

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados
acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: uma proposta
educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO/2010

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins

Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da
Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma proposta educativa do cuidado
de enfermagem no contexto ambulatorial

Dissertação de Mestrado apresentada a
Banca Examinadora do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, da
Escola de Enfermagem Anna Nery, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Neide Aparecida Titonelli Alvim

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO/2010

**Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da
Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma proposta educativa do
cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial**

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof^ª. Dr^ª. Neide Aparecida Titonelli Alvim
Presidente (UFRJ)

Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
1^º Examinadora (UNIRIO)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza de Oliveira Teixeira
2^º Examinadora (UFRJ)

Prof^ª. Dr^ª. Teresa Tonini
Suplente (UNIRIO)

Prof^ª. Dr^ª. Elen Martins da Silva Castelo Branco
Suplente (UFRJ)

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO/2010

Martins, Paula Alvarenga de Figueiredo.

Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma proposta educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial / Paula Alvarenga de Figueiredo Martins. – Rio de Janeiro, 2010.

207f

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, 2010.

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim

1. Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Assistência Ambulatorial. 4. Estomia. I. Alvim, Neide Aparecida Titonelli. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma proposta educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

aos clientes estomizados, pelos momentos de compartilhamento, constantes ensinamentos e ‘chuvas’ de carinho. Suas vozes refletiram a complexidade inerente à situação de ser/estar estomizado, espaço real do desafio, compondo sensivelmente as páginas desta dissertação.

aos colegas enfermeiros e profissão de enfermagem.

ao meu esposo Alex, pelo incentivo, companheirismo e compreensão durante toda a caminhada. Amor incondicional que fortalece e apóia. Suporte afetivo que proporcionou a tranquilidade necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora querida, Neide Aparecida Titonelli Alvim, por acreditar que eu poderia ser mais e me incentivar sempre que necessário em todos os momentos desta trajetória. Sua dedicação ao estudo e à minha aprendizagem, de maneira delicada e nobre, foi essencial ao meu crescimento pessoal e profissional, fazendo-me superar dificuldades, realizar sonhos.

Aos meus familiares, em especial meus pais Dejemára e Norberto, irmãos Felipe e Juliana que contribuíram e deram o alicerce necessário para que eu tornasse pessoa que sou, corajosa no enfrentamento do mundo, persistente e, sobretudo, ética. Aos meus avós amorosos, especiais para mim, tios e primos, em particular o primo e afilhado Luis Guilherme, sua esposa Laura, que me acolheram, escutaram e aconselharam no que precisava.

Aos familiares do meu esposo, também meus, em especial minha sogra e madrinha de crisma Elaine, que me ouviu, incentivou, vibrou nas conquistas, apoiando sempre, em todas as situações. Ao avô Christóvam e avó Mariolanda, cunhados Ayla e Allan, pelos momentos de carinho.

À minha amiga Priscilla que sempre esteve ao meu lado, desde a graduação, me acolhendo, incentivando, ajudando e cuidando de mim.

À minha amiga Maria Luiza que participou desta caminhada e de tantas outras, ajudando-me sempre no que necessitava. Nossa visão de mundo, um tanto quanto comum, auxiliou na construção deste trabalho, permitindo-me apaixonar pela linha de pesquisa a qual integro. Suas contribuições no decorrer das bancas foram essenciais.

À professora Nébia, pelas sugestões notórias ao desenvolvimento e finalização do estudo. Suas reflexões foram fundamentais ao processo.

AGRADECIMENTOS

Ao querido Deus Pai, por sempre estar ao meu lado, me abençoando e protegendo, iluminando nas dificuldades encontradas.

Ao programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por me acolher e mostrar que tudo é possível quando se dedica com responsabilidade e ética.

À coordenadora geral de pós-graduação e pesquisa Márcia de Assunção Ferreira, pelo ensinamento realizado sempre de maneira calma e delicada, seu apoio foi fundamental em diversos momentos desta caminhada.

À coordenadora adjunta do curso de mestrado Marléa Chagas Moreira, pela ajuda e atenção sempre quando nos encontrávamos em diferentes cenários.

Aos funcionários da Pós-Graduação Sônia e Jorge, por sempre me ajudarem com carinho e atenção no que eu precisava.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela contemplação da bolsa de estudos considerada primordial para a realização e divulgação da pesquisa, no primeiro ano.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ, pela concessão da Bolsa Nota Dez, no segundo ano da pesquisa. O apoio financeiro foi fundamental para o desenvolvimento e finalização do estudo, bem como para participações em eventos e publicações.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação pelo apoio incansável, trocas de experiências e conhecimentos, proporcionando a minha evolução enquanto pessoa, profissional e aluna.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem - Nuclearte, pelo incentivo e compartilhamento de idéias e posições em todas as fases, ajudando-me na ampliação de conhecimentos gerais e específicos.

À amiga Denise, pelo companheirismo e ajuda desde a Iniciação Científica.

Às mestrandas Juliana e Adriana, pela colaboração em uma das etapas do estudo.

Às professoras componentes da Banca Examinadora, pela disponibilidade e apoio na construção deste trabalho. Seus posicionamentos foram fundamentais e valiosos, impondo reflexão no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Ao Núcleo de Ostomizados de Campos dos Goytacazes, seus funcionários e clientes estomizados, agradeço a acolhida e autorização para o desenvolvimento do estudo. A relação de amizade ficou guardada em meu coração.

Aos amigos verdadeiros, uns localizados perto, outros longe geograficamente, pelo incentivo, companheirismo e compreensão nos momentos de ausência.

Eu Quero Voar

Um passarinho pequenino quis voar
E encontrar seus sonhos em algum lugar
Mas as suas asas não sabiam responder
Pra voar primeiro tem que se aprender

Quis seguir sozinho o seu caminho
E construir de vez seu próprio ninho
E a vontade de crescer o fez pensar assim
Vou mostrar pro mundo que eu vou conseguir

Eu quero voar eu vou aprender
Buscar desta vida tudo que ela oferecer
Eu quero voar não vou desistir
Querer é poder por isso eu vou conseguir

Se você pudesse ao menos compreender
Teria um mundo bem melhor pra se viver
Depende só da gente começar a construir
O que é feito com amor é para sempre e não tem fim

Tudo que eu sonhei veio do coração
Agora que eu já sei me dê a sua mão
O mundo lá de cima é tão bonito de se ver
Vou voar pro infinito com você

(Sandy e Junior)

RESUMO

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo. **Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma proposta educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial.** Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2010. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

O objeto de estudo centra-se nos saberes e práticas de clientes stomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. Os objetivos são: Descrever os saberes e práticas de clientes stomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária; Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária; Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar. O processo educativo implementado foi orientado pelos teóricos Paulo Freire e Leininger, no que tange à pedagogia freiriana e ao cuidado cultural de enfermagem, respectivamente. Pesquisa de campo qualitativa, em que foi utilizada a modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial como método de produção das informações. Os sujeitos constituíram-se de 17 clientes adultos e idosos stomizados em acompanhamento ambulatorial no município de Campos dos Goytacazes - RJ. Os aspectos éticos foram atendidos de acordo com o previsto na Resolução 196/96. Utilizou-se para a co-produção dos dados um formulário de identificação do cliente stomizado, duas entrevistas semi-estruturadas e um roteiro de observação participante. Os dados foram analisados e interpretados a partir da triangulação dos achados. Assim, o processo de categorização foi iniciado, a partir da análise de conteúdo temática. A construção do cuidado compartilhado foi possibilitada a partir do diálogo problematizador estabelecido com os clientes stomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, fazendo fluir os seus saberes e práticas oriundos do sistema popular, favorecendo então o compartilhamento dos saberes do sistema profissional representados pela enfermeira-pesquisadora. Confeccionou-se conjuntamente um plano de cuidados congruente com a realidade do sujeito, à luz do que foi discutido, para que o mesmo pudesse implementá-lo no cotidiano e posteriormente trouxesse os resultados para o contexto ambulatorial de cuidado. Trabalhar esses saberes e práticas de cuidados do ponto de vista de clientes e refletir acerca da sua eventual maneira de aprendizagem, nos permitem o possível reconhecimento de modelos de cuidado inerentes ao universo de cada um, inserido em um contexto sócio-político-cultural que lhe é próprio. Respeitar e valorizar a singularidade de cada indivíduo reveste-se de condição ética necessária à co-construção do cuidado, como também à sua condição de inserção nos cuidados fundamentais de Enfermagem desenvolvidos no contexto ambulatorial. A significativa repercussão no contexto domiciliar foi evidenciada pela execução dos cuidados de maneira mais segura, o que aumentou a auto-estima dos clientes, implicando na efetividade do cuidado. A autonomia planejada se tornou real, fazendo com que os clientes não mais exercessem práticas fragmentadas, decorrentes da pedagogia tradicional. O cliente autônomo alcança, contudo, a plenitude das ações.

Descritores: Enfermagem. Educação em Saúde. Assistência Ambulatorial. Estomia.

ABSTRACT

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo. **Sharing Knowledge and Practices with Ostomates about the Maintenance of Disposal Stoma: An educative proposal for nursing care in the outpatient context.** Advisor: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2010. Master's Thesis in Nursing.

This study focuses on the knowledge and practices of ostomates about the maintenance of intestinal and urinary disposal stoma. The goals are: To describe the knowledge and practices of ostomized clientes on the maintenance of intestinal and urinary disposal stoma; To analyze the pertinence of this knowledge and practices in maintaining the intestinal and urinary elimination stoma; To discuss the conditions to insert this knowledge and practices into fundamental nursing care involving these clientes in the outpatient context and their possible repercussions in the home context. The educative process put in practice was theoretically guided by Paulo Freire and Leininger, regarding Freire's pedagogy and cultural nursing care, respectively. A qualitative field research was carried out, using Convergent-Care Research as the information production method. Seventeen adult and elderly ostomates participated, who were under outpatient follow-up in Campos dos Goytacazes - RJ. Ethical aspects were complied with in accordance with Resolution 196/96. An identification form for the ostomate, two semistructured interviews and a participant observation script were used to co-produce the data. Data were analyzed and interpreted based on the triangulation of the findings. Thus, the categorization process started based on thematic content analysis. Shared care could be constructed through the problematizing dialogue established with the ostomates about maintaining the intestinal and urinary elimination stoma, making their knowledge and practices originating in the popular system flow, which enhanced the sharing of knowledge coming from the professional system, represented by the nurse-researcher. A care plan was elaborated in cooperation, congruent with the subject's reality, in the light of what was discussed, so that he/she could put it in practice in daily life and then bring the results to the outpatient care context. Working with this knowledge and care practices from clients' perspective and reflecting on their occasional ways of learning permit the possible recognition of care models inherent in each patient's universe, inserted in his/her socio-political-cultural context. Respecting and valuing each individual's singularity represents an ethical condition needed for the co-construction of care, as well as for the condition to insert it into fundamental Nursing care offered in the outpatient context. The significant repercussion in the home context was evidenced by the more secure accomplishment of care, which raised the clients' self-esteem, implying care effectiveness. The planned autonomy turned into reality, making clients no longer accomplish fragmented practices, deriving from traditional pedagogy. Thus, autonomous clients reach the full range of actions.

Descriptors: Nursing. Health Education. Ambulatory Care. Ostomy.

RESUMEN

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo. **Compartiendo Saberes y Prácticas con Clientes Estomizados acerca de la Manutención de la Estomía de Eliminación: Una propuesta educativa del cuidado de enfermería en el contexto ambulatorio.** Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2010. Disertación de Maestría en Enfermería.

El objeto de estudio enfoca los saberes y prácticas de clientes stomizados sobre la manutención de la estomía de eliminación intestinal y urinaria. Los objetivos son: Describir los saberes y prácticas de clientes stomizados sobre la manutención de la estomía de eliminación intestinal y urinaria; Analizar la pertinencia de tales saberes y prácticas en la manutención de la estomía de eliminación intestinal y urinaria; Discutir las condiciones de inserción de esos saberes y prácticas en los cuidados fundamentales de enfermería desarrollados junto a esos clientes en el contexto ambulatorio y sus posibles repercusiones en el contexto domiciliario. El proceso educativo implementado fue orientado por los teóricos Paulo Freire y Leininger, respecto a la pedagogía freiriana y al cuidado cultural de enfermería, respectivamente. Investigación de campo cualitativa, en que fue utilizada la modalidad de Investigación Convergente-Asistencial como método de producción de las informaciones. Los sujetos incluyeron 17 clientes adultos y ancianos stomizados bajo acompañamiento ambulatorio en el municipio de Campos dos Goytacazes - RJ. Los aspectos éticos fueron cumplidos según la Resolución 196/96. Fueron utilizados para la co-producción de los datos un formulario de identificación del cliente stomizado, dos entrevistas semiestructuradas y un guión de observación participante. Los datos fueron analizados e interpretados a partir de la triangulación de los hallazgos. Así, el proceso de categorización fue iniciado a partir del análisis de contenido temático. La construcción del cuidado compartido fue posibilitado a partir del diálogo problematizador establecido con los clientes stomizados sobre la manutención de la estomía de eliminación intestinal y urinaria, haciendo fluir sus saberes y prácticas oriundos del sistema popular, favoreciendo entonces el compartimiento de los saberes del sistema profesional representados por la enfermera-investigadora. Fue elaborado conjuntamente un plan de cuidados congruente con la realidad del sujeto, a la luz de lo que fue discutido, para que pudiera implementarlo en el cotidiano y posteriormente trajera los resultados para el contexto ambulatorio de cuidado. Trabajar esos saberes y prácticas de cuidados del punto de vista de clientes y reflejar acerca de su eventual manera de aprendizaje nos permiten el reconocimiento posible de modelos de cuidado inherentes al universo de cada uno, insertado en un contexto socio-político-cultural que a él es propio. Respetar y valorizar la singularidad de cada individuo se reviste de condición ética necesaria a la co-construcción del cuidado, y también a su condición de inserción en los cuidados fundamentales de Enfermería desarrollados en el contexto ambulatorio. La repercusión significativa en el contexto domiciliario fue evidenciada por la ejecución de los cuidados de manera más segura, lo que aumentó la auto-estima de los clientes, implicando la efectividad del cuidado. La autonomía planeada se volvió real, haciendo con que los clientes no más ejercieran prácticas fragmentadas, resultados de la pedagogía tradicional. El cliente autónomo alcanza, sin embargo, la plenitud de las acciones.

Descriptor: Enfermería. Educación en Salud. Atención Ambulatoria. Estomía.

SUMÁRIO

	Págs.
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	
1. APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA E A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO _____	20
2. QUESTÕES NORTEADORAS _____	25
3. OBJETIVOS _____	26
4. RELEVÂNCIA, JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA _____	26
CAPÍTULO I – BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	
1.1. A PEDAGOGIA FREIRIANA APLICADA À ENFERMAGEM _____	32
1.2. A TEORIA CULTURAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM _____	35
1.3. O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ESTOMIZADO: IMPLICAÇÕES AO CUIDADO DE SI _____	37
CAPÍTULO II – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	
2.1. TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA _____	47
2.2. SUJEITOS E CENÁRIO DO ESTUDO _____	48
2.3. A TRAJETÓRIA DA PCA E A DESCRIÇÃO DAS ETAPAS PARA A PRODUÇÃO DE DADOS _____	50
2.4. ASPECTOS ÉTICOS _____	54
2.5. AMBIENTE PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA _____	55
2.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS _____	57
CAPÍTULO III: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO _____	59
CAPÍTULO IV: SABERES E PRÁTICAS DE CLIENTES ESTOMIZADOS SOBRE A MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA	
4.1. CONCEPÇÕES ACERCA DA ESTOMIA _____	76
4.2. SENTIMENTOS RELACIONADOS AO ESTOMA _____	81

4.3. ATITUDES E COMPORTAMENTOS FRENTE AO ESTOMA	85
4.4. CUIDADOS COM A ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA	87
4.4.1. TROCA DA BOLSA COLETORA DRENÁVEL E FECHADA	87
4.4.2. MANUTENÇÃO DIÁRIA DA BOLSA COLETORA DRENÁVEL (UMA ABERTURA E DUAS ABERTURAS), MANUTENÇÃO DA BOLSA COLETORA FECHADA E MANUTENÇÃO DIÁRIA DA BOLSA COLETORA DRENÁVEL PARA UROSTOMIA	91
4.4.3. AUTO-IRRIGAÇÃO	95
4.4.4. USO DE ADJUVANTES	97
4.4.5. COMPLICAÇÕES TARDIAS E SUAS FORMAS DE INTERVENÇÃO ADOTADAS PELOS CLIENTES	98
4.4.6. USO DE ACESSÓRIOS	100
4.4.7. BANHO DE SOL	101
4.4.8. PROTEÇÃO DO EQUIPAMENTO DURANTE O BANHO HABITUAL	103
4.5. O ALCANCE DA PROBLEMÁTICA DE SER/ESTAR ESTOMIZADO: ALTERAÇÕES A NÍVEL BIOPSISSOCIOESPIRITUAIS	104
CAPÍTULO V: AS FORMAS DE APRENDIZAGEM DE CLIENTES ESTOMIZADOS SOBRE A MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO E SUAS CONDIÇÕES DE INSERÇÃO NOS CUIDADOS FUNDAMENTAIS DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDOS NO CONTEXTO AMBULATORIAL	
5.1. A OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS EM DIFERENTES CENÁRIOS DA PRAGMÁTICA ASSISTENCIAL	114
5.2. O SEGUIMENTO DAS PRESCRIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À RISCA E/OU ESTABELECIMENTO DE ADAPTAÇÕES A PARTIR DE SABERES E PRÁTICAS DO SENSO COMUM	115

CAPÍTULO VI: O COMPARTILHAMENTO ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS DO SISTEMA PROFISSIONAL E POPULAR SOBRE A MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO

6.1. DA CONFECCÃO À EXECUÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS COMPARTILHADO _____ 123

6.1.1. A PEDAGOGIA FREIRIANA COMO INSTRUMENTO FACILITADOR NA APRENDIZAGEM DE CLIENTES ESTOMIZADOS _____ 123

6.2. REPERCUSSÕES DO CUIDADO COMPARTILHADO NO CONTEXTO DOMICILIAR _____ 129

CAPÍTULO VII: A AVALIAÇÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO PELOS CLIENTES ESTOMIZADOS E ENFERMEIRA-PESQUISADORA

7.1. A AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE CUIDADO E A METODOLOGIA UTILIZADA _____ 135

7.1.1. AVALIAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE CUIDADO _____ 135

7.1.2. AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA _____ 137

7.2. AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA-PESQUISADORA _____ 140

CAPÍTULO VIII: CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ 143

REFERÊNCIAS _____ 153

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO CEP EEAN/HESFA _____ 160

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTOMIZADO __ 162

APÊNDICE B _ ROTEIRO PARA CONDUZIR A DISCUSSÃO (3ª etapa) _____ 163

APÊNDICE C – MATERIAL DE AUXÍLIO PARA O AQUECIMENTO E DISCUSSÃO COM OS CLIENTES ESTOMIZADOS	164
APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	169
APÊNDICE E _ ROTEIRO PARA CONDUZIR A DISCUSSÃO (6ª etapa)	170
APÊNDICE F – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	171
APÊNDICE G – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	172
APÊNDICE H – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	173
APÊNDICE I – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	174
APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	175
APÊNDICE L - QUADRO 1 – PRINCIPAIS ASPECTOS PONTUADOS DA REALIDADE CONCRETA DE CADA CLIENTE, RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DE SUA ESTOMIA DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO: AS ORIENTAÇÕES DIALOGADAS E REPERCUSSÕES NO CONTEXTO DOMICILIAR	176

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Págs.

