pessoa com estomia (RODRIGUES et al., 2013).

O cuidado de enfermagem esteve presente na vida do grupo cultural desde o pré-operatório até a AB. E esse cuidado deve ultrapassar a atenção ao agravo em si e a dimensão técnica, mas acolher a pessoa holisticamente, permitindo a orientação em relação ao processo

de adaptação, com emprego de linguagem simples e adequada (FREIRE et al., 2017). Em muitos casos, a pessoa com estomia adentra o serviço de saúde com ansiedade e frustração, não aceitando o autocuidado e sem perspectiva de cura (SALOMÉ et al., 2017), o que pode ter direta influência no processo de ensino do autocuidado e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessa pessoa.

Assim, ao refletir sobre os depoimentos expostos, percebe-se a relevância do profissional enfermeiro, que com seus pares atua em prol da pessoa com estomia. Sua atuação é ampla, iniciando no processo diagnóstico, com orientações pertinentes, demarcação, cuidados pré e pós-operatórios, ensino da pessoa e/ou familiar para o cuidado ou autocuidado, o cadastramento da pessoa para receber o equipamento coletor e os adjuvantes, o recebimento, armazenamento e a distribuição desses no serviço especializado, a consulta de enfermagem na qual há a investigação dos problemas apresentados por cada pessoa idosa, planejamento da assistência de enfermagem, implementação dos cuidados e oferta de orientação e educação em saúde, com vistas à independência para o autocuidado.

Não obstante, fica evidente que os cursos de graduação em enfermagem necessitam contemplar disciplinas que abarquem a atenção à pessoa com estomia, em qualquer etapa do ciclo vital e nos diversos contextos assistenciais. Para Costa et al. (2012), o enfermeiro deve considerar não apenas a necessidade de cuidado dos pacientes, mas também identificar o potencial cuidador na família e planejar com este a educação em saúde, por meio de práticas que permitam a continuidade do cuidado após a alta. Ao enfermeiro cabe orientar, incentivar e auxiliar atitudes que promovam a saúde e o bem-estar junto à pessoa idosa e sua família, para que esta atue em prol de ações que estimulem o autocuidado, desenvolvam atividades educativas em todos os encontros com a pessoa com estomia e incentivem o comparecimento às consultas de enfermagem; além da participação em dinâmicas interativas com outras pessoas com estomia, para favorecer o compartilhamento de experiências e vivências (NASCIMENTO et al., 2011; NICOLATO et al., 2016).

Como o diagnóstico do câncer, seu tratamento (cirúrgico, quimio/radioterápico ou misto) e a cirurgia de construção do estoma podem ser traumatizantes às pessoas, o enfermeiro deve estar capacitado a atender grande parte da demanda dessa população específica. Para tanto, a equipe de enfermagem deve considerar o ser humano em todo o seu contexto, seja ele biológico, psicossocial ou espiritual.

Concernente à religiosidade, a equipe de enfermagem pode lançar mão da prece religiosa em sua prática clínica, como estratégia de oferecer apoio espiritual, de modo a atender as necessidades da pessoa com câncer ou ainda para ajudá-lo a enfrentar sua doença, o

tratamento e a ansiedade deles decorrentes (CARVALHO et al., 2014); além do preparo para o autocuidado, sua performance diária, com potencial de colaborar com o bem-estar físico e espiritual da pessoa. Nesse sentido, o atendimento às necessidades espirituais ou religiosas pode proteger a pessoa idosa da depressão, ao oferecer uma rede de apoio, ou seja, a comunidade religiosa (HANH et al., 2004); que poderá auxiliar o indivíduo nesses momentos de adversidades.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término da presente pesquisa ancorada na Etnoenfermagem, método derivado da Etnografia, apreende-se que o autocuidado de pessoas idosas com estomia por CCR é permeado por grande complexidade e é dependente de inúmeros fatores intervenientes positivos ou negativos, que atuam diretamente nas capacidades e/ou habilidades para o autocuidado. A Etnoenfermagem permitiu aos pesquisadores a imersão no contexto de autocuidado dos integrantes do grupo cultural, de onde emergiram dados densos e aprofundados, que permitiram ao final analisar o cotidiano de autocuidado de pessoas idosas com estomia por CCR.