FIGURA 01 – A PRÁTICA DIALÓGICA COMO ESSÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMITINDO A COMUNICAÇÃO	32
FIGURA 02 – PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA APLICADA À PRÁTICA EDUCATIVA DA ENFERMAGEM JUNTO A CLIENTES ESTOMIZADOS	34
FIGURA 03 – LOCALIZAÇÃO DAS ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO	41
FIGURA 04 – CARACTERÍSTICAS NORMAIS DE UM ESTOMA	43
FIGURA 05 – DESLOCAMENTO DO ADESIVO MICROPOROSO A PARTIR DA LINGUETA LATERAL, DE CIMA PARA BAIXO	43

FIGURA 06 – UTILIZAÇÃO DE RÉGUAS ESPECÍFICAS PARA A CONFECÇÃO DO MOLDE E CONSEQUENTE RECORTE DA BOLSA COMPATÍVEL COM O TAMANHO DO ESTOMA_____ 44

FIGURA 07 – INÍCIO DA APLICAÇÃO DA BOLSA COLETORA, DE BAIXO PARA CIMA, NA PELE_____ 44

LISTA DE GRÁFICOS

Págs.

GRÁFICO 1 – SEXO DOS 17 CLIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA_____	59
GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DOS 17 CLIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA_____	60
GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO CONJUGAL DOS 17 PARTICIPANTES_____	61
GRÁFICO 4 – ESCOLARIDADE DOS 17 PARTICIPANTES_____	62
GRÁFICO 5 – SITUAÇÃO BENEFICIÁRIA GOVERNAMENTAL DOS 17 PARTICIPANTES_____	63
GRÁFICO 6 – RENDA FAMILIAR DOS 17 PARTICIPANTES_____	64
GRÁFICO 7 – NÚMERO DE MORADORES POR DOMICÍLIO DOS 17 PARTICIPANTES_____	65
GRÁFICO 8 – PROCEDÊNCIA DA ÁGUA PARA CONSUMO DOS 17 SUJEITOS_____	66
GRÁFICO 9 – DESTINO DOS DEJETOS DOS 17 SUJEITOS DO ESTUDO_____	67
GRÁFICO 10 – INSTALAÇÃO SANITÁRIA DOS 17 PARTICIPANTES DA PESQUISA_____	67
GRÁFICO 11 – PRESENÇA DE ANIMAIS DOMÉSTICOS NAS RESIDÊNCIAS DOS 17 SUJEITOS_____	68
GRÁFICO 12 – RELIGIÃO DOS 17 PARTICIPANTES_____	69
GRÁFICO 13 – TIPO DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO DOS 17 SUJEITOS_____	69

GRÁFICO 14 – TEMPO DE PERMANÊNCIA DO ESTOMA DE ELIMINAÇÃO DOS 17 SUJEITOS	70
GRÁFICO 15 – CAUSAS DA CONFECÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO DOS 17 SUJEITOS	71
GRÁFICO 16 – RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DOS 17 SUJEITOS SOBRE OS CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DA ESTOMIA	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PRINCIPAIS ASPECTOS PONTUADOS DA REALIDADE CONCRETA DE CADA CLIENTE, RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DE SUA ESTOMIA DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO: AS ORIENTAÇÕES DIALOGADAS E REPERCUSSÕES NO CONTEXTO DOMICILIAR	176
--	------------

Considerações Iniciais

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. Aproximação com a temática e a problemática do estudo

Desde o início do curso de Graduação em Enfermagem¹ vivenciei diversas experiências educativas junto ao cliente em diferentes cenários de prática profissional. A cada período do curso construía novas maneiras de abordar o cliente de acordo com suas necessidades específicas.

No quinto período da Graduação, quando as atividades do contexto hospitalar tiveram início, tive a oportunidade de participar como auxiliar de pesquisa de uma tese de doutorado que abordava os saberes e práticas de cuidado de acompanhantes de idosos hospitalizados sobre a prevenção e o tratamento de úlceras por pressão (TEIXEIRA, 2008). A participação neste estudo permitiu principalmente a reflexão sobre a prática de educação em saúde articulada ao cuidado fundamental de enfermagem no espaço hospitalar, como também as possibilidades de intercâmbio entre o saber técnico-científico ou profissional e o saber popular advindo do senso comum.

Posteriormente, tive o meu primeiro contato com o cliente estomizado² numa clínica cirúrgica durante um estágio curricular, momento em que desenvolvi um estudo bibliográfico cuja temática versou sobre o diagnóstico e a convivência com a estomia, abordando o enfrentamento pelo cliente e a ação da enfermagem. Nele pude desvendar as alterações decorrentes da confecção do estoma incluídas na dimensão biopsicosocioespíritual desse cliente, levando-me à reflexão de que, para desenvolvermos uma adequada assistência a este cliente devemos incluir além do aporte técnico e apoio psicológico, um plano de educação em saúde no intuito de colaborar com o desenvolvimento de habilidades da pessoa no cuidado de si. Tal ação pode ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa estomizada e de seus familiares no processo de viver com a estomia, contribuindo com uma melhora significativa da qualidade de vida e de saúde dessas pessoas (FIGUEIREDO, SOARES, SODRÉ & OLIVEIRA, 2008).

¹ Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

² Um estoma é uma boca ou abertura. A estomia é uma derivação cirúrgica de uma víscera (geralmente intestino ou vias urinárias) para a pele em um ponto diferente do orifício natural de excreção. O vocábulo “estoma” tem origem grega a partir do étimo “stóma”, expõe a idéia de “boca” e possui como sinônimo “estômato” (SANTOS & CESARETTI, 2005). Detalhamento sobre estomia e outros termos a ela relacionados serão apresentados no capítulo das bases teórico-conceituais.

Por esta mesma ocasião, tive a oportunidade de ingressar como bolsista de iniciação científica (PIBIC / CNPq), vinculada ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), inserido no Departamento de Enfermagem Fundamental, no âmbito do qual desenvolvi pesquisa sobre o cuidado de enfermagem junto a clientes hospitalizados e sua relação com as tecnologias leves em saúde.

Tal estudo apresentou como parte de seus resultados a presença de duas dimensões do cuidado de enfermagem classificadas como fundamentais, a partir da concepção dos clientes hospitalizados, dele participantes: a técnico-científica e a expressiva. Integrando a dimensão científica do cuidado, emergiu da fala dos clientes a presença da ação educativa como precípua da enfermeira cuja finalidade é a de promover um cuidado capaz de influenciar positivamente no estado de saúde do cliente. Destaca-se que através do compartilhamento de saberes e experiências, sustentada na prática dialógica, é possível, juntamente com o cliente, modificar hábitos que possam representar riscos à sua saúde (FIGUEIREDO, 2008).

Neste ínterim, estava realizando um estágio extracurricular em um hospital geral, público e universitário, no setor de internação em clínica médica. No mesmo setor, me deparei com uma situação alarmante de cuidado ao cliente estomizado que me gerou profunda tristeza e desejo de intervir. A cliente possuía uma ureterostomia, estando com estenose mais retração do estoma. Apresentava-se com uma bolsa de colostomia fechada por alguns cliques. O equipamento e o procedimento inadequados, somado às complicações que deles advieram, proporcionaram um encharcamento no leito pela urina, ocasionado por vazamento na bolsa. Ao abordá-la, evidenciei que apesar de ter passado por diferentes cenários de cuidado, não reunia condições de cuidar de si. Afinal,

a prática do cuidado de si implica que o sujeito se constitua em face de si próprio não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve deles cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência (CARRARO, 2009, p.01).

A partir desta situação-problema comecei a questionar que eventos teriam ocorrido entre os momentos que antecederam a cirurgia, o pós-operatório, o retorno da cliente ao ambiente domiciliar até estar de volta à internação hospitalar? Que tipo de acompanhamento ambulatorial essa cliente teria tido e que pudesse ter influenciado a situação ora apresentada?

Estudo realizado por Oliveira, Rodrigues e Silva (2007) que objetivou identificar o nível de conhecimento do cliente colostomizado sobre o seu cuidado, para prevenção de possíveis complicações, constatou a necessidade da confecção de uma cartilha com orientações objetivas, práticas, simples e eficientes acerca dos cuidados que as pessoas com colostomia devem ter com a bolsa e pele periestoma, de modo a evitar quaisquer complicações. Isso porque, o estudo mostrou que 100% dos clientes dele participantes não sabiam o que era uma colostomia e concordavam com a importância do treinamento para o cuidado de si, para facilitar a sua vida que sofrera uma alteração significativa.

No mesmo estudo, foi observado que 91% dos clientes já haviam apresentado algum tipo de complicação, por falta de esclarecimentos e treinamento. Esses resultados evidenciaram um nível de conhecimento insatisfatório dos clientes colostomizados sobre a identificação do que é uma colostomia e o cuidado de si necessário para a prevenção das possíveis complicações.

É oportuno dizer que as reflexões e questionamentos ora apresentados foram aguçados pela minha experiência concomitante no contexto de um ambulatório especializado em um instituto de reabilitação na cidade do Rio de Janeiro, onde pude observar grande fluxo de pessoas estomizadas, estando com íleo/colo/urostomia, tipos de estomia de eliminação, com tempo de permanência definitivo ou temporário.

O ambulatório é o local em que o cliente permanece sob cuidados profissionais após a alta hospitalar. A finalidade é atender as demandas de saúde dos clientes de acordo com a sua especificidade, não requerendo a internação. Trata-se de lugar onde o estomizado é acompanhado visando principalmente à melhora de sua qualidade de vida e a restituição de suas atividades sociais, via de regra, prejudicadas, diante do impacto da aquisição do estoma.

Esse impacto ocorre quando o cliente toma conhecimento do diagnóstico médico, a exemplo de um câncer colorretal, doença inflamatória intestinal, colite isquêmica e da necessidade de realização da estomia. As repercussões diante dessa nova condição de vida provocam significativas alterações físicas, psico-emocionais, sociais e espirituais que não podem ser negadas, desconhecidas, negligenciadas, tratadas ou justificadas apenas como condição “salvadora de vida”, capaz de mantê-la ou prolongá-la, mas, precisam ser pensadas como abertura a novas possibilidades de vida saudável: produtiva, digna e de qualidade.

A partir desse diagnóstico, e conseqüente processo de estomização, a enfermagem deve assumir um papel que vá além das práticas procedimentais de cuidado com o estoma; ou seja,

deve assumir também a função precípua de educar em saúde, principalmente visando ações voltadas para o alcance da autonomia dos clientes cuidarem de si, especialmente, neste caso, da manutenção da estomia. Porém, se faz necessário superar a ótica exclusiva do saber técnico-científico que, via de regra, não respeita o olhar advindo do senso comum.

No ambulatório em que tive a oportunidade de prestar cuidados ao cliente estomizado verifiquei que a assistência era prioritariamente desenvolvida pela enfermeira, responsável pela consulta de enfermagem, coordenação do fluxo de usuários, de materiais e da organização de todo o ambiente.

Posteriormente, após o término da graduação, em contato com outra unidade de saúde de um município do norte do estado do Rio de Janeiro que presta atendimento ambulatorial a clientes estomizados, observei situação semelhante à anteriormente apresentada que passo a relatar.

O cliente atendido neste cenário deve ser portador de íleo/colo/urostomia temporária ou definitiva. É absorvido no serviço para acompanhamento do estoma, devendo ir às consultas periódicas médicas e de enfermagem para avaliação e evolução da derivação cirúrgica, além de recebimento dos materiais necessários à manutenção do estoma de eliminação a ser realizada no domicílio. Caso o cliente, na consulta de Enfermagem, apresente algum tipo de intercorrência referente ao estoma cuja resolutividade esteja no âmbito desse contexto, o mesmo é devidamente atendido; caso contrário, o cliente é referido para o médico que o acompanha de modo a tomar as providências cabíveis ao caso.

Vale mencionar que a educação em saúde permeia todos os momentos deste processo de atendimento ambulatorial. No entanto, o diálogo estabelecido entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, em grande parte, é monológico e prescritivo. Prevalece a autoridade de um saber profissional voltado para o autocuidado, seguindo os pressupostos da teoria do Autocuidado (OREM, 1991). Deste modo, há a prescrição e a explicação de práticas de cuidados técnicos que devem ser posteriormente executados pela pessoa portadora da necessidade específica, a fim de manter sua saúde e bem-estar.

Portanto, perdura-se a relação prescrição-ação para o autocuidado, indo de encontro aos preceitos do cuidado de si, que se constitui como uma prática social e política, ligada ao modo como o sujeito encara as coisas, de estar no mundo e com o mundo, de relacionar-se consigo mesmo e com o outro, de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, transformar-se e

transfigurar-se. Assim, “Esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência” (BUB, MEDRANO, SILVA, WINK, LISS & SANTOS, 2006, p. 156).

Na contramão desses princípios, o que se observa é que as ações de educação em saúde quando realizadas, quase sempre se configuram de maneira verticalizada, unidirecional, caracterizadas pelo modelo tradicional de educação depositária, como menciona Freire (2001a). Constituem-se desta maneira em ações voltadas “para” o cliente e não “com” o cliente, resultando em um cuidado dominante, que impõe práticas instituídas oficialmente através da cultura científica.

Fazendo uma aproximação das situações de cuidado com as considerações pedagógicas de Freire (1994), na condição de educadora em saúde, a enfermeira precisa conhecer a realidade na qual se situa o cliente, devendo resgatar esse sujeito como cidadão participante do seu processo de cuidado, através do diálogo, possibilitando desta forma, a transição de uma consciência “ingênua”, caracterizada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, capaz de colocá-lo em posição questionadora, participativa e ativa. Isto significa que os clientes devam assumir a posição de sujeitos e não objetos da ação profissional. Assim agindo, podem optar por aderir ou não à mudança de hábitos, atitudes e modos de pensar a vida e a saúde. Desta maneira, a enfermeira constrói conjuntamente com os clientes os possíveis caminhos, podendo os mesmos ou escolher a mudança, que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem; ou ficar a favor da permanência, chegando ao ápice da antimudança.

Essa mudança de perspectiva na relação do cuidado entre a enfermeira e o cliente é capaz de promover uma autêntica comunicação entre pessoas que têm sentimentos, desejos, sonhos, dentre outros atributos humanos. Implica em co-construção de saberes e a possibilidade de transformação da realidade; culminando dessa forma, numa interação mútua, verdadeira, horizontal e humanizada, voltada para a libertação dos oprimidos através da ruptura da cultura do silêncio, este relacionado, nesta pesquisa, ao medo, à doença, aparência, odor, entre outros aspectos influenciadores, revelando a importância da enfermeira nestes momentos. Esta ação política acontece em comunhão com os oprimidos na busca de sua libertação, resultando em desvelamento e logo, inserção crítica na realidade (FREIRE, 2001a).

Vale mencionar que toda instituição é orientada por normas de convívio e de prestação de serviços pré-estabelecidos que interferem, sobremaneira, nas relações construídas entre os

clientes e a enfermeira no processo de cuidar. No ambulatório em apreço, apesar de ter como princípio primar pela inserção social dos clientes, viabilizada por uma maior autonomia e independência dos mesmos, essas interferências também ocorrem.

No entanto, tais características não devem ser impeditivas à construção de relações horizontais através de práticas de cuidado que possibilitem a conscientização em saúde decorrente da ação-reflexão-ação viabilizada pelo diálogo transformador. Nessa perspectiva, o sujeito atua como partícipe do cuidado, decide, opta e escolhe o melhor para si; condição que vai além de mero receptor de conhecimentos, gerando significativa autonomia nesse processo de modo a reunir condições de implementar o cuidado nos seus espaços de vida comum.

Para isso, se faz necessário acessar *os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária*, sendo este o **objeto de estudo**. Ao acessar esses saberes e práticas, é possível se pensar em um cuidado compartilhado em que se considere o universo de saberes técnico-científico e o popular. A idéia do cuidado compartilhado está amparada nos pressupostos do construcionismo social, ou seja, a construção do conhecimento dar-se-á a partir da experiência do sujeito num processo de significação.

Nesse sentido, ao pensarmos que o produto da ação de cuidar (o cuidado) pode ser compartilhado, temos aí, necessariamente, um processo dialógico permeando tal construção no encontro dos saberes – do senso comum e reificado – que, por sua vez, abarca o encontro de culturas de conhecimento e prática (TEIXEIRA & FERREIRA, 2009, p.758).

Isso porque, a presente proposta se reveste da compreensão do cliente como potencialmente ativo, inserido sócio-culturalmente em uma realidade que lhe é singular, cujas experiências se acumulam, se refazem e se modificam ao longo de sua trajetória existencial (ALVIM & FERREIRA, 2007).

2. Questões Norteadoras

Com o intuito de orientar o objeto desse estudo, delinee as seguintes questões norteadoras:

- Que saberes e práticas os clientes estomizados possuem sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária?

- De que forma esses saberes e práticas podem ser integrados aos cuidados fundamentais desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial?
- Em que medida a integração desses saberes e práticas no contexto ambulatorial pode subsidiar o cuidado no domicílio?

3. Objetivos:

- Descrever os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária.
- Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária.
- Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar.

4. Relevância, Justificativa e Contribuições da Pesquisa

Trabalhar saberes e práticas de cuidados do ponto de vista de clientes nos permite o possível reconhecimento de modelos de cuidado inerentes ao universo de cada um, inserido em um contexto sócio-político-cultural que lhe é próprio. Respeitar e valorizar a singularidade de cada indivíduo reveste-se de condição ética necessária à co-construção do cuidado, reiterando uma mudança de sentido nas ações de enfermagem quase sempre verticalizadas na relação de poder, hierárquicas.

Valorizar o cliente como sujeito da ação implica no conhecimento e no respeito sobre os seus modos de viver e de se cuidar. Entendê-lo como protagonista requer trabalhar o grau de autonomia nas suas decisões e escolhas. Compreende trazer para o espaço do cuidado suas vivências e experiências, considerando o contexto no qual se situam.

A intenção de intermediar esses saberes e práticas de cuidar das enfermeiras com os dos clientes por meio do desenvolvimento da confiança e respeito mútuos é a de ampliar as

possibilidades desses clientes de cuidarem de si, através da reflexão sobre esses saberes e práticas que os conduzam a uma nova ação capaz de proporcionar-lhes condição de desenvolverem um cuidado autônomo e seguro no espaço domiciliar.

Quando se pensa em ações educativas no contexto institucional, especialmente, neste caso, o ambulatorial, é importante considerar e articular essas ações com o local em que o cuidado será efetivamente realizado - o domiciliar. Neste espaço, o cliente assume o cuidado. Por isso é importante dialogar com ele acerca de seus saberes e práticas de modo a criar possibilidades de integração destes com aqueles desenvolvidos no contexto ambulatorial. Para tanto, sua participação é imprescindível, pois favorece a crítica e a reflexão e, por conseguinte, a tomada de consciência sobre os caminhos que podem favorecer ou prejudicar a sua saúde e bem-estar.

Nessa direção, o uso de metodologias participativas de pesquisa é importante e adequada, uma vez que possuem estreita relação com a prática assistencial. Este tipo de abordagem permite a imersão do pesquisador no processo de cuidado, viabilizando o envolvimento ativo dos sujeitos durante todo o seu processo, havendo desta forma, o comprometimento com a melhoria do contexto social pesquisado. De certo modo, esse entrelace vitaliza simultaneamente o trabalho vivo na prática assistencial e na pesquisa.

Com vistas a conhecer a recorrência da temática na Enfermagem, foi efetuada uma revisão de literatura através de um levantamento bibliográfico de publicações nacionais e internacionais, utilizando as Bases de Dados BIREME (todas as fontes), Banco de Teses da CAPES, Site de Busca Google e Base Minerva – Sistema de Documentação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os descritores utilizados foram: “Cuidados de Enfermagem e Clientes Ostomizados”; “Cuidados de Enfermagem, Clientes Ostomizados e Contexto Ambulatorial”; “Saberes e Práticas e Enfermagem”; “Educação em Saúde e Paulo Freire e Enfermagem”; “Educação em Saúde e Cuidado de Si”.

Realizei uma primeira leitura dos títulos e resumos dos trabalhos pesquisados para selecionar os que tinham maior aderência com a temática. Observei que a temática educação em saúde está sendo bastante explorada, inclusive quando se refina para o campo da enfermagem. No entanto, se verifica um quantitativo ainda pouco expressivo sobre os temas: saberes e práticas de clientes sobre o cuidado em diferentes situações, cuidado de enfermagem ambulatorial e cuidado de enfermagem a ostomizados.

Dos trabalhos encontrados sobre Saberes e Práticas, viu-se que quando se fala desta temática, no campo da Enfermagem, a maioria das obras os discute em consonância com a Educação em Saúde. O alicerce se situa nas abstrações do Educador Paulo Freire, que permeiam a discussão com a perspectiva da educação dialógica crítica e reflexiva, de conscientização e libertação. A utilização desses conceitos, nas pesquisas em enfermagem vem contribuindo, sobremaneira, com sua aplicabilidade na prática profissional do enfermeiro. Os outros descritores pesquisados também revelaram a educação em saúde, na Enfermagem, em entrelace com a concepção de Educação de Paulo Freire.

Procedi à análise descritiva de 190 trabalhos selecionados, da qual emergiram três principais temas: 1) Cuidados de enfermagem a clientes estomizados no contexto ambulatorial. 2) A educação dialógica freiriana como base da pedagogia crítico-reflexiva aplicada à enfermagem; e 3) A atividade educativa do enfermeiro com ênfase no cuidado de si.

Os resultados apontaram que os estomizados necessitam de cuidados de enfermagem específicos e especiais para alcançarem à re-inserção social. Estes devem iniciar-se desde o momento do diagnóstico e da indicação da estomia, para minimizar sofrimentos e obter, desta forma, uma melhor reabilitação (GEMELLI & ZAGO, 2002). O cuidado de enfermagem é, portanto, central para o desenvolvimento das habilidades do cuidado de si e para a sua reabilitação.

O pensamento de Freire tem colaborado de maneira significativa na construção de uma educação reflexiva na enfermagem, incorporando uma educação crítica e problematizadora, tendo como fio condutor o diálogo com seus educandos; compreendendo o que é e para quê serve a educação, indo de encontro à proposta pedagógica monológica e depositária ainda vigente nos dias atuais.

Educar-cuidar não consiste somente em transmitir informações, mas em envolver-se num processo contínuo de reflexão e construção de novos saberes, valores culturais e códigos sociais. Dentro de um modelo inovador de cuidado, a proposta educativa deve percorrer o caminho do diálogo, gerador de autonomia e de busca por um bem comum, e não apenas na transferência unilateral; o que deve permear a educação em saúde é a comunicação, e não a extensão (FREIRE, 2001b).

O encontro horizontal, a troca de experiências e vivências entre os estomizados são importantes ferramentas na reformulação do autoconceito e no enfrentamento dos problemas

cotidianos relacionados ao cuidado de si, à família e à vida laborativa. “O cuidado de si com coragem e determinação na busca do equilíbrio é o melhor atalho para construir o sucesso e manter a saúde em perfeita harmonia, sendo a educação em saúde fundamental aliada neste caminhar” (FREITAS & SABÓIA, 2007, p.573).

Para o refinamento da busca bibliográfica, diante da grande variedade de trabalhos selecionados, optei por destacar os que mais se aproximam deste estudo, totalizando em 14 obras. Dentre estas se encontram: 01 tese de doutorado, 12 dissertações de mestrado e 01 artigo publicado em periódico de enfermagem, indexado internacionalmente. Grande parte delas advém da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Fragmentando a busca ativa, pude destacar que dentre as obras que falam sobre educação em saúde e a enfermagem utilizando como referencial teórico, a perspectiva Educacional de Paulo Freire, apenas 3 utilizam a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) como opção metodológica. Destas três, duas se referem ao autocuidado e uma às necessidades de educação em saúde. Vale ressaltar que nenhuma das três aborda o cliente estomizado como sujeito da pesquisa.

Dos 14 trabalhos selecionados, 7 versam sobre os sujeitos estomizados e a enfermagem. Dentre estes, somente 1 estuda os saberes e práticas inerentes ao universo em foco; todavia descreve esses saberes e práticas sob a ótica das enfermeiras, e não na perspectiva de clientes, como propõe a presente proposta.

No que se refere ao cenário das pesquisas realizadas com os clientes estomizados e a enfermagem, 03 utilizaram o ambulatório como contexto da pesquisa. O destaque situou-se na necessidade da atuação conjunta da equipe multidisciplinar de modo a contribuir com o aprimoramento da assistência prestada ao estomizado e a qualidade de vida.

Selecionei ainda, 01 dissertação de mestrado que, a meu ver, mais se aproxima com este estudo. A mesma trata do desenvolvimento da educação em saúde participativa com pessoas estomizadas. A abordagem está centrada no conceito de educação em saúde, tendo como base a relação dialógica sujeito-sujeito no processo ensino-aprendizagem para o enfrentamento mais efetivo na condição de saúde desse cliente, muito se aproximando dos preceitos Freirianos, embora não faça essa referência. O desenvolvimento da pesquisa possibilitou o compartilhamento

de saberes e experiências entre os membros do grupo de auto-ajuda, além do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais efetivas.

É importante considerar que apesar de trabalhar o contexto de educação em saúde em uma perspectiva de ação compartilhada, este não se centrou nos saberes e práticas de clientes estomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação, tampouco apresentou como *locus* o cenário ambulatorial.

Os resultados obtidos no levantamento dos estudos que versam sobre a temática em tela mostram que existem lacunas na produção do conhecimento em enfermagem no campo da educação em saúde, especificamente, em se tratando do cuidado a clientes estomizados em uma perspectiva de co-construção, o que também mostra a relevância deste estudo. Oliveira, Rodrigues e Silva (2007), reconhecem a escassez de literatura específica e, notadamente, as orientações quanto ao cuidado de si e possíveis complicações.

Nesse sentido, os clientes estomizados se beneficiaram com a pesquisa - dissertação de mestrado que ora se apresenta, pois a partir dela, houve a possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas advindos do senso comum, no que diz respeito à manutenção da estomia de eliminação, com os cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial. Além disso, trouxe subsídios importantes para o cuidado no domicílio, visando à autonomia do cliente.

A pesquisa ainda contribuiu com a prática da enfermagem dirigida a esses clientes na medida em que a intermediação de saberes permitiu a prática de um cuidado singular. Além disso, emergiu a consolidação de um cuidado educativo diferenciado, viabilizado pela prática dialógica. Foi relevante para o ensino, ao destacar conceitos e discussões importantes dentro de uma abordagem participativa de cuidado com essa clientela.

Os resultados da pesquisa contribuíram com os estudos e ampliação do conhecimento na área de Enfermagem Fundamental, no que se refere às atividades de educação em saúde e de cuidados fundamentais de enfermagem, especialmente, neste caso, sobre a manutenção da estomia de eliminação. Deste modo, contribuíram com a produção do conhecimento do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), especialmente com a linha de Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem.

Capítulo I

Bases Teórico-Conceituais

CAPÍTULO I

BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

1.1. Pedagogia Freiriana aplicada à Enfermagem

De acordo com Freire (1994, p. 28), “O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém”. Ocorre neste pensamento indícios claros de que o homem não pode ser “coisificado” e oprimido na ação educativa. Como sujeito cognoscente, imerso no mundo e com o mundo, ele deve ser reconhecido e ouvido por meio de um processo de educação estabelecido numa relação horizontal e recíproca através do diálogo que comunica. A partir deste método participativo, dialógico e ativo, que permite a comunicação, ambos se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.

O diálogo, portanto, é a essência da educação. É caracterizado como uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. Então, no momento em que os dois pólos do diálogo se ligam, com amor, com esperança, humildade, fé e confiança, há a construção de sujeitos críticos pela relação empática instalada entre ambos, procedendo, de fato, a comunicação, conforme representação esquemática a seguir.

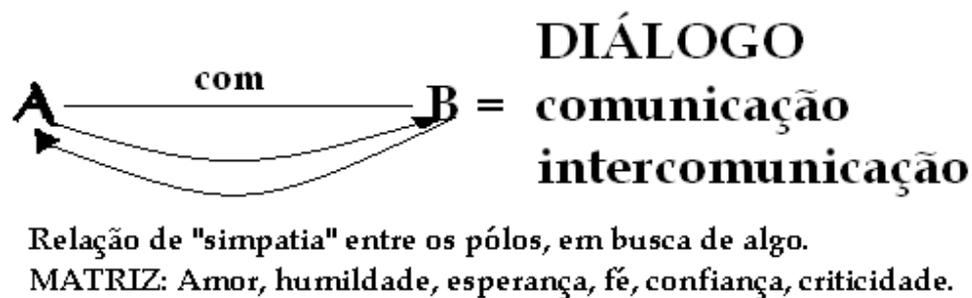


Figura nº 01 – A prática dialógica como essência da educação permitindo a comunicação (FREIRE, 2007, p.115).

É através da dialogicidade que os sujeitos alcançam a comunicação. O diálogo é mediatizado por uma interação horizontal e mútua, indo de encontro à educação depositária, onde o opressor deposita, nos outros, o conhecimento de forma verticalizada, unidirecional através de um discurso monológico e não dialógico.

A prática dialógica permite o compartilhamento de saberes e práticas entre os sujeitos envolvidos através das palavras. Neste momento é que se leva em consideração o saber do outro, valorizando sua cultura, suas crenças, seu contexto social, político e econômico.

A conscientização é um ato reflexivo, e, portanto, produto da prática dialógica. É nesse compartilhar de saberes e práticas que há a revelação de uma ação já praticada por um ou ambos do processo, culminando numa reflexão crítica acerca do ato para a construção de um novo saber compartilhado. É neste ínterim que há a transitividade de consciência, da “ingênua”, caracterizada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, caracterizada por ser ativa e questionadora, outorgando autonomia ao sujeito cognoscente (FREIRE, 2008).

Neste processo de conscientização, há a ruptura da cultura do silêncio, libertando os oprimidos frutos da educação tradicional. A partir disso, lançamos os caminhos para que os sujeitos possam agir novamente, desta vez, conscientes da situação ora apresentada. Esta nova ação pode ser modificada ou não pelo sujeito consciente, porque a partir dos caminhos lançados, ele opta o que é melhor para si, aderindo ou não a mudança de hábitos, vivenciando a autonomia alcançada. Se optar pela mudança, no sentido da verdadeira humanização do homem, transformará a realidade inicialmente apresentada.

É importante mencionar que essa mudança de comportamento geralmente não é imediata, e só será percebida quando o sujeito der marcas da transformação de seu saber. Há um tempo variável entre a ação, a reflexão sobre esta ação e a geração de uma nova ação pela tomada de consciência (ALVIM & FERREIRA, 2007).

Este modelo educativo inovador, de transformação da realidade, baseada na crítica e reflexão, vem sendo adotado no campo da educação em saúde, particularmente da Enfermagem. Isto porque, o modelo tradicional que utiliza práticas verticalizadas de educação centradas na soberania do saber acadêmico-científico sobre os demais saberes não vem dando conta da complexidade inerente à saúde das pessoas, em que pese seus diferentes modos de viver e de cuidarem de si.

As idéias de Freire contribuem e enriquecem de forma significativa, a prática educativa em Enfermagem, contribuindo com um cuidado diferenciado, pautado na problematização das situações advindas da realidade concreta dos sujeitos. De maneira especial, nesta pesquisa, a pedagogia problematizadora subsidiou os encontros entre mim e os clientes estomizados visando, pelo diálogo e compartilhamento de idéias e posições, acessar seus saberes e práticas sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, e, por um processo de crítica e reflexão, contribuir com a promoção de mudanças que se fizerem pertinentes e necessárias.

O esquema a seguir discorre a aplicação da pedagogia freiriana na presente pesquisa:

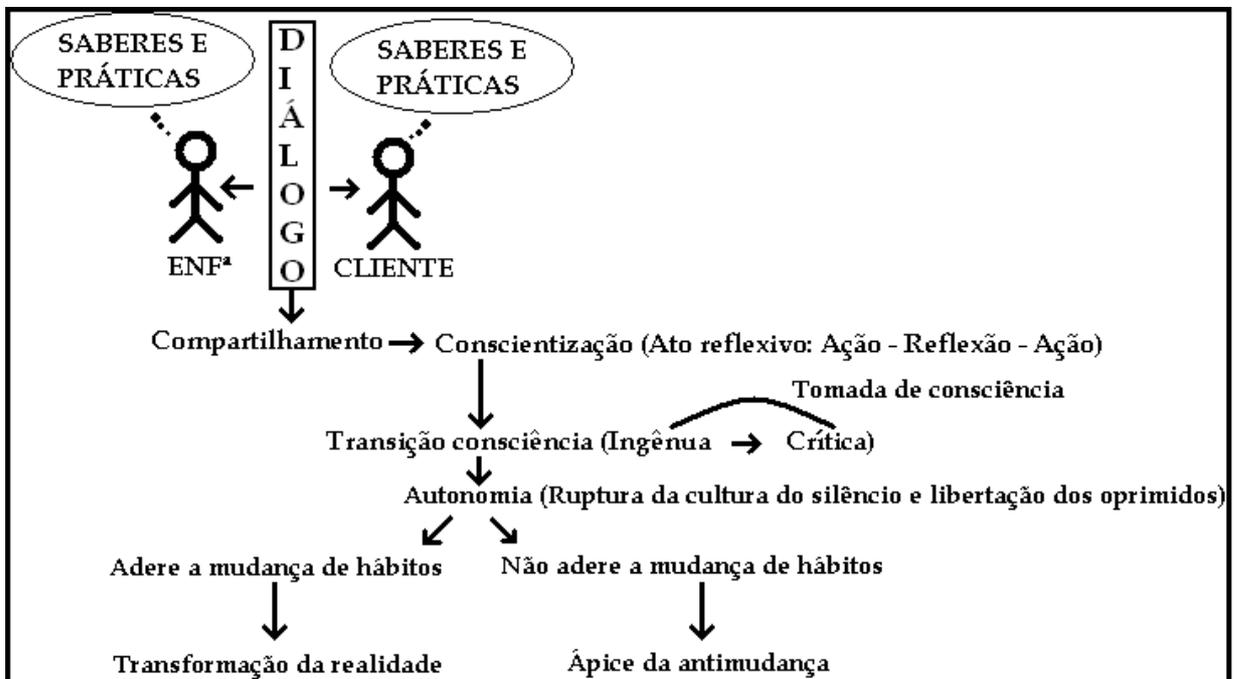


Figura nº 02 – Pedagogia problematizadora aplicada à prática educativa da Enfermagem junto a clientes estomizados.