Dentre os fatores intervenientes do autocuidado observados, com base no Modelo do Sol Nascente de Leininger, destacaram-se os fatores sociais e relacionais, que englobaram residir com familiar, a manutenção das atividades sociais, de saúde e de lazer; o realizar as atividades de vida diária e de organização do domicílio, de ajudar filhos e netos, além dos fatores negativos à autoimagem e autoestima da pessoa idosa com estomia. Em relação aos fatores educacionais, o grupo cultural era alfabetizado para escrita, porém com menos de quatro anos de estudo, o que pode ser considerado com um interveniente negativo ao autocuidado, devido à possível maior dificuldade na compreensão e execução de orientações de saúde e de procedimentos técnicos. Já em relação aos fatores econômicos, houve destaque à renda que foi de um salário a maioria dos participantes, que muitas vezes pode ser a única renda da família.

Concernente aos fatores religiosos, infere-se que a religiosidade tem efeito positivo ao autocuidado, seja por fornecer um norte ao paciente ou esperança de um dia melhor. A religiosidade foi expressa pelo grupo cultural por meio de missas presenciais e pela televisão, além de quadro e imagens religiosas dispostos na casa dos participantes. Os fatores culturais, as crenças e hábitos de vida destacados foram: crença de que o modo em que realiza o autocuidado está correta, pois aprendeu há muito tempo; o valor destacado foi o respeito, pelo ser humano, em qualquer etapa do ciclo etário. Além dos culturais, que abarcaram ter aprendido no passado a realizar todas as atividades de casa, sem distinção entre os sexos dos participantes, que sentiam orgulho de limpar e organizar a casa, comprar e preparar as próprias refeições, dentre outros. Em relação ao estilo de vida, destacou-se que parte da população possuía hábitos de vida que podem ser considerados nocivos, contudo há possibilidade de negociação conforme TDUCC, com reforço de orientações de hábitos saudáveis de vida, como alimentação balanceada, redução de gorduras e cessação do tabagismo e etilismo.

Os fatores tecnológicos envolvidos no autocuidado de pessoas idosas com estomia por CCR abarcaram a necessidade de adequação e adaptação, por parte da pessoa idosa, do

equipamento coletor adquirido, pois não houve demarcação adequada da área abdominal a ser estomizada e, nesse sentido, grande parte dos integrantes do grupo cultural tinha complicações como hérnia periestomal e consequente dificuldade de aderência da placa adesiva à pele do abdome. Ainda, cabe destacar o papel do cinto na segurança da pessoa com estomia durante as atividades fora do domicílio, assim como o uso de equipamento de uma peça, por ser de menor volume. O uso de adjuvantes, como o pó e a pasta para fixação também foi ressaltado pelos indivíduos, além de adaptação na fixação com adjuvante não convencional, a fita crepe.

Em meio aos fatores legais e políticos, houve destaque ao papel do governo no fornecimento do equipamento coletor, assim como os adjuvantes à pessoa idosa com estomia intestinal. Constatou-se que essas são dependentes do Estado, portanto, tal distribuição deve ser contínua, pois a maioria tem como renda apenas a aposentadoria. Cabe notar que em unanimidade houve menção positiva em relação ao direito de receber gratuitamente os insumos no CER, no entanto, essa informação sobre o direito parece não ter sido bem abordada no contexto hospitalar, o que pode comprometer a continuidade da atenção à saúde e a reabilitação.

Por sua vez, a assistência em saúde multiprofissional em relação ao indivíduo com estomia deve iniciar-se no pré-operatório, com orientações e esclarecimento de dúvidas do paciente, além da demarcação da região a ser exteriorizada. Após a cirurgia e antes da alta, o enfermeiro pode iniciar o preparo para o autocuidado com a estomia e equipamento coletor da pessoa idosa, pois na maioria das vezes ela ou algum familiar irão assumir o cuidado, necessitando da inclusão do familiar ou cuidado nas orientações e no planejamento da assistência; ainda deve-se realizar a contra referência ao CER do município, para que a pessoa com estomia consiga receber seus equipamentos, adjuvantes e a assistência especializada, conforme lhe é garantida na legislação brasileira.