OBS. Figura construída por mim, autora da dissertação, a partir de idéias extraídas de Freire.

Neste estudo, ao abordar os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, numa perspectiva educativa, considera-se sobremaneira o arcabouço cultural em que o cliente está envolvido por meio do compartilhamento de saberes e práticas de cuidado entre a enfermeira e o cliente, levando-se em conta as diferenças entre a cultura dos envolvidos no cuidado: a profissional, advinda do saber

técnico-científico; e a pessoal, cunhado ao saber leigo dos clientes, revelando-se aí a articulação das idéias freirianas com a Teoria Cultural do Cuidado de Enfermagem.

1.2. Teoria Cultural do Cuidado de Enfermagem

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger objetiva “Identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes” (ORÍÁ, XIMENES & ALVES, 2005, p.4). Foi desenvolvida a partir da Antropologia; porém, reformulada para a Enfermagem Transcultural com perspectivas de cuidado humanizado (GEORGE, 2000; BRAGA, 1997).

A Universalidade do cuidado revela a natureza comum da humanidade e dos seres humanos, já a Diversidade do cuidado revela a variabilidade e seleção das características originais dos seres humanos (LEININGER, 2002).

Leininger cunhou o termo *enfermagem transcultural*, que considera ser diferente da antropologia médica e disciplinas afins, por estar focalizada em culturas diferentes, no cuidado cultural, nos fenômenos da saúde e da enfermagem. Ela também cunhou o termo *cuidado culturalmente congruente* (nos idos de 1960) para embasar o principal objetivo de sua teoria (ORÍÁ, XIMENES & ALVES, 2005).

Os conceitos de Cultura, Valor Cultural, Cuidado de Enfermagem Culturalmente Diverso, Etnocentrismo, Generalização, Estereótipo, Congruência Cultural, Etnoenfermagem e Enfermagem Transcultural fundamentam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (ORÍÁ, XIMENES & ALVES, op. cit.).

Para a autora da teoria, cultura são “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (GEORGE, 2000, p. 298).

A teoria se baseia na afirmativa de que “em todas as culturas o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos” (TEIXEIRA, 2008, p. 47). As ações do cuidado cultural são congruentes com as

crenças, valores e costumes do cliente, ajudando-o de modo significativo e pacífico no decorrer de sua trajetória existencial até a sua morte.

O cuidado cultural permitiu a construção de um plano de cuidados único e congruente ao contexto cultural do cliente, havendo, de certa forma, o alcance sobre a forma como o mesmo deseja participar do cuidado, qualificando-o. Este tipo de cuidado, em linhas gerais, mediatiza o cuidado integral em enfermagem. Aplicado a presente pesquisa, a intenção é o reconhecimento singular dos respectivos saberes e práticas de cuidado, aplicados à estomia de eliminação intestinal e urinária, valorizando a totalidade da vida de cada um, tudo que o cerca, numa perspectiva holística da vida humana.

Leininger, em sua teoria, valoriza os aspectos culturais como forma de expressão dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, indo ao encontro das idéias de Freire, que também valoriza os aspectos culturais como forma de expressão dos sujeitos, todavia no processo educativo. Porém, há que considerar as diferenças teórico-filosóficas entre os dois autores.

Enquanto Freire trabalha com a perspectiva da consciência crítico-reflexiva pelo diálogo, Leininger trabalha com as categorias de adaptação e acomodação. Na visão de Leininger, o cliente não propriamente transforma ou muda a sua concepção de saúde e doença pela crítica e reflexão, mas ajusta-se às condições que lhes são apresentadas.

Para Freire (1994, p.32) “A educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar, não transformar. O homem integra-se e não se acomoda. Existe, contudo, uma adaptação ativa”. Além disso, enquanto para Leininger (GEORGE, 2000) o diálogo caracteriza-se como forma de atenuar os conflitos na relação do cuidado pela troca de informações, para Freire o diálogo não exclui o conflito, sob pena de ser um diálogo ingênuo. Isso porque, Freire visualiza o diálogo como uma forma de os oprimidos superarem sua condição de oprimidos, afinal, vivemos numa sociedade de classes, e esclarece que “esse diálogo supõe e se completa, ao mesmo tempo, na organização da classe, na luta comum contra o opressor, portanto no conflito” (FREIRE, 1994, p.13).

No entanto, não obstante as diferenças pontuais entre estas concepções teóricas, ambas contribuíram de maneira significativa com a construção desta pesquisa, uma vez que tanto Freire quanto Leininger concebem a cultura como parte essencial, integrante do processo de educar e cuidar, respectivamente.

Considerando os aspectos culturais dos clientes envolvidos na relação de cuidado para a providência de um cuidado congruente à realidade dele através do compartilhar de saberes e práticas, Leininger desenvolveu sua teoria baseada na convicção de que:

as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados. A cultura determina os padrões e estilos de vida, e tem influência nas decisões das pessoas. Tal teoria ajuda a enfermeira a descobrir e documentar o mundo do cliente e utiliza seus pontos de vista, conhecimentos e práticas juntamente com o seu conhecimento profissional, como base para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura (MODESTO, 2006, p.27).

O cuidado cultural leva em consideração a totalidade da vida humana, havendo o respeito e a consideração do contexto cultural do sujeito. O conhecimento acerca desse cuidado cultural favorece as práticas de cuidado da enfermeira, tornando-as mais legítimas, na medida em que há o reconhecimento do saber cultural do cliente, propondo cuidados de Enfermagem culturalmente congruentes (MODESTO, op.cit.). Assim, a apreciação e lapidação dos cuidados realizados pelos clientes sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, advindos do senso comum, compartilhados com o saber da enfermeira, representou a vivência em ato desse cuidado culturalmente congruente.

1.3. O Cuidado de Enfermagem ao Cliente Estomizado: Implicações ao Cuidado de Si

- O cuidar e a prática dialógica do cuidado de Enfermagem

Cuidar é a ação de cuidado entre dois sujeitos que se relacionam, entre quem cuida e é cuidado. Segundo Ferreira (2001), cuidar é aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; é também ter cuidado consigo mesmo. Boff (1999, p.91) complementa dizendo que o “cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato”. O autor referencia o cuidado como uma atitude fundamental, de preocupação com o outro, em que “a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude”.

O cuidado, segundo Waldow (2008), compõe a linguagem da enfermagem e caracteriza-se como um modo de ser, relacional e contextual, por ser a única ação independente da Enfermagem. O cuidado na enfermagem adquire caráter profissionalizante e é exercido dentro do que a lei prevê, englobando uma série de competências técnicas que não são suficientes para que

o profissional seja um verdadeiro cuidador, dado que ele necessita também do componente expressivo integrando esse cuidado de Enfermagem.

O cuidado de enfermagem é uma atitude profissional que se realiza entre sujeitos. Esta atividade deve ser embasada pelo saber técnico-científico, sendo construída com o (os) sujeito (sujeitos) em consonância com a dimensão expressiva do cuidado. Esse cuidado deve ser norteado por condutas éticas de responsabilidade, profissionalismo, zelo e respeito para com o cliente cuidado; princípios estes fundamentais para a realização de qualquer cuidado, tendo em vista principalmente que estamos “*lidando com vidas*” (FIGUEIREDO, 2008). Nesse ínterim,

para que a enfermeira desenvolva um cuidado de enfermagem eficiente, autêntico e de qualidade, é necessário considerar em suas ações aspectos essenciais à relação humano-humano, como: a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de idéias, a demonstração de preocupação e a expressão do afeto, estar atenta aos desejos e reivindicações, e, ainda, outros aspectos que são valorizados na visão holística do cuidado (SILVA, ALVIM & FIGUEIREDO, 2008, p.297).

Pensar o cuidado de enfermagem nesta perspectiva de transcendência da assistência estritamente técnica e tecnológica e assumir o cliente numa dimensão integral, considerando os princípios próprios da relação humana e o contexto de vida do mesmo e de seus familiares; requer a emergência de um processo de cuidado interativo e dialógico entre a enfermeira, cliente e família; todos co-partícipes desse cuidado (FONTES & ALVIM, 2008a; TEIXEIRA, 2008).

A prática dialógica permite a intermediação de saberes e experiências entre os participantes do cuidado de Enfermagem. A interação humana estabelecida neste processo de comunicação, seja pela comunicação verbal e não-verbal, favorece a construção do vínculo necessário à efetivação do cuidado humano. A expressão de sentimentos pelo cliente, seja positiva ou negativa, tende a facilitar a comunicação/interação entre o cliente e o profissional de saúde, qualificando o cuidado de Enfermagem (SILVA, ALVIM & FIGUEIREDO, op. cit.).

Então, o diálogo se estabelece como condição essencial ao vínculo do cliente com a enfermeira, sendo construídos de maneira contínua e gradual os laços de confiança entre ambos. E na medida em que a enfermeira valoriza a sua forma de ser e ver o mundo, junto com o cliente e seus familiares, frisando a importância do diálogo com o cliente, pode contribuir com a modificação da realidade, em várias dimensões, dos sujeitos envolvidos e sensibilização do humano de cada um (FONTES & ALVIM, 2008b).

O diálogo, portanto, colabora, neste estudo, com o processo de enfrentamento e de melhor convivência do cliente estomizado com o seu estoma de eliminação, sendo necessária disponibilidade da enfermeira para ouvi-lo, olhá-lo e compreendê-lo neste processo. Quando há a expressão da subjetividade no cuidado, “a enfermeira não mais realiza procedimentos em alguém, mas reflete junto e realiza uma ação integrada, com alguém, com envolvimento e responsabilidade, o que proporciona crescimento para ambos os envolvidos na relação de cuidado” (FONTES & ALVIM, 2008a, p.80).

- Cuidado de enfermagem ao cliente estomizado

A pessoa estomizada é uma clientela da enfermagem e de outras profissões da área da saúde, sendo alvo de especializações. O cliente estomizado tem sua anatomia e funções fisiológicas alteradas. Além dessas, há várias outras alterações de diversos tipos e níveis: alterações psíquicas, no cotidiano familiar, de imagem corporal, de estado nutricional, de sexualidade. Evidenciam-se, também, influências religiosas e mudança nos hábitos sociais. Cada sujeito, imbuído na sua cultura e história, manifestará um conjunto de alterações que lhe são próprias.

O enfrentamento dessa nova condição de ser e viver, marcada por profundas modificações biológicas, psicossociais e econômicas exige consideráveis ajustes na vida do estomizado. Além do apoio incondicional dos familiares e amigos, o sujeito pode e deve contar com a ajuda profissional necessária nesta fase do ciclo de vida individual que, na maioria das vezes, é tão difícil.

O cuidado de Enfermagem ao cliente estomizado é desenvolvido desde a avaliação diagnóstica, quando é definida a necessidade da confecção do estoma, até o nível ambulatorial, onde se enfatiza a qualidade de vida e o cuidado de si, alcançando-se os objetivos reabilitatórios. Assim, o cliente estomizado percorre por diferentes etapas assistenciais, rumo a uma melhor qualidade de vida.

O cuidado ao estomizado deve ultrapassar as barreiras de estigma sofridas no seu cotidiano, reabilitando-o diante da auto-estima diminuída, da ansiedade, da introversão, do isolamento, da apatia, da dependência, da revolta, da agressão e tantos outros transtornos que acompanham suas vidas. Além de requerer atitude profissional, o cuidado envolve todo o

contexto social e familiar do sujeito. Penso que através de um cuidado de Enfermagem em que se valorize esse contexto, o cliente estomizado conseguirá enfrentar e superar cada desafio. Para tanto, é mister considerar o conjunto de saberes e práticas do cliente em compartilhamento com os saberes e práticas da enfermeira no processo de cuidar.

- ***O cuidado de enfermagem ao cliente com estomia de eliminação intestinal e urinária no ambulatório: enfoque nas ações específicas de cuidado de si***

São estomias de eliminação intestinal: colostomias e ileostomias. Colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, propondo-se ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo. Urostomias são estomias de eliminação urinária, definida como uma criação cirúrgica de uma abertura artificial dos condutos urinários na parede abdominal para desvio da urina ao meio externo (SANTOS & CESARETTI, 2005).

Usualmente, as colostomias e as ileostomias são classificadas como temporárias ou definitivas e terminais ou em alça. Via de regra, as derivações temporárias são construídas em alça a fim de permitir o restabelecimento do trânsito pelo fechamento do estoma sem necessidade de laparotomia (SANTOS & CESARETTI, op.cit.).

Toda forma de drenagem de urina fora das vias naturais, que abarca a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, pode ser considerada uma derivação urinária. Didaticamente, as derivações urinárias podem ser divididas em: definitivas ou temporárias, externas ou internas e continentes ou incontinentes (SANTOS & CESARETTI, op.cit.).

The Digestive System and location of ostomies

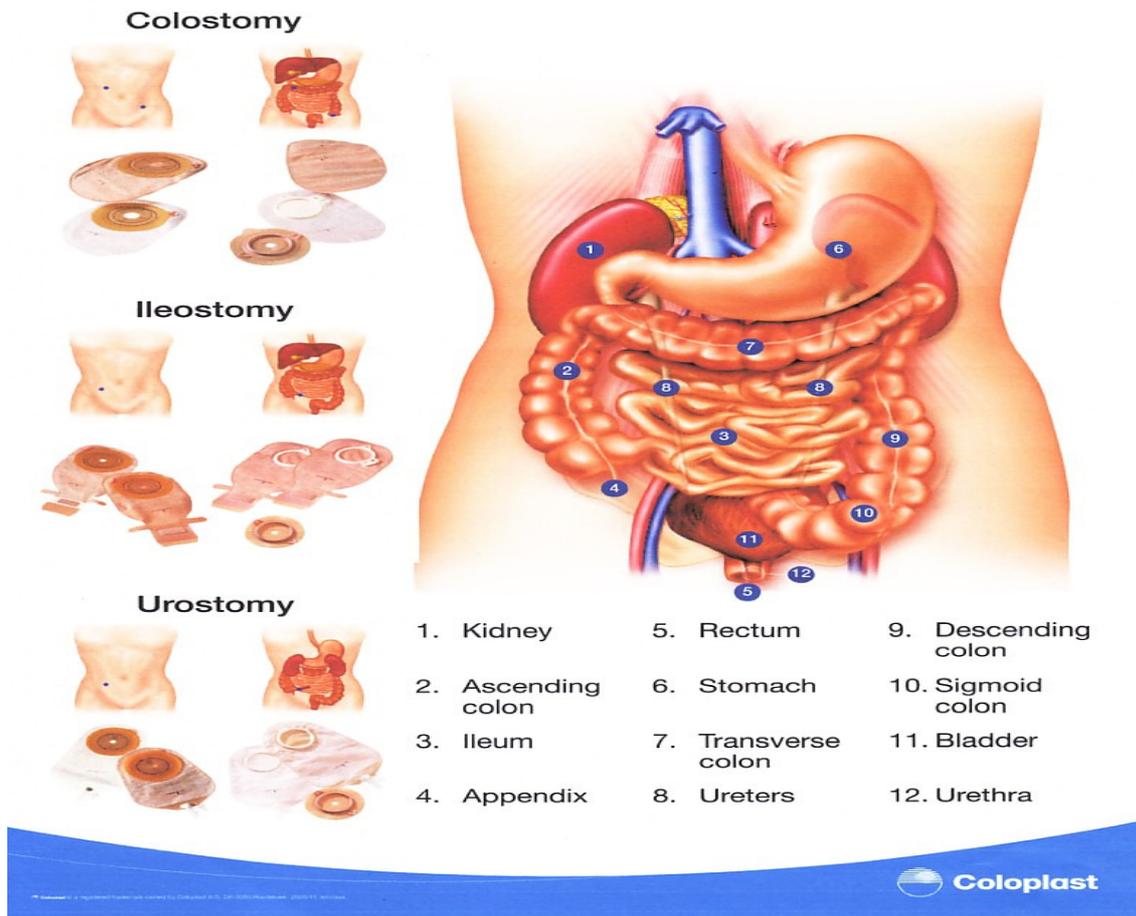


Figura nº 03 – Localização das estomias de eliminação
(ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OSTOMIZADOS, 2002).

Após a confecção do estoma, e passada a fase de hospitalização, os clientes são acompanhados a nível ambulatorial, período este considerado também como pós-operatório tardio. O segmento ambulatorial mantém estreita relação com o domiciliário, estando juntos direta/indiretamente. A equipe interdisciplinar, atuante neste espaço, visa à melhor qualidade de vida do estomizado e a perspectiva do cuidado de si.

São ações específicas de cuidado de si: higiene do estoma e pele periestoma; observação do estoma e pele periestoma e cuidados com o sistema coletor (SANTOS & CESARETTI, 2005).

A higiene do estoma deverá ser feita com cuidado, de preferência, sob o chuveiro, utilizando-se sabonete de uso habitual do cliente. Se a bolsa coletora estiver “vencida”, pronta para troca, é ideal que a água esteja morna para facilitar a remoção da mesma. Caso não esteja, deve-se tomar banho frio ou evitar que a área em que a bolsa esteja inserida, molhe.

Os resíduos de fezes, tanto da pele quanto da borda do estoma, devem ser removidos, sem esfregar, utilizando-se pedaços de algodão limpo, macio e úmido. Após, deve-se enxaguar abundantemente o local, para remoção de resíduos, e secar, posteriormente, a pele, “uma vez que a umidade excessiva interfere na aderência do sistema coletor e favorece a maceração” (SANTOS & CESARETTI, 2005, p. 128).

A remoção de pelos da pele periestoma é um cuidado essencial, pois interfere na aderência do sistema coletor e contribui para o aumento do potencial para foliculite. É recomendado que a remoção seja feita com o uso de tesoura de ponta curva, cortando-os rente à parede abdominal.

De acordo com Santos e Cesaretti (2005, p. 128), o cliente deve ser “orientado” a observar as características normais do estoma, quais sejam:

- Cor – o estoma deve ser vermelho-vivo ou rosa-escuro;
- Forma – pode ser regular ou irregular. Considera-se regular o estoma cujo corpo apresenta a mesma forma que a base na parede abdominal;
- Tamanho, em milímetros – é a medida da base do estoma na parede abdominal, que pode ser obtida por meio de guia de mensuração. Neste aspecto, o paciente deve ser orientado que o aumento do tamanho do estoma, na fase pós-operatória, acontece por conta de edema traumático;
- Protrusão – refere-se à altura do estoma, ou seja, a extensão de alça intestinal exteriorizada na parede abdominal;
- Umidade – é a aparência úmida, de aspecto brilhante, observada no estoma pela presença de muco intestinal;
- Integridade da mucosa – caracteriza-se pela ausência de ulcerações, tumorações ou granulomas na superfície do estoma.



Figura nº 04 – Características normais de um estoma
(COMITÊ EXECUTIVO DA IOA, 1997).

Os cuidados com o sistema coletor referem-se, basicamente, à remoção e à troca do dispositivo, bem como à higiene e ao esvaziamento do mesmo. Para a remoção do sistema coletor, contra-indica-se a utilização de produtos químicos, e deve ser realizada com movimentos delicados, de preferência, sob o chuveiro, deslocando-se o adesivo microporoso a partir da lingueta lateral, de cima para baixo. Enquanto uma mão puxa o saco, para este se deslocar, a outra deve ir acompanhando a pele até que haja o deslocamento do dispositivo todo.



Figura nº05 – Deslocamento do adesivo microporoso a partir da lingueta lateral, de cima para baixo (MUNDO OSTOMIAS, 2007).

A troca deve ser efetuada assim que se observar a ocorrência da saturação da barreira de pele e antes que haja infiltração e vazamento do efluente. É importante que a bolsa permaneça aderida, no mínimo, por 24 horas. Para a colocação do sistema coletor, o cliente deve estar em posição confortável e visualizando o estoma. O recorte da bolsa deve ser compatível com o

tamanho do estoma, devendo ultrapassar, apenas, 3mm de seu tamanho. O enfermeiro deve confeccionar um molde do recorte e mostrar ao cliente todas as implicações referentes a este procedimento, entregando-o ao final do diálogo, para que o mesmo possa utilizá-lo em seu domicílio (SANTOS & CESARETTI, 2005).

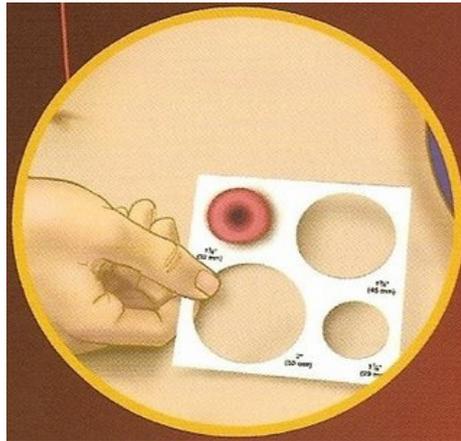


Figura nº 06 – Utilização de réguas específicas para a confecção do molde e consequente recorte da bolsa compatível com o tamanho do estoma (MUNDO OSTOMIAS, 2007).

É importante o cuidado de evitar a formação de pregas, no adesivo, durante a colocação da bolsa na pele. A mesma deve ser colocada de baixo para cima, aplicando-se, se possível, um creme / pasta própria na pele periestoma ou na região do equipamento que será colada à pele periestoma para protegê-la.

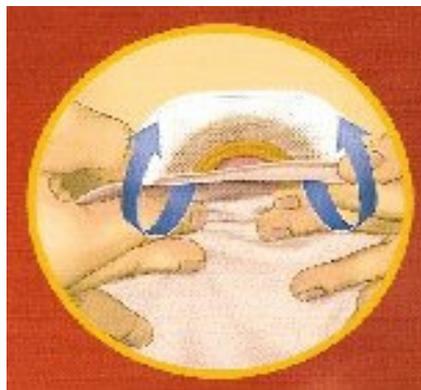


Figura nº 07 – Início da aplicação da bolsa coletora, de baixo para cima, na pele. (MUNDO OSTOMIAS, 2007).

A manutenção da integridade da pele é de suma importância para a reabilitação, “e pode ser alcançada por intermédio de condições adequadas de higiene e de uso do sistema coletor apropriado” (SANTOS & CESARETTI, 2005, p. 128). Assim, durante as práticas da atividade educativa, devem ser frisadas estas recomendações juntamente com o cliente, não deixando de ouvir e valorizar a perspectiva de cuidado que ele traz.

Através do compartilhamento de saberes e práticas entre a enfermeira e o cliente sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, visando à autonomia do cliente para o cuidado de si, haverá a possibilidade da elaboração de um plano de cuidados específico ao contexto social, político, econômico e cultural do sujeito, qualificando o seu cuidado.

O alcance da autonomia, acerca da manutenção da estomia, pelo sujeito estomizado, é mais um obstáculo a ser superado, dos muitos que com certeza já superou. Ajudar nesta batalha de cada dia é um desafio; contudo, alimentar a esperança e superar as pedras cotidianas é uma vitória inexplicável e inigualável.

Capítulo II

A trajetória metodológica do estudo

CAPÍTULO II

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

2.1. Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica

A abordagem escolhida foi a qualitativa, descritivo-exploratória. Esta opção se deve ao fato de considerá-la a mais apropriada para investigar o problema na medida em que possibilita o estudo das relações humanas e seu universo de significados, sendo o contexto indispensável para análise do fenômeno, “um dado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 1994, p.22).

Na pesquisa qualitativa procuram-se informações de maneira sistemática, e a mesma procura ser descrita como holística e naturalista. Ela não requer fortemente uma análise estatística para suas inferências, ou de instrumentos fechados para a sua produção de dados; requer indagação, descrição, geração de hipóteses e elaboração de teorias. Alia as naturezas científica e artística da enfermagem para a compreensão da experiência da saúde humana nos problemas que aparecem da prática cotidiana (DIAS, COSTA, SOARES & MOREIRA, 2004).

Empregou-se a modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que de acordo com Trentini e Paim (2004, p.28):

É aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. A pesquisa convergente-assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo.

Neste tipo de pesquisa, unimos o saber pensar com o saber fazer, seguindo princípios básicos³ de: Dialogicidade, que possibilita a compreensão da existência de 2 lógicas (assistência e pesquisa); Expansibilidade, que nos permite expandir os objetivos durante o processo (a pesquisa não é estática); Interficialidade, uma vez que gera mudanças na prática assistencial face às questões investigativas e vice-versa; Imersibilidade, pois insere o pesquisador como parte da

³ Princípios apresentados por Mercedes Trentini (autora do método PCA) em conferência intitulada “Pesquisa Convergente-Assistencial: Sua Aplicabilidade nos Estudos de Enfermagem”, proferida na EEAN/UFRJ em setembro de 2008.

assistência visando à produção de mudanças compartilhadas; e Simultaneidade, na medida em que garante que tanto a pesquisa, quanto a assistência mantenham suas configurações de instâncias próprias.

O ato de cuidar, portanto, cabe como parte do método de coleta de informações da pesquisa, mantendo uma estreita relação com a prática assistencial. O pesquisador deve desta forma, estar preparado para ouvir e praticar, abordar o outro de maneira participativa, valorizando o saber pensar e o saber fazer.

2.2. Sujeitos e Cenário do Estudo

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de 17 clientes adultos e idosos estomizados em acompanhamento ambulatorial, estando com algum tipo de estomia de eliminação intestinal e urinária (íleo/colo/urostomia); com tempo de permanência definitivo ou temporário. Estes clientes deveriam ser os principais responsáveis pelos cuidados relativos à manutenção de sua estomia de eliminação, e aceitarem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão desses clientes na pesquisa foram: ser cliente com estomia de eliminação que não esteja em acompanhamento ambulatorial; depender quase que exclusivamente de terceiros para a manutenção de sua estomia de eliminação; e recusar-se participar da pesquisa ou de assinar o TCLE.

De acordo com a Pesquisa Convergente Assistencial, esses sujeitos “*não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo*”. (TRENTINI & PAIM, 2004, p. 74).

A pesquisa foi realizada em um Ambulatório público, municipal, de um Núcleo de Estomizados, localizado na cidade de Campos dos Goytacazes - RJ. Atualmente, o Núcleo atende a clientes estomizados, encaminhados pela rede pública e privada de saúde, não havendo qualquer tipo de prioridade na seleção dos mesmos, ou seja, todos os clientes encaminhados são atendidos no ambulatório de reabilitação.

Neste cenário a equipe de enfermagem é composta por um enfermeiro pós-graduado em estomaterapia e três auxiliares de enfermagem. Além desta equipe, o local conta, também, com um médico cirurgião, um médico clínico geral, uma psicóloga, uma assistente social e, ainda, o pessoal da área de administração e segurança. Neste cenário, funciona uma farmácia que distribui

medicamentos para os hemodialíticos, e a Associação de Ostomizados, destinada a todos os estomizados e familiares, inscritos no Núcleo, para o compartilhamento de informações acerca dos fatores relacionados à condição de ser/estar estomizado, além da divulgação do trabalho realizado à população, também a nível preventivo, bem como à execução da solidariedade e atividades sociais entre os próprios clientes, afora outras finalidades. Está diretamente relacionada ao ambulatório, que cobre a assistência dos mesmos a nível municipal, sendo todas as atividades relacionadas ao núcleo e aos profissionais vigentes nesta Instituição. As Associações dos Ostomizados, portanto, visam reduzir as dificuldades e as limitações derivadas de uma estomia, tanto para a pessoa estomizada quanto para sua família, mediante a realização de reuniões, visitas a recém-estomizados, eventos sócio-culturais, dentre outros.

A dinâmica de atendimento assistencial deste *lócus* é estabelecida por consultas com o médico cirurgião que acontecem às quartas-feiras pela manhã, consultas com o médico clínico geral às terças-feiras à tarde e às quartas-feiras pela manhã, atendimentos da psicóloga que são feitos em todos os dias pela manhã (segunda a sexta-feira) e atendimentos da assistente social que são realizados em todos os dias com alternância de horários para cada dia da semana (segunda-feira pela manhã; terça-feira, à tarde; quarta-feira pela manhã; quinta-feira, à tarde; e sexta-feira pela manhã). As consultas de enfermagem são realizadas pelo enfermeiro pós-graduado em estomaterapia, periodicamente, habitualmente três vezes na semana, com parceria dos três auxiliares de enfermagem vigentes na instituição, de acordo com as necessidades individuais dos clientes e tempo corrido de pós-operatório. Além do apoio ao enfermeiro, os auxiliares de enfermagem distribuem materiais para os clientes estomizados manterem sua estomia de eliminação no domicílio.

A opção por esse cenário se deu devido ao razoável fluxo de clientes portadores de estomias de eliminação, em torno de 147, articulado ao fato de que as ações de cuidado, nesse espaço, visarem promover, através de recursos terapêuticos, a possibilidade de locomoção, comunicação, autonomia e independência desses clientes, contribuindo para a sua inserção social e qualidade de vida. Portanto, foi possível conduzir o estudo de maneira produtiva, congruente com os interesses da instituição, seguindo todos os preceitos da proposta metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial.

2.3. A trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial e a descrição das etapas para a produção de dados

O processo de investigação, segundo Trentini e Paim (2004), inclui as seguintes fases: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação. Todas as etapas deverão ser vivenciadas e descritas em detalhe pelo profissional ou estudante de Enfermagem. O sub-processo de cada fase possui vários passos consecutivos e interrelacionados que não ocorrem, necessariamente, de forma linear.

A fase da *concepção* é a primeira etapa do plano de pesquisa e compõe-se de processos mentais de abstrações, formulação de definições, procedência a delimitações, inter-relações, argumentações e contextualizações, ou seja, constitui-se de tudo aquilo que é necessário para a providência de um protocolo de pesquisa.

O próximo passo desta investida destina-se ao delineamento dos procedimentos metodológicos, chamada fase de *Instrumentalização*. Nesta fase tem-se a necessidade de reexaminação da questão guia ou afirmação guia e do propósito do plano de pesquisa, para que haja o delineamento dos aspectos metodológicos que incluem: a escolha do espaço da pesquisa, escolha dos participantes e escolha das técnicas para obtenção e análise das informações.

Na fase de *prescrutação* há a consideração de estratégias que viabilizam a obtenção de informações em pesquisas e em espaços assistenciais, estratégias estas que nascem da criatividade dos pesquisadores numa abordagem que inclui respeito à compatibilidade de recursos e adequação aos próprios métodos.

A penúltima fase deste tipo de pesquisa compreende a fase de *análise* das informações obtidas. Os métodos de análise para a PCA são múltiplos, porém alguns indicativos são úteis na análise dos dados em qualquer pesquisa qualitativa; são eles: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Estes são quatro processos genéricos que ocorrem de maneira mais ou menos seqüencial.

A *interpretação* na PCA (última fase) compreende três processos fundamentais que correspondem à lógica da análise dos achados, discriminados como: síntese, teorização e transferência. O processo de síntese é a parte da análise que examina de forma subjetiva as associações e variações das informações. No processo de teorização há o desenvolvimento de um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese e no processo de transferência dos resultados existe a possibilidade de concessão de significados a determinados

achados e a procura pela contextualização em situações similares, sem que tenha o poder de generalização, socializando, portanto, os resultados singulares.

Na PCA, como em todo o tipo de investigação, é necessário que haja rigor científico que se traduz pela fidelidade aos princípios da pesquisa em tela. A credibilidade do estudo deverá ser alcançada a partir de um elenco de critérios pré-estabelecidos, alguns desses: transparência, fidelidade, representatividade dos dados, relato detalhado do processo de obtenção das informações, clareza na trajetória da construção do fenômeno, descrição detalhada de todos os momentos da pesquisa, não mostrar verdades acabadas, associação entre teoria e prática e as mudanças ocorridas na prática assistencial durante o processo de pesquisa, entre outros.

O estudo foi desenvolvido em 6 etapas realizadas no período de abril de 2009 a janeiro de 2010, em dias e horários alternados, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e do cliente estomizado, atendendo a uma programação prévia com o mesmo ou não, captando-o, deste modo, aleatoriamente no primeiro contato. As etapas foram ao encontro da Proposta Metodológica da PCA, descritas a seguir:

À priori, fui ao Núcleo de Estomizados para estabelecer o primeiro contato com o coordenador do local, o enfermeiro e os auxiliares de enfermagem que trabalham no ambulatório visando a imersibilidade no serviço. A receptividade foi bastante positiva, apesar de certo receio estabelecido, a princípio, principalmente pelo enfermeiro vigente no serviço. No diálogo estabelecido, pude detalhar os objetivos da pesquisa, além de discutir sobre as possíveis formas de minha inserção no serviço em geral oferecido aos estomizados. A equipe de enfermagem mostrou-se interessada e disponibilizou as dependências do ambulatório e até mesmo o acompanhamento realizado por ela e outros profissionais, a fim de que eu pudesse unir os interesses da pesquisa com os da assistência. Este “primeiro contato”, de negociação para início da produção de dados no cenário, perdurou cerca de três meses, mais precisamente nos meses de abril, maio e junho de 2009.

A segunda etapa foi adentrar no serviço, para que eu pudesse conhecer todas as particularidades do mesmo e, assim, ao tempo em que me inserisse na assistência pudesse produzir os dados da pesquisa.

Utilizei de diversas estratégias para a captação desses clientes, como participação nas reuniões mensais realizadas pela Associação de Ostomizados, onde pude me apresentar aos clientes presentes, bem como a pesquisa que seria realizada com os mesmos, para que eles

pudessem, a partir disso, me informar do seu interesse na participação e posteriormente pudessem agendar um dia e horário pertinentes; contato por telefone para agendamento; e, deste modo, permitir-me proceder à captação aleatória, por livre demanda.

À priori, percebi que parte dos clientes que aceitaram participar da pesquisa apresentava-se desconfiada pelo o que seria realizado, com medo também da exposição posterior do que seria conversado. Mas, a partir dos esclarecimentos éticos do estudo e da evolução dos clientes no transcorrer das etapas, os sujeitos ficaram mais à vontade, participativos e ativos, o que assegurou também o alcance de sua participação em todas as fases. Senti também que outros desejavam ajudar a pesquisadora com a execução do trabalho, tendo em mente que já sabiam fazer seus cuidados; mas, no decorrer das etapas, junto com a pesquisadora, foram levados à crítica e à reflexão pela problematização, alcançando-se *mares até então não navegados*. Além destes, outros chegaram mesmo na expectativa de aprendizagem conjunta e de estarem certos de que fazem os seus cuidados da melhor forma, tentando aproveitar ao máximo as discussões sobre a manutenção da estomia de eliminação, expondo exatamente e detalhadamente o que faziam para o estabelecimento da troca de saberes entre enfermeira e cliente.