Já em relação à enfermagem, cabe à profissão assistir tal população específica, nos momentos de adaptação à nova condição, aceitação, participação no cuidado, além de interação com profissional e familiar. Deve-se ainda ter consideração pelo ser humano como um todo, em seu contexto específico e singular, onde suas vontades, desejos, seu modo de ser, de existir, de falar, de agir e de se cuidar orientem o planejamento, a implementação e a avaliação de ações de enfermagem que visem auxiliar no processo de adaptação e de capacitação da pessoa idosa com estomia para o seu autocuidado, com segurança e independência, além de possibilitar incrementos na qualidade de vida e do bem-estar.

Vale mencionar que os integrantes do projeto de Extensão realizam atividades de acompanhamento longitudinal de pessoas idosas com estomia intestinal por CCR, o que pode auxiliar essas pessoas nos aspectos educacionais, profissionais e tecnológicos em relação à

estomia e ao equipamento coletor, contribuindo na independência para o autocuidado. Aponta-se como limitação da pesquisa a amostra, tendo em vista a dificuldade enfrentada na coleta de dados, pois grande parte das pessoas idosas com estomia por CCR não realizavam o autocuidado, tinham receio, vergonha ou até mesmo não gostavam de receber visitas de estranhos aquém dos familiares e amigos próximos, no próprio domicílio. Sugere-se outros estudos, de abordagens distintas e em outras populações, visando a compreensão do autocuidado da pessoa com estomia, assim como a consolidação do conhecimento dessa temática.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N. M. “**É a vida de sempre” corpo e sexualidade no processo de nascimento**. 2009. 158 f. Tese (Doutorado). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ASIEDU, G. B. et al. Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members. **Family Practice**, v. 31, n. 5, p. 598-606, 2014.

BARBA, P. D. et al. Demandas de cuidados de pacientes oncológicos estomizados assistidos na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 11, n. 8, p. 3122-9, 2017.

BARBOSA, M. H. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 64-73, 2014.

BARROS, E. J. L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 95-101, jun. 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLACK, P. Teaching stoma patients to self-care. **Nursing and Residential Care**, v. 11, n. 11, p. 546-49, 2009a.

BLACK, P. Care of the older ostomate in the residential care setting. **Nursing and Residential Care**, v. 11, n. 3, p. 123-27, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília, DF. Nov. 2009.

_____. Portal da Saúde. **MS lança diretrizes para atendimento a pessoas ostomizadas**. Brasília, 2009. Disponível em: <
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/510-sas-raiz/dapes/saude-da-pessoa-com-deficiencia/13-saude-da-pessoa-com-deficiencia/10251-ostomizados>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

- BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781. 2003.
- BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp., p. 152-7, 2006.
- CADE, N. V. A Teoria do Déficit do autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 43-50, maio, 2001.
- CAMPOS, K. et al. The impact of colostomy on the patient's life. **Journal of Coloproctology**, v. 37, n. 3, p. 205-210, 2017.
- CARDOSO, D. B. R. et al. Sexuality of people with intestinal ostomy. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 576-85, July/Aug. 2015.
- CHARÚA-GUINDIC, L. et al. Quality of life in ostomized patients. **Cirurgia Cirurjanos**, v. 79, p. 136-141, Mar./Apr. 2011.
- CHENG, F. et al. The Correlation Between Ostomy Knowledge and Self-Care Ability with Psychosocial Adjustment in Chinese Patients with a Permanent Colostomy: A Descriptive Study. **Ostomy and Wound Management**, v. 59, n. 7, p. 35-38, July, 2013.
- COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Self-care ability of hospitalized adults and elderly people: impact on nursing care. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 200-206, jan./mar. 2013.
- FERREIRA, E. C. et al. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 288-295, mar./abr. 2017.
- FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Adequação da Teoria do Déficit do autocuidado no cuidado domiciliar à luz do Modelo de Barnum. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 715-20, set./out. 2002.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGE, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, v. 12, n. 3, p. 189-98, nov. 1975.
- FREIRE, D. A. et al. autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, v. 21, [s/n], p.e-1019, 2017.

HORDER, H. et al. Secular trends in frailty: a comparative study of 75-year olds born in 1911–12 and 1930. **Age and Ageing**, v. 44, [s/n], p. 817-822, 2015.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 21, n.esp.2, p. 824-8.