Inicialmente foi preenchido um formulário de identificação do estomizado (instrumento estruturado de produção de dados – técnica de produção de dados lingüístico-verbal) com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a estomia. (APÊNDICE A) – Esta fase durou em média 20 minutos. É importante mencionar que tanto as abstrações de Freire (1994) quanto às de Leininger (1991) entram em convergência com esta caracterização, pois ambos defendem que devemos conhecer a realidade do sujeito para entender melhor o seu universo, seja no âmbito educativo com Freire, seja no âmbito cuidativo com Leininger. Paulo Freire colabora quando recomenda que se faça um levantamento do universo vocabular dos grupos e Leininger destaca sobre a importância de se conhecer a visão de mundo dos sujeitos dentro de um Modelo Sunrise proposto em sua teoria. Além do mais, trabalhar os saberes e práticas de cuidado de clientes estomizados, sendo este o objeto do estudo, implica sobremaneira em acessarmos a condição sócio-cultural e econômica dos sujeitos, pois a mesma está, por natureza, implicada no objeto, sendo necessária, contudo, conhecê-la.

A terceira etapa consistiu na discussão com o sujeito sobre a manutenção da sua estomia de eliminação intestinal e urinária, utilizando como guia um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões-chaves pré-estabelecidas – instrumento interativo de produção de dados / técnica

de produção de dados lingüístico-verbal - (APÊNDICE B), visando desta forma, acessar os saberes e práticas de cuidado dos clientes estomizados, sujeitos da pesquisa, a partir da relação dialógica estabelecida.

É importante destacar que um aquecimento e reflexão sobre o tema foram feitos antes do início da entrevista, a fim de promover uma estimulação dos sujeitos acerca do tema em pauta. A partir disso, a discussão foi desencadeada com base no compartilhamento de saberes e práticas do cliente e da pesquisadora, através do processo de problematização. Para efeito tanto do aquecimento quanto da discussão, foram utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos sobre a temática que auxiliaram no processo de educar-cuidar (APÊNDICE C).

Além disso, foram captados os equipamentos e adjuvantes distribuídos no núcleo para que, no momento da explicação de como faziam seus cuidados, pudessem pegar, sobre a mesa do consultório, exatamente o equipamento e adjuvantes que utilizam no seu cuidado cotidiano, facilitando o processo de explanação do cuidado realizado e o momento de ensino-aprendizagem conjunto. Ressalta-se que a utilização destes materiais não teve um propósito prescritivo, mas de contribuir com a discussão que teve um caráter problematizador. Neste momento foi possível articular as duas dimensões de saberes e trabalhar no sentido de ampliar as possibilidades de cuidado, fazendo também com que o cliente assumisse a sua condição de sujeito crítico e autônomo, capaz de modificar a sua realidade. Esta fase durou em média 60 minutos.

A quarta fase foi pontuar os cuidados fundamentais acerca da manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, à luz do que foi discutido, com a finalidade de que os mesmos possam ser implementados no domicílio, e que, posteriormente, isso traga respostas satisfatórias no serviço ambulatorial de cuidado. É importante colocar que esta fase ocorreu simultaneamente à fase anterior, que durou em média 10 minutos, feita oralmente porque os clientes disseram não precisar de documento escrito para o conseqüente cuidado no domicílio ou ambiente afim. Portanto, a decisão do cliente foi respeitada.

Seguindo adiante, ocorreu a quinta fase, realizada de dois a três meses depois, que consistiu na aplicação da técnica de observação participante no consultório de acompanhamento – técnica de produção de dados comportamental. Foi observado, portanto, os resultados advindos da etapa anterior (discussão com os sujeitos acerca da manutenção da estomia através de entrevista semi-estruturada), incluindo dados sobre a evolução da estomia no decorrer dos

encontros, além do registro sobre a posição do cliente, assumida durante o processo de cuidado de Enfermagem com a enfermeira pesquisadora (APÊNDICE D).

Vale ressaltar que em acordo com o método da PCA, a proposta da produção de dados da pesquisa incluiu a minha inserção no atendimento do cliente no âmbito da consulta de Enfermagem, mediante acordo prévio com o enfermeiro responsável.

Deste modo, a observação foi realizada durante a consulta de Enfermagem desenvolvida pela pesquisadora no ambulatório, não havendo qualquer forma de participação do enfermeiro vigente no serviço neste processo. Isto ocorreu devido ao não comparecimento cotidiano do mesmo no trabalho, não coincidindo, portanto, aos dias e horários pré-estabelecidos por mim e pelo cliente para a participação na pesquisa. Quando havia o nosso encontro no serviço, o enfermeiro já tinha consultas marcadas, tendo eu, participado de algumas, ou acompanhávamos em salas diferentes, ocorrendo apenas uma vez. Esta consulta de avaliação/retorno consiste, basicamente, em: avaliação do estoma de eliminação intestinal e urinário, indicação da bolsa coletora, tratamento de possíveis complicações advindas do estoma na pele periestoma e educação em saúde voltada, principalmente, para a manutenção da estomia pelo cliente estomizado.

Foram estabelecidos diálogos com os sujeitos com o intuito de buscar a interpretação para o que foi observado, evitando-se trabalhar puramente com a perspectiva interpretativa do pesquisador, respeitando desta maneira o princípio que norteia esta técnica de produção de dados: o de ser participante. Esta etapa durou em média 30 minutos.

Para finalizar, na 6ª fase, o sujeito foi abordado com o intuito de validar o método aplicado. Foram feitas, portanto, considerações sobre todo o processo. A discussão foi conduzida por um roteiro de questões-chaves pré-estabelecidas (instrumento interativo de produção de dados - técnica de produção de dados lingüístico-verbal), que foram gravadas em meio digital como na terceira etapa (APÊNDICE E) – esta fase durou em média 10 minutos.

2.4. Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo aprovado com número de Protocolo nº 052/2009, atendendo o previsto na Resolução 196/96 (ANEXO A). Foram estreitados os devidos contatos com a Instituição eleita como locus

da pesquisa, por meio do Enfermeiro pós-graduado em estomaterapia e do Coordenador do Núcleo de Estomizados, e com a Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – RJ, através do Secretário e do Diretor da Coordenação de Enfermagem, de modo a se efetivar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNCIDES F, G, H e I).

Em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / MS, em seu item IV, serão formalizados alguns compromissos por parte da pesquisadora junto aos sujeitos. Os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido devidamente esclarecidos quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e de sua inserção no estudo, que também constaram no termo em escrito (APÊNDICE J). Após a assinatura do TCLE os sujeitos receberam uma cópia do mesmo.

Assim, os sujeitos foram informados sobre a voluntariedade de sua participação, anonimato garantido, desistência em qualquer momento da pesquisa, riscos e benefícios. Portanto, o anonimato foi garantido, ou seja, em nenhum momento foi divulgado os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no TCLE. Os encontros individuais para a produção de dados, realizados no período de setembro de 2009 a janeiro de 2010, com os 17 sujeitos, foram transcritos na íntegra. A identificação foi feita por códigos alfa-numéricos e os clientes foram identificados pela letra **C** e a pesquisadora pela letra **P**. Após cada letra **C** inserida no texto, foram agregados números arábicos seqüenciais, de acordo com a ordem de produção dos dados.

Frisou-se que a participação é voluntária e que em qualquer instante o sujeito poderá retirar seu consentimento. Ainda foi dito que o indivíduo não terá custos ou compensações financeiras ou de outra natureza, nem haverá riscos de natureza física, mental ou moral.

2.5. Ambiente para desenvolvimento da pesquisa (utilizado com todos os sujeitos, menos um, que não utilizou apenas na terceira etapa)

Sala de consultório utilizada pela equipe de enfermagem, nas consultas com o enfermeiro e na distribuição de materiais com os auxiliares de enfermagem, também utilizada pelo médico para consulta. O local contém o arquivo de prontuários de todo o Núcleo, sendo utilizado por todos os profissionais assistenciais.

O consultório contém um fichero para arquivamento de prontuários localizado ao lado da porta de entrada, uma mesa retangular com duas cadeiras, uma maca para realização de procedimentos, uma mesa auxiliar com uma gaveta e uma porta contendo uma prateleira (usada para auxiliar nos procedimentos e guarda de material para uso local), um espelho retangular, um aparelho de som para música ambiente – caso for pertinente e necessário, um ventilador de teto e uma janela.

Em todos os encontros a porta manteve-se fechada devido a ruídos externos, boa temperatura e iluminação no ambiente. Por ser o único consultório do núcleo, local onde os prontuários ficam guardados e onde os clientes solicitam materiais, na maioria dos encontros, ocorreram alguns incômodos durante as entrevistas, o que pausou as conversas, mas apesar disto, não atrapalhou o andamento da pesquisa. Algumas vezes, também, houve interrupção pela chamada no celular, o que também não comprometeu as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas frente-a-frente, na mesa do consultório. Materiais sobre a mesa (pesquisa, panfletos, todos os equipamentos e adjuvantes que são distribuídos no núcleo e material de aquecimento – apêndice C) foram colocados para o aquecimento da conversa e reflexão sobre o assunto. Assim as fases descritas anteriormente foram ganhando vida e cor, através da relação empática estabelecida entre enfermeira pesquisadora e cliente estomizado, mediada pela prática dialógica, que possibilitou o compartilhamento de saberes e práticas de cuidado acerca da manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária.

Vale mencionar que o local diferenciado onde foi realizada a terceira etapa com apenas um cliente, referido acima, foi a sala de atendimento da assistente social. Sala mais arejada do que o consultório de enfermagem, com aparelho de ar condicionado e também uma mesa retangular e duas cadeiras. Porém, mesmo com a porta fechada, os ruídos externos atrapalharam, porque a parede é de fórmica vazada na parte de cima, dificultando, de certo modo, a “conversa” e diminuindo a privacidade para falar também, pois parecia que o som advindo do nosso diálogo poderia alcançar as pessoas que estavam na parte externa da sala.

Especificamente com este sujeito, fomos interrompidos uma vez porque havia um cliente estomizado querendo falar com urgência com o referido sujeito da pesquisa, devido o mesmo ser vice-presidente da Associação dos Ostomizados. Paramos, então, no meio do diálogo e prosseguimos mediante o seu retorno. A sala da Assistente Social foi utilizada porque o consultório estava sendo usado pelo enfermeiro para consulta de enfermagem, consulta esta que

não pude participar devido agendamento prévio, para participação na pesquisa, com o referido sujeito do estudo.

Dias utilizados para a execução das segundas a sextas fases da pesquisa, a partir da assinatura do TCLE: 11/09/2009; 16/09/2009; 17/09/2009; 18/09/2009; 25/09/2009; 02/10/2009; 26/10/2009; 27/10/2009; 28/10/2009; 29/10/2009; 09/12/2009; 10/12/2009; 11/12/2009; 16/12/2009; 17/12/2009; 18/12/2009; 21/12/2009; 19/01/2010 e 25/01/2010. Em todos os encontros, com os 17 sujeitos do estudo, procedi de forma seqüencial, realizando a minha apresentação e esclarecendo a finalidade e etapas do trabalho.

2.6. Análise e Interpretação dos Dados

Os dados foram analisados e interpretados a partir da triangulação dos achados emergentes do preenchimento do formulário de identificação do estomizado, transcrição das gravações em meio digital relacionadas às entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Assim, o processo de categorização poderá ser iniciado, a partir da análise de conteúdo temática. Esta análise temática ocorrerá de forma cíclica com a produção de informações, caracterizando o ir e vir da metodologia.

O método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2002), se organiza em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise se constitui de três momentos: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que irão fundamentar a interpretação final.

A exploração do material é a fase mais duradoura, onde existe a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a etapa da categorização, na qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os conteúdos são recolhidos e se constituem em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas (GOLDEMBERG & OTUTUMI, 2008).

Capítulo III

Caracterização dos sujeitos do estudo

CAPÍTULO III

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Devido à importância do conhecimento prévio da realidade do sujeito, fez-se necessária à descrição dos dados obtidos com o preenchimento do formulário de identificação do estomizado (APÊNDICE A). Freire (1994) e Leininger (1991) sustentam essa caracterização, pois ambos defendem que devemos conhecer a realidade do sujeito com o qual nos relacionamos no âmbito educativo e cuidativo, respectivamente. Além do mais, trabalhar saberes e práticas de cuidado implica sobremaneira em acessarmos essa condição sócio-cultural e econômica dos clientes, tendo em conta que há influências destes universos que fundamentam o cuidado estabelecido, transparecendo a realidade de cada um.

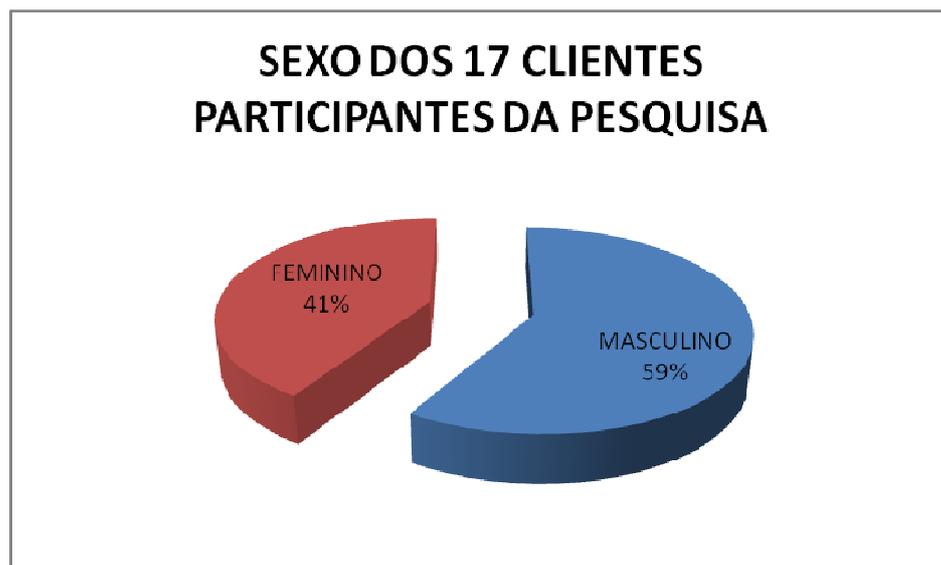


GRÁFICO 1

Conforme o gráfico 1, dos 17 (100%) clientes participantes, 7 (41%) eram do sexo feminino e 10 (59%) do sexo masculino, demonstrando um certo equilíbrio na participação dos clientes no que tange ao gênero. Vale ressaltar que não houve qualquer tipo de escolha relativa ao sexo do participante; os clientes foram inseridos na pesquisa de maneira aleatória, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e sua demanda espontânea.

O tempo de confecção do estoma varia de 9 a 181 meses, média de 67,6 meses, havendo, portanto, clientes estomizados mais recentes e mais antigos, diferenciando-os no momento do compartilhamento de saberes e práticas. Apesar dessa variação do tempo de confecção do estoma de eliminação, todos os clientes se enquadram no período pós-operatório tardio, em fase de reabilitação.

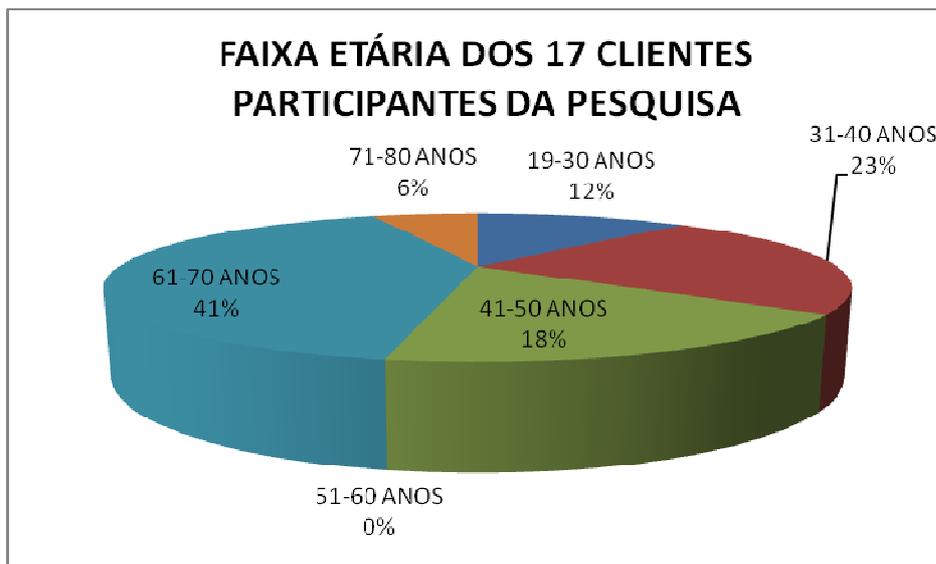


GRÁFICO 2

O gráfico 2 revela uma faixa etária dos participantes da pesquisa bem variada, havendo predominância dos idosos na faixa de 61-70 anos, com 41% do total de sujeitos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o sujeito idoso como aquele de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento; e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos (SANTOS & BARROS, 2008).

A faixa etária elevada está estritamente relacionada com a maior causa da confecção da estomia de eliminação indicada no gráfico 15: o tumor no intestino (41%). Destes clientes, 30% estão na faixa etária mencionada. Soma-se, ainda, um cliente (5%) cuja causa da estomia de eliminação foi um tumor na bexiga, totalizando em 35% de sujeitos que confeccionaram a estomia de eliminação devido a um tumor no intestino ou bexiga. Dos 41% de idosos na faixa de 61-70 anos, 35% tiveram como causa da estomia um tumor no intestino ou bexiga. Sabe-se da relação causal entre o aumento da idade e o acometimento do organismo por câncer; isso porque

“o processo de envelhecimento implica em alterações nos mecanismos de produção de energia no organismo, assim como em modificações celulares e moleculares que tornam o idoso mais vulnerável ao surgimento de neoplasias” (ANDRADE; 2010, p.1).

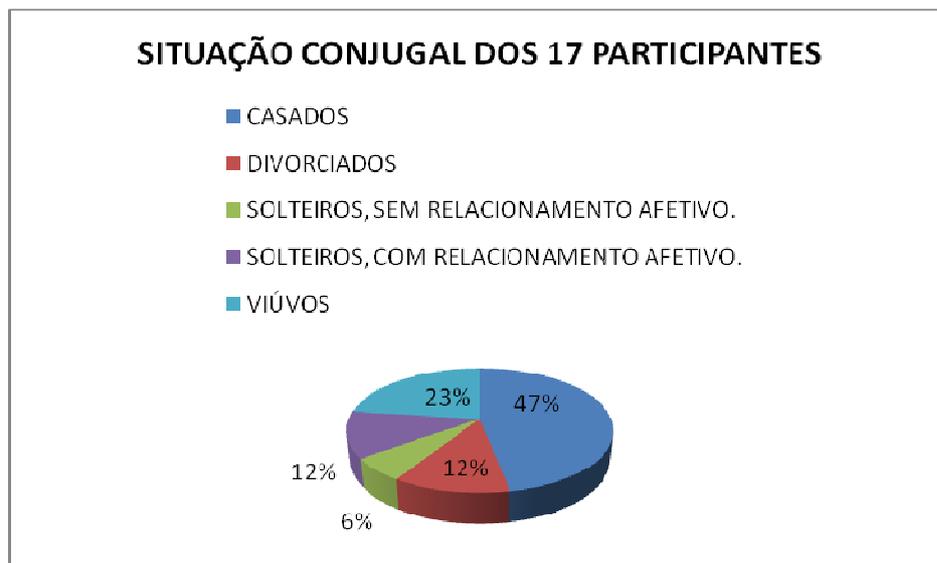


GRÁFICO 3

Sobre a situação conjugal, 8 (47%) são casados; 2 (12%) divorciados; 1 (6%) solteiro, sem relacionamento afetivo, e 2 (12%) solteiros, porém, com relacionamento afetivo; e 4 (23%) viúvos. De acordo com o gráfico 3, a maioria dos clientes entrevistados (47%) são casados, isso nos chama à reflexão acerca da situação afetiva dos estomizados, indicando que nem sempre essa condição, vista quase sempre como “destruidora” da relação conjugal, requer rompimento de laços afetivos. Os discursos chamam à atenção não somente à manutenção de relacionamentos afetivos ou a possibilidade de estruturar-se num novo. Exemplo disso foi a situação vivenciada por uma cliente que conheceu o marido e casou-se depois de já ser estomizada. Este tipo de situação, quase sempre requer muita dedicação e equilíbrio emocional, representado em suas falas:

C9: _Tenho 41 anos de casado, e fui tão coisa com ela e traí ela...há 18 anos atrás e a mulher fazia tudo pra mim, foi uma benção na minha vida e acabei pagando com os dois filhos meus espoletas...E eu falei pra ela, quando eu me converti. Muita gente sabia que eu não era flor que se cheirava...só mulher mesmo e cervejinha. Aí me converti e tinha gente que não acreditava, né. (...) Vou te dizer uma coisa, tenho uma maior vergonha do que eu fiz. E eu me senti numa maior obrigação de contar pra ela. Pedi a Deus e contei, umas cinco e meia da manhã, e ela compreendeu, como já tinha me convertido e não estava mais com a mulher. Ela ficou o dia inteiro na cama, mas me perdôo. Ela não merecia isso, eu tenho uma maior vergonha disso.

C7: _ Não paro, estou sempre em movimento. Só paro quando estou dormindo. Eu tenho apoio do marido...tem gente que não tem. (...)

C8: _ (...) Morava com a minha filha ainda e eu tive uma idéia de relance: fui na cômoda do guarda-roupa dela e achei um topper. Aí o que eu fiz, fui enrolando a bolsa e coloquei o topper aqui e deu certinho! Ai depois disso fui tentando de outras formas... Mas depois de oito anos de ostomizada e sete de casada, se eu tiver que sair do banheiro com a bolsa pendurada e passar por ele, faço tranquilamente. Mas na hora da relação eu boto um topper.

C10: _é aquele negócio, eu cuido de mim no mesmo sistema que eu cuido de você...Eu me sinto uma pessoa normal e tem aquela mesma coisa do dia-a-dia. Só que no início da cirurgia, após a operação, com o decorrer do tempo, eu estava me achando uma pessoa retirada da parte da vida da minha mulher. Eu estava notando ela meio constrangedora, meio fria nisso daí, de relacionamento, essas coisas e tal. Aí a gente começou a brigar várias vezes, e a gente fica com depressão, você se sente uma pessoa recuada, magoada, que tem uma deficiência e não pode chutar o balde, querer separar, tocar o barco pra frente. Então a gente se sente desta maneira. Inclusive até coisas aconteceram, que hoje eu vivo bem dentro de casa, que fez a minha mulher abrir o olho, e fez eu enxergar que a vida continua sendo normal.

Das duas pessoas divorciadas, uma se separou após a confecção da estomia de eliminação, não estando à separação diretamente relacionada com a condição de saúde do cliente. É importante mencionar sobre as duas pessoas solteiras, porém com relacionamento afetivo: são pessoas jovens que enfrentam de maneira positiva a condição de ser/estar estomizada e convivem com o parceiro e parceira de forma amadurecida, comprometidos com sua saúde e bem-estar.

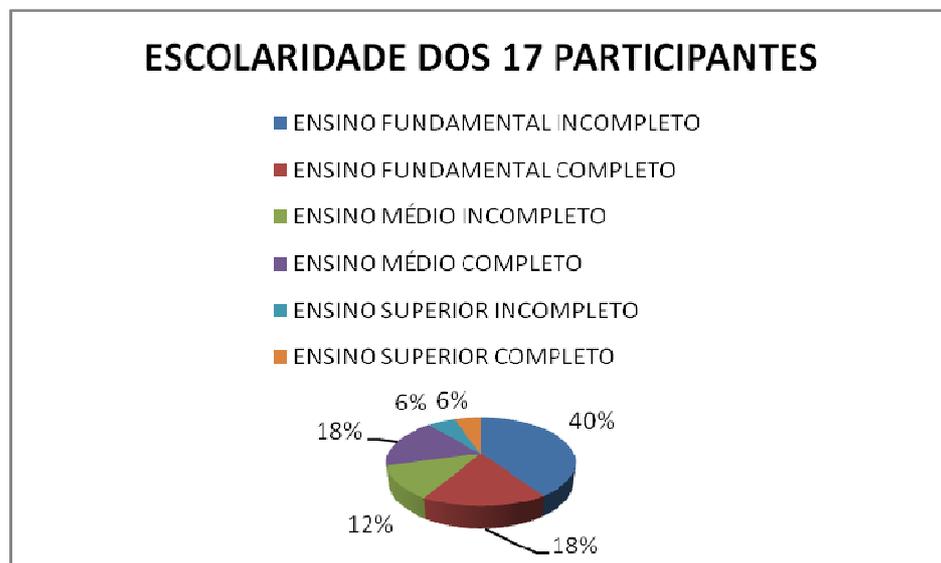


GRÁFICO 4

No que tange à escolaridade, 41% possuem ensino fundamental incompleto e 18% ensino fundamental completo; 12% ensino médio incompleto e 18% ensino médio completo; 5,5%

ensino superior completo e 5,5% ensino superior incompleto. Chama atenção o alto índice de clientes com baixa escolaridade (41% com ensino fundamental incompleto). No município de Campos dos Goytacazes – RJ, segundo dados do Ministério da Educação – INEP, em 2000, 7.73% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão deste nível, entre jovens de 15 a 17 anos, era de apenas 35.7%. Num estudo realizado por Nunes, Queluz e Pereira (2007) na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ, sobre a prevalência de fissuras labiopalatais, no perfil das mães dos clientes, a maioria (46%) tinha, à época do parto, de 4 a 7 anos de estudos concluídos. Os dados mostram a convergência com o presente estudo, fazendo alerta às autoridades que governam principalmente o município em questão.

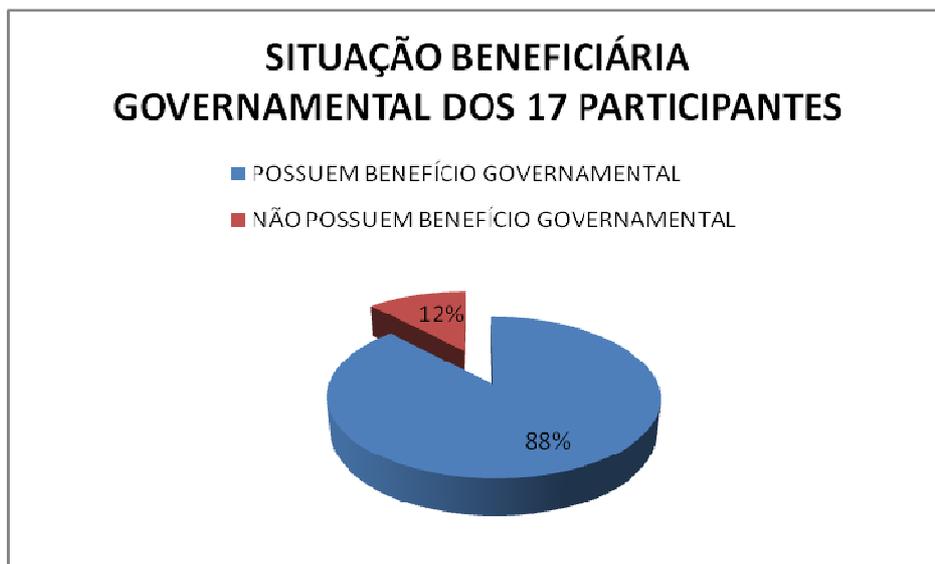


GRÁFICO 5

Conforme o gráfico 5, oitenta e oito por cento (88%) dos clientes possuem benefício governamental. Destes, 60% pelo INSS, sendo a maioria pela necessidade especial de ser portador de estoma de eliminação, e, os demais, por tempo de trabalho e acidente de trabalho; 18% possuem cheque cidadão (cartão de alimentação do município) e 6% recebem pensão. Doze por cento não possuem o benefício, porém esperam perícia médica de modo a adquiri-lo.

Com a publicação do Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, os estomizados são considerados pessoas com deficiência física. Nesse contexto, os estomizados fazem jus a uma

série de direitos como é o caso do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS). O BPC-LOAS, é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja a operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. Assim, a pessoa com deficiência tem direito ao BPC-LOAS e deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, deverá também ser avaliada se a sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho. Esta avaliação é realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS. Esse benefício garante um salário mínimo mensal ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente como é o caso de alguns estomizados (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2009).

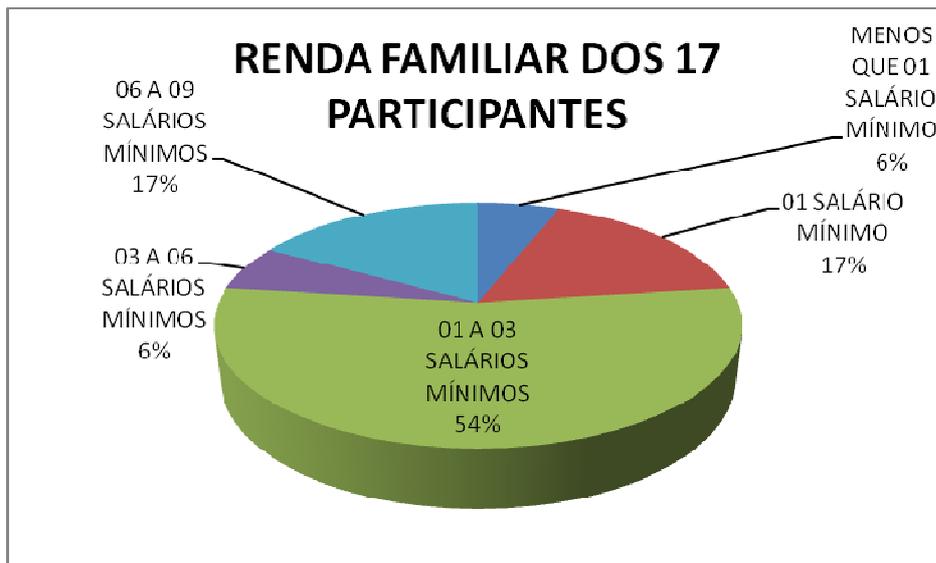


GRÁFICO 6

Sobre a renda familiar 53% estão na faixa de 01 a 03 salários mínimos (SM); 6% de 03 a 06 SM; 17% de 06 a 09 SM; 17% de 01 SM e 6% de menos que 01SM. A maior parte dos clientes, conforme o gráfico 6, encontram-se com a renda familiar na faixa de 01 a 03 salários mínimos, considerada relativamente baixa, tendo em vista a arrecadação volumosa de dinheiro proveniente dos *royalties* de petróleo:

O município de Campos dos Goytacazes, localizado na Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, possui uma volumosa arrecadação proveniente dos *royalties* (arrecadou aproximadamente R\$ 765 milhões de reais em 2007). Contudo este expressivo orçamento oriundo das rendas petrolíferas não se constituiu em mudanças significativas nos segmentos menos favorecidos da população. Diante dessas transformações societárias e nas relações de trabalho, torna-se mister políticas públicas que objetivem a promoção e a articulação de ações que propiciem a autonomia do sujeito, e que busquem minorar o quadro de desigualdades socioespaciais no município (STELLET & BORBA; 2008, 1p).

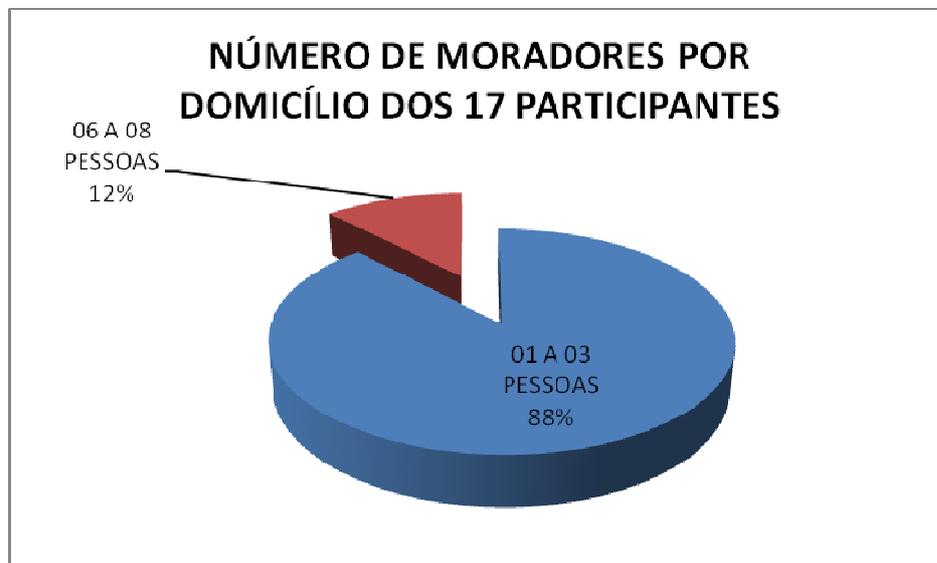


GRÁFICO 7

Todos os clientes possuem casa própria, de alvenaria, com luz elétrica e coleta de lixo. O número de moradores por domicílio, de acordo com o gráfico 7, varia de 01 a 03 pessoas em 88% dos casos e de 06 a 08 pessoas em 12% das moradias. Segundo o Censo 2007 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a média de moradores por domicílio caiu, influenciada pelo declínio da taxa de fecundidade e redução do tamanho das famílias. O número de municípios com média inferior a 3 moradores por domicílio aumentou de 77 em 2000 para 250 em 2007. No outro extremo, os 250 municípios cuja média era de mais de 4,5 moradores por domicílio caiu para 181.



GRÁFICO 8

Quanto à procedência da água para consumo, em 88% dos casos, esta é proveniente da rede pública; e 12% de poço a céu aberto. Segundo Costa, Medri & Santos (2002, p.1), “A água, para ser servida aos usuários dos sistemas públicos de abastecimento, deve estar totalmente isenta de poluentes químicos e biológicos, já que a saúde da população está intrinsecamente ligada à qualidade da água que ela consome”. Contudo, a maioria dos sujeitos, mesmo consumindo água proveniente da rede pública, em 88% dos casos, como mostra o gráfico 8, deve observá-la e tomar as medidas necessárias para o seu consumo, prevenindo a ocorrência de qualquer malefício à saúde. Devemos considerar também que a mesma água é utilizada nos cuidados diários de manutenção da estomia de eliminação, sendo componente essencial à higienização da mesma.



GRÁFICO 9

Em relação ao destino dos dejetos, 65% são escoados para a rede pública e 35% para a fossa séptica. A distribuição percentual dos domicílios brasileiros, segundo o panorama do saneamento básico no Brasil (BRASIL, 2007) para o destino dos dejetos na região sudeste é de 73,4% para a rede pública coletora; 7,6% para a fossa séptica, e 19,0% para outras soluções de coleta. Portanto, os dados convergem com a situação da região sudeste do país e colaboram para uma reflexão sobre a situação sanitária do Estado que interfere sobremaneira nas condições de saúde da população.