GRANT, M. et al. Development of a chronic care ostomy self-management program. **Journal of Cancer Education**, v. 28, n. 1, p. 70-78, Mar. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. 98 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2018.

_____. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. 126 p. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. **Câncer Colorretal: diagnóstico**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/diagnostico1>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. **Câncer Colorretal: estimativas**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal>>. Acesso em: 24 out. 2018.

KIMURA, C. A.; KAMADA, I.; GUILHEM, D. B. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. **Journal of Coloproctology**, v. 36, n. 1, p. 34-39, 2016.

KIMURA, C. A. et al. Quality of Life of Colorectal Cancer Patients with Intestinal Stomas. **Journal of Carnocinogenesis & Mutagenesis**, v. esp. 10, [s/n], p. 1-7, 2014.

LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice**. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 2002.

LENZA, N. F. B. et al. Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 9, n. supl. 6, p. 8715-24, jul. 2015.

_____. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 755-762, jul./set. 2013.

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.

LOPES, A. P. A. T.; DECESARO, M. D. The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature. **Ostomy Wound Management**, v. 60, n. 10, p. 34-42, Oct. 2014.

MARQUES, M. B. et al. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 415-20, 2013.

MARTINS, L. M. et al. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. **British Journal of Nursing**, v. 24, n. 22, p. S4-11, 2015.

MARTINS, M. L. et al. A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: KALINOWSKI, C. E. **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 6, p. 127-66.

MAYDICK, D. R. Individuals with a Permanent Ostomy: Quality of Life and Out-of-pocket Financial costs for Ostomy Management. **Nursing Economics**, v. 32, n. 4, p. 204-218, July/Aug. 2014.

MIRANDA, S. M. et al. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. **Revista ESTIMA**, v. 14, n. 1, p. 29-35, 2016.

MORAES, J. T.; SOUSA, L. A.; CARMO, W. J. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centrooeste de minas gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 337-346, 2012.

MOTA, M. S.; GOMES, G. C.; PETUCO, V. M. REPERCUSSIONS IN THE LIVING PROCESS OF PEOPLE WITH STOMAS. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e1260014, 2016.

MOTA, M. S. et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 82-88, 2015.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A Teoria Transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de Enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 434-40, dez. 2005.

NICOLATO, F. V.; COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na Atenção Secundária à Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2199-211, 2016.

NUNES, A. M. P.; ZAGONEL, I. P. S. Cuidado humano e autocuidado: contribuição de Orem e Watson ao Conhecimento da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 28-33, 1996.

OKORO, F. A.; BARKSDALE, D. J.; FISHER, E. B. Gender Differences in Peer Support in Type 2 Diabetes Self-Management Across the Globe. **International Journal of Nursing Clinical Practice**, v. 4, p. 239-41, 2017.

ORIÁ, M. O. B. et al. Medeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 2, p. 24-30. 2005.

POLETTI, D.; SILVA, D. M. G. V. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 8 telas, mar./abr. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011. cap. 10, p. 288-315.

RECALLA, S. et al. Ostomy care and management: a Systematic Review. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 40, n. 5, p. 489-500, Sept./Oct. 2013.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. Etnografia e Etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1. p. 14-22, abr. 2003.

SANTOS, I.; GUERRA, R. G. M.; SILVA, L. A. Categorias de autocuidado entre pessoas idosas com diabetes: estudo sociopoético. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 2, p. 216-21, 2015.

SAWADA, N. O. et al. Transcultural approach to the health-related quality of life of cancer patients. **Revista Rene**, v. 18, n. 3, p. 368-375, May/June, 2017.

SCHUSTER, J. T. et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 59, n. 2, p. 84-89, abr/jun. 2015.

SILVA, J. et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)**, v. 15, n. 1, p. 166-73, 2014.

SILVA, J. V. Fundamentação: **a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado**. 2009. Disponível em: <http://www.fwb.edu.br/pesquisa/autocuidado/frmfundamentacao.html>. Acessado em: 01 de junho de 2018.

SILVEIRA, R. S. et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 442-6, maio/jun. 2009.

SITZMAN, K.; EICHELBERGER, L. W. **Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning**. 3rd ed. J & B Learning, 2015. cap. 15, p. 93-98.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 342-348, 2011.

SOUZA, E. C. A. et al. CONSEQUENCE OF THE OSTOMY FOR PATIENTS AND YOUR FAMILY. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 4, n. esp. p. 1081-086, maio/jun. 2010.

SUN, V. et al. Surviving Colorectal Cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 40, n. 1, p. 1-12. 2012.

TELES, A. A. S. et al. Physical, psychosocial changes and feelings generated by intestinal ostomy for the patient: integrative review. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. supl. 2, p. 1062-72, fev. 2017.

UNITED OSTOMY ASSOCIATIONS OF AMERICA (UOAA). Ostomy information: what is an ostomy?. [S.l.], 2017. Disponível em: <http://www.ostomy.org/What_is_an_Ostomy.html>. Acesso em: 24 Oct. 2018.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do Déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática da Enfermagem. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 611-16, jul./set. 2010.

VIVA BEM COM UMA ESTOMIA. Projetos: Enfermagem. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/escoladeenfermagem/extensao/projetos> . Acesso em: 11 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer 2017**. Genebra, 2017. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/en/>> . Acesso em: 24 Oct. 2018.

ZHANG, J. et al. Effects of enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients. **Cancer Nursing**, v. 36, n. 6, p. 419-428, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a fazer parte, de maneira voluntária, da pesquisa AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS COM ESTOMIA POR CÂNCER COLORRETAL À LUZ DA ETNOENFERMAGEM, caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, em qualquer momento, você poderá e tem direito de desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Projeto de Extensão. Você receberá uma via deste termo, no qual constam o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Autocuidado em pessoas idosas com estomia por câncer colorretal à luz da Etnoenfermagem.

ORIENTADOR: Eliza Maria Rezende Dázio

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Raul de Paiva Santos

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas/MG - UNIFAL – MG;

TELEFONE: (35) 3701-1000 e Fax: (35) 3701-1063;

OBJETIVOS: Investigar o autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal e descrever, por meio das gravações como o autocuidado é realizado.

JUSTIFICATIVA: Conhecer como a pessoa idosa que tem uma estomia realiza o seu cuidado é muito importante para a equipe de saúde, especialmente os enfermeiros cuidarem dessas pessoas de acordo com a realidade delas.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado com pessoas idosas com estomia por câncer colorretal, com 60 anos completos ou mais, que estão cadastrados no Projeto de Extensão VIVA BEM COM UMA ESTOMIA, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas. A coleta de dados será por meio da Observação, da entrevista e da vídeo-gravação.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos para as participantes serão mínimos, podendo apresentar desconforto emocional ou determinado constrangimento durante as entrevistas e gravação; contudo serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra e, caso seja manifestado qualquer desconforto pela pessoa idosa participante, esta será encaminhada à Estratégia de Saúde da Família do município. O participante estará livre para, a qualquer

momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

BENEFÍCIOS: Espera-se que com os resultados desta pesquisa oferecer dados para o planejamento da assistência à saúde dessa população específica, buscando maior capacitação para o autocuidado e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Sua participação não irá lhe custar nada e também não receberá nenhum pagamento. Em pesquisas onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento ou acompanhamento, garante-se a liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual da Instituição Vida Viva.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos participantes. Quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, não haverá divulgação. Os resultados desse estudo serão somente divulgados para fins científicos.

Raul de Paiva Santos
Enfermeiro COREN-MG Nº 359677
Pesquisador Responsável

Profa. Eliza Maria Rezende Dázio
Orientadora
COREN-MG Nº 40514

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente esclarecido pelo pesquisador e Enfermeiro – Raul de Paiva Santos – sobre os procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701-1900 no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: Alfenas, ____ de _____ de 201_.

Nome do participante _____

Assinatura: _____

Apêndice B: Termo de Autorização de Uso de Imagem

Eu, _____, concordo em ceder o uso das imagens aos pesquisadores, para descrição dessas e divulgação em meios científicos. A qualquer momento você poderá e tem direito de desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Projeto de Extensão. Você receberá uma via deste termo de autorização de uso de imagem, no qual constam o telefone e endereço do pesquisador responsável, podendo retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Por meio deste termo, visa-se a garantia de sigilo e da privacidade dos participantes. Quanto aos dados, imagens e vídeos confidenciais envolvidos na pesquisa, não haverá divulgação; apenas serão divulgados para fins científicos.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Raul de Paiva Santos

TELEFONE: (35) 3701-1000 e Fax: (35) 3701-1063;

Raul de Paiva Santos
Enfermeiro COREN-MG N° 359677
Pesquisador Responsável

Profa. Eliza Maria Rezende Dázio
Orientadora
COREN-MG N° 40514

Alfenas, ____ de _____, de 201_.