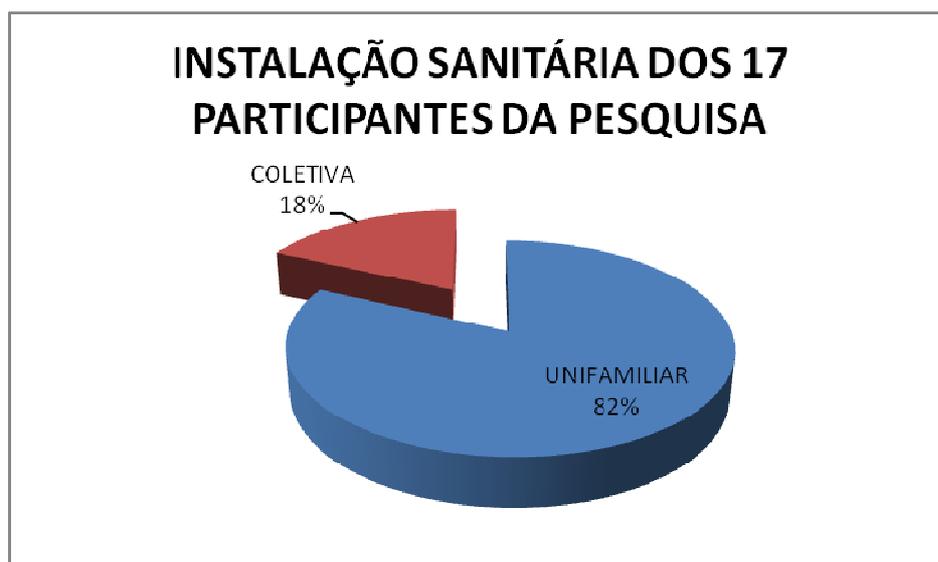


GRÁFICO 10

Conforme o gráfico 10, a maioria dos clientes possui edificação de instalação sanitária apenas para a sua família (82%), enquanto a minoria (18%) da clientela vive com instalação sanitária coletiva.

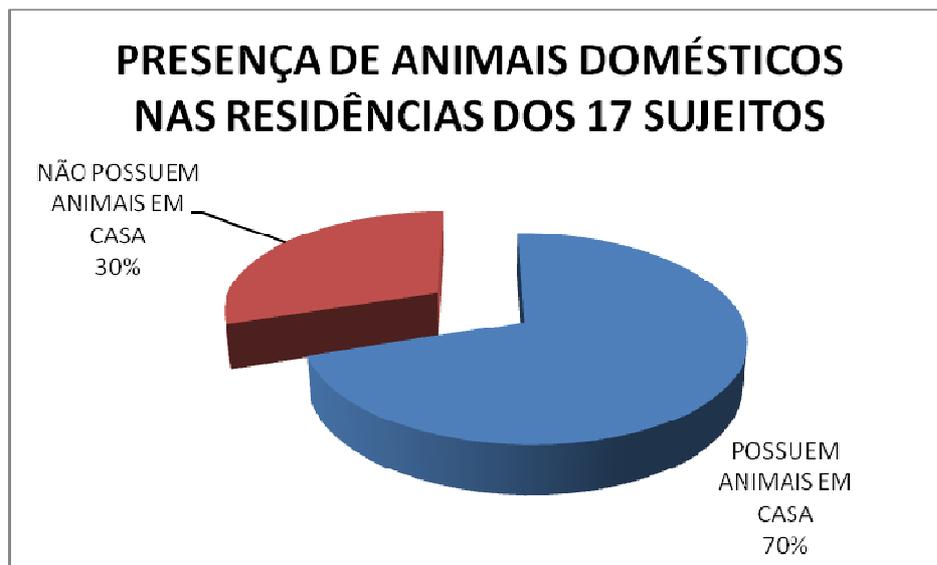


GRÁFICO 11

Em relação à presença de animais domésticos nas residências, o gráfico 11 indica que 70% dos clientes os possuem (cachorros e gatos) e 30% não possuem. Sabe-se que o convívio com animais no domicílio pode trazer muitos benefícios à saúde do seu dono, principalmente no que se refere à saúde emocional. Porém, deve-se estar atento à saúde do animal, bem como a limpeza do local em que vive para que ambos, sujeito e animal doméstico, convivam em harmonia sanitária e higiênica, pois se configuram como princípios fundamentais para o manuseio da estomia.

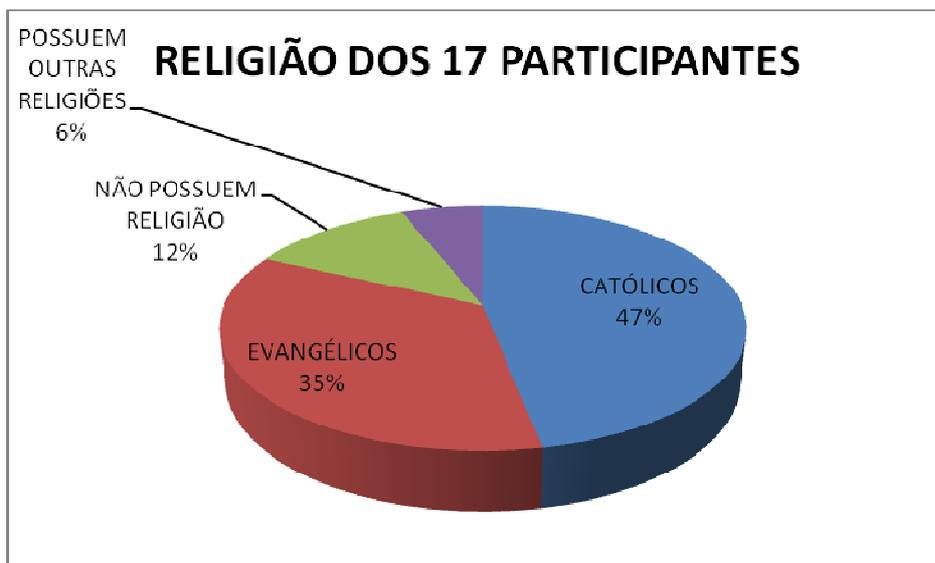


GRÁFICO 12

Quanto à religião, 47% são adeptos da religião católica; 35% são evangélicos; 12% não possuem; e 6% possuem outras religiões. A religiosidade foi um fator bem marcante nas enunciações dos sujeitos, cada qual, imbuído na sua religião específica, procura o apoio necessário para o enfrentamento das dificuldades oriundas da situação de ser/estar estomizado.

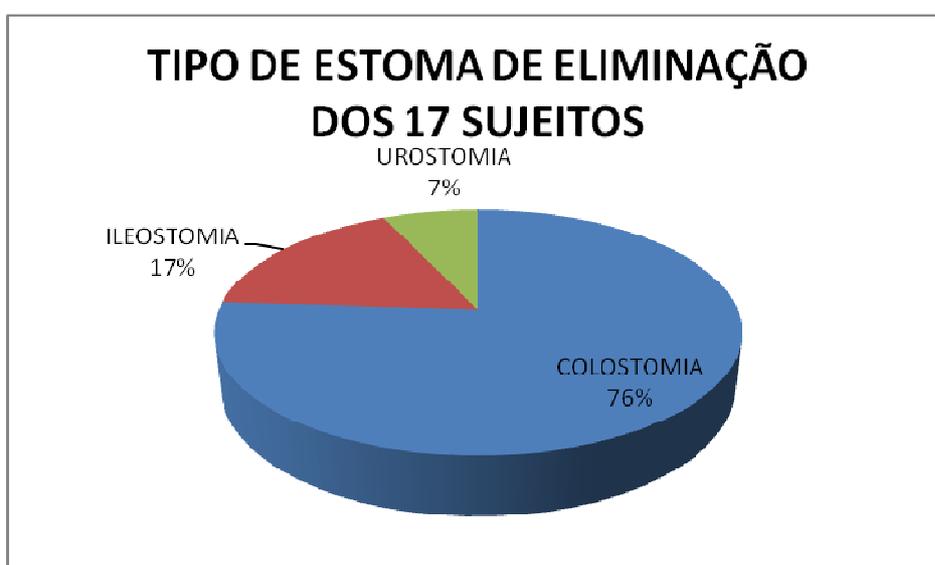


GRÁFICO 13

Quanto ao tipo de estoma de eliminação dos clientes participantes do estudo, o gráfico 13 mostra que 76% são de colostomia, 17% ileostomia, e 7% urostomia. A maioria apresenta-se com uma colostomia. Para Stumm, Oliveira & Kirschner (2008, p.27), “Considerando-se os tipos de ostomia, a colostomia é a mais freqüente. Caracteriza-se pela exteriorização do cólon através da parede abdominal, com o objetivo de eliminação fecal”.



GRÁFICO 14

Sobre o tempo de permanência do estoma de eliminação, verifica-se no gráfico 14 que 53% são do tipo temporário e 47% são permanentes. Dos 53% de casos temporários, 23% encontram-se em situação interrogada da possibilidade de reconstrução, porém ancoram-se nesta possibilidade e preferem optar por proferir a temporalidade.

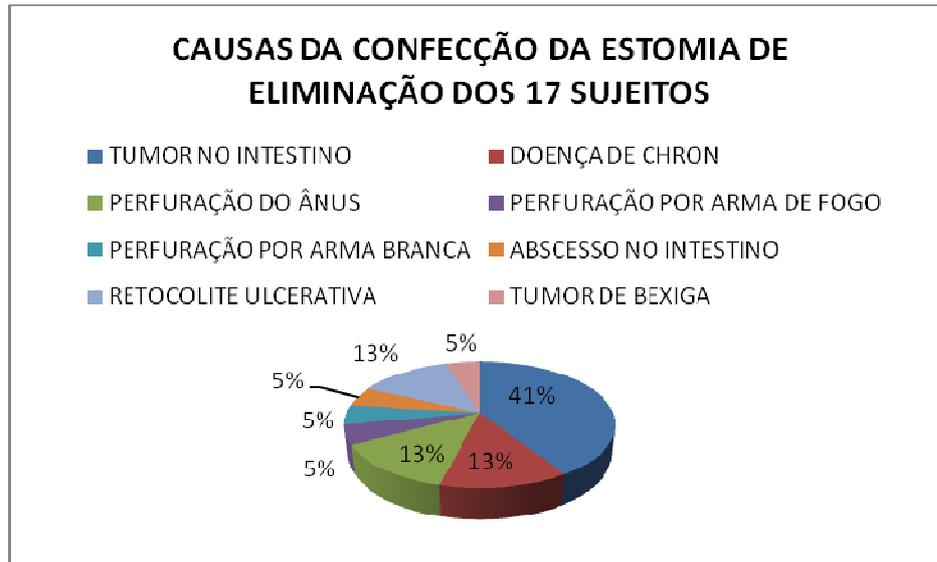


GRÁFICO 15

No que tange às causas da confecção da estomia de eliminação, conforme demonstra o gráfico quinze, 41% são provenientes de tumor no intestino, 13% doença de Chron, 13% perfuração do ânus por acidente de trabalho ou de trânsito, 5% perfuração por arma de fogo, 5% perfuração por arma branca, 5% abscesso no intestino, 13% retocolite ulcerativa, e 5% tumor de bexiga. Segundo Cascais (2007, 27p), citando Habr-Gama e Araújo (2005), “As patologias do sistema gastrointestinal, como o câncer colorretal, a doença de Crohn, má formação congênita e traumas resultantes de violência urbana, constituem a principal causa da realização deste tipo de cirurgia”. Os dados revelam que a maior parte das causas da confecção do estoma (41%) é proveniente do câncer no intestino, relacionado também da maioria dos clientes estarem na faixa etária dos 61-70 anos (41%), além de apresentar a colostomia como o tipo de estoma de eliminação intestinal (76%).



GRÁFICO 16

De acordo com o gráfico dezesseis, 88% dos clientes não recebem ajuda ou apoio de familiares ou vizinhos nos cuidados relativos à manutenção da estomia de eliminação no seu domicílio, enquanto que uma das clientes (6%) recebe apoio apenas para colar a bolsa na pele; segundo seu relato, pelo medo de errar e também em razão da dor que sente ao colá-la, proveniente da dermatite. Apesar desta problemática singular, um trabalho de enfrentamento foi implementado durante a relação enfermeira-cliente estabelecida no desenvolvimento da pesquisa, para que a mesma tentasse implementar todos os cuidados no seu domicílio e conseguisse alcançar a autonomia necessária para o seu dia-a-dia. Sobre isso, no retorno da cliente ao ambulatório, para a consulta de enfermagem, a cliente referiu-se estar fazendo todos os cuidados de manutenção, inclusive colar a bolsa, não dependendo mais de sua cunhada. O plano educativo dialógico proporcionou-lhe maior segurança no cuidado de si, segundo seu relato: _“Fui criando coragem...” _E expressou: _ “Um alívio!”. Outro sujeito (6%) recebe algum tipo de ajuda/apoio nos cuidados relativos à manutenção de sua estomia para a troca da bolsa porque se sente acolhido, mas mencionou saber realizar os cuidados de forma autônoma e assim o faz quando necessário.

O capítulo a seguir apresenta os saberes e práticas de clientes estomizados, participantes da pesquisa, sobre a manutenção de sua estomia, momento no qual as características ora

mencionadas servirão de subsídios à análise, sempre quando o assunto tratado estiver articulado a tais características.

Capítulo IV

Saberes e Práticas de Clientes Estomizados sobre a Manutenção da Estomia de Eliminação Intestinal e Urinária

CAPÍTULO IV

SABERES E PRÁTICAS DE CLIENTES ESTOMIZADOS SOBRE A MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA

O conhecimento é a apreensão intelectual de alguma coisa ou objeto ou fenômeno. O processo de conhecer perpassa, durante a história da Humanidade, por todos os povos e culturas, cada qual construindo conhecimentos diferentes para o atendimento de lógicas diferentes na constante procura de soluções para a sobrevivência. Estes conhecimentos passados de geração em geração resolvem as necessidades práticas do dia-a-dia, porém não são considerados ou se transformam em conhecimento científico. Isto porque, cada qual, a ciência e o senso comum, têm princípios próprios que os legitimam. O senso comum advém de crenças de sujeitos pertencentes a um grupo ou comunidade onde acontecem as relações sociais, culturais, econômicas e políticas. Isto envolve todo o contexto e realidade subjetiva do indivíduo conhecedor.

A educação em saúde pensada como uma tecnologia de cuidado deve considerar a subjetividade e o saber de cada sujeito, para assim possibilitar o intercâmbio entre o saber técnico-científico ou profissional e o saber popular advindo do senso comum, construindo então um conhecimento compartilhado (TEIXEIRA, 2008).

A informação compartilhada pela ação educativa através da prática dialógica do enfermeiro colabora com que o cliente exerça sua condição de sujeito, independente e autônomo. Essa forma de educar-cuidar só é possível quando pensada de forma horizontal, recíproca e verdadeiramente humana, a fim de provocar mudança de comportamentos e práticas pela tomada de consciência. Sob esta perspectiva, torna-se viável transformar a posição “ingênua” dos clientes, em posição crítica, em sujeitos mais coerentes e conscientes de sua realidade, participantes do cuidado de maneira ativa, crítica e questionadora, ampliando as possibilidades do cuidado de si. Como seres orgânicos, clientes e profissionais participam da relação de cuidado e estão constantemente se transformando, norteados por pensamentos e ações que se refazem e se transformam ao longo de suas vidas (ALVIM & FERREIRA, 2007).

Neste estudo revelaram-se alguns saberes e práticas no diálogo entre enfermeira-cliente para o desenvolvimento do compartilhamento das experiências no intento de se construir um plano de cuidados individual e congruente com as necessidades e desejos do cliente. Nesta troca envolvente emergiram práticas e saberes acerca da troca da bolsa coletora (drenável e fechada); manutenção diária da bolsa coletora drenável; manutenção da bolsa coletora fechada; manutenção diária da bolsa coletora drenável para urostomia; auto-irrigação; uso de adjuvantes (barreira protetora de pele em pasta e pó, lubrificante desodorante); complicações tardias (dermatite, prolapso e hérnia); uso de acessórios (cinta e adesivo fixador); banho de sol (falta de privacidade para o banho de sol e falta de tempo para o banho de sol); proteção do equipamento durante o banho habitual; vida social, familiar e laborativa; religiosidade e espiritualidade; sexualidade; exercícios e desportos; lazer; vestuário; dieta; direitos e deveres.

Os sujeitos da pesquisa, ao destacarem seus saberes e práticas sobre a manutenção da estomia de eliminação durante a prática dialógica estabelecida, deixaram fluir suas concepções acerca da estomia, bem como, seus sentimentos relacionados à derivação cirúrgica, suas atitudes e comportamentos frente ao estoma.

4.1. Concepções acerca da Estomia

Os clientes estomizados concebem o estoma a partir de suas vivências e experiências relacionadas à derivação cirúrgica e ao movimento de cuidado estabelecido após a confecção da mesma. Eles definem a estomia de maneira lógica e congruente, atentando para a mudança no próprio corpo, agora mutilado, no local do seu orifício normal de evacuação:

C1: _ Bem, ostomia é.. devido ter tirado o tumor, né, pra poder tratar o lugar onde ele estava, né, foi feita uma cirurgia pra poder colocar o intestino pra fora pra poder a evacuação sair através dessa parte. É uma parte do intestino que foi colocada pra outro lugar para a saída das fezes.

C4: _ O que eu posso explicar à senhora que é um desvio do canal do reto, um orifício aqui perto do abdômen, do lado do umbigo, para dar continuidade à necessidade fisiológica.

C8 ainda define a estomia relacionando à orientação profissional ora dada: *_ Eles falam que é uma intervenção cirúrgica pra poder sair os dejetos. C2, ao mencionar que _Estomia é essa parte do intestino que fica pra fora!, questionei-o quanto à finalidade da mesma e ele me respondeu com êxito: _ Pra sair as fezes!*

C14 questionou-me se o termo “estomia” estaria relacionado à bolsa coletora e ainda a definiu baseado em suas “estatísticas empíricas”:

C14: _Estomia não é isso? Negócio da bolsa?

P: _Mas o senhor sabe a definição?

C14: _A definição é que a pessoa não tem condições de evacuar pelo ânus, aí o estoma é que salva a pessoa... Antes, de cinco, um se salvava e hoje de oito, um morre e salva sete, essa é minha estatística.

P: _Então, é um desvio que foi feito no seu intestino pelo abdome pra saída das fezes, em vez de saírem pelo ânus, saem por aí.

O cliente 15, ao definir o estoma, lembrou da relação que geralmente é feita ao orifício pelos clientes estomizados e revelou que se trata de um apelido que não gosta:

C15: _É... aquilo ali é um desvio né que foi feito no intestino para a saída das fezes. E todo mundo chama de moranguinho e eu acho ridículo, porque