Apêndice C: Instrumento de caracterização sociodemográfica, clínica e espiritual

Nome: _____ . Idade: ____ anos completos.

Estado civil: () Casado () Solteiro () União estável () Viúvo () Outros.

Sexo: () M () F.

Possui filhos? () Sim () Não. Mora sozinho? () Sim () Não.

Ocupação: _____.

Renda pessoal: _____.

Renda familiar: _____.

Crença Religiosa: () Católica () Evangélica () Espírita () Outras (Especifique):
_____.

Tempo de diagnóstico do câncer: _____ anos. Tempo de estomia: _____ anos.

Tratamento atual: () Quimioterapia () Radioterapia () Cirúrgico () Misto.

Local da estomia: () QSE () QSD () QIE () QID

Tipo de estomia:

Tipo de equipamento coletor: () uma peça () duas peças

Transparente () sim () não Translúcido () sim () não Opaco () sim () não

Drenável () sim () não

Pele peristomal () integra () sim () não

Complicações () sim () não Qual(is)? _____

Doenças crônicas: () Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Colesterolemias ()
Outras _____

Tabagismo: () sim () não. Tipo de cigarro: _____. Quantidade: _____. Há quanto tempo?

Etilismo: () não () sim. Tipo de Bebida: _____. Quantidade: _____. Há quanto tempo:
_____.

Deficiência física ()sim ()não visual()sim ()não auditiva()sim ()não

Mobilidade: () Preservada () Parcialmente Preservada () Restrita.

Uso de medicamentos (listar):

Polifarmácia: () Sim () Não.

Autoavaliação de Saúde: () Ótima () Muito Boa () Boa () Regular () Ruim.

ANEXOS

Anexo A: Mini-Exame do Estado Mental - MEEM

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) – Adaptado por Bertolucci et al., (1994). O MEEM é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN et al. 1975). Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional. Contudo, devido à influência da escolaridade sobre os escores totais, autores como Bertolucci et al. (1994) e Brucki et al. (2003) adotam notas de corte distintas às pessoas com distintas escolaridades. Nesse ínterim, adotaremos a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003): 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de até 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos de escolaridade.

ESCORE MÁXIMO	ESCORE DO PACIENTE	O QUE AVALIA
5		ORIENTAÇÃO
		Qual é o ano? (ano, semestre, mês, data e dia).
5		Onde estamos? (estado, cidade, bairro, hospital, andar)
3		MEMÓRIA IMEDIATA
		Nomeie três objetos. Posteriormente pergunte ao paciente os três nomes. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Então repita-os até o paciente aprender. Contar tentativas e anotar.
5		ATENÇÃO E CÁLCULO

		<p>“Sete seriado”. Dê 1 ponto para cada acerto. Interrompa após 5 perguntas. Alternativa: solete a palavra Mundo de trás para frente.</p>
3		<p>MEMÓRIA DE EVOCÇÃO</p> <p>Pergunte pelos três objetos nomeados acima. Dê um ponto para cada resposta correta.</p>
9		<p>LINGUAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar 1 relógio e uma caneta. Pergunte como chamam, dê 2 pontos se correto; • Repita a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto); • Seguir comando: “pegue este papel com a mão D, dobre-o ao meio e o coloque no chão” (3 pontos); • Leia e execute a ordem: “FECHE OS OLHOS” (1 ponto); • Escreva uma frase (1 ponto); • Copie o desenho (1 ponto).

Anexo B: Aceite do projeto de pesquisa no CEP-UNIFAL-MG

Raul de Paiva Santos - Pesquisador |
Público
Pesquisador
Alterar Meus Dados

Cadastros
Sua sessão expira em: 39m

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS COM ESTOMIA
Pesquisador Responsável: Raul de Paiva Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 70365417.7.0000.5142
Submetido em: 27/06/2017
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_951980

– DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Currículo dos Assistentes

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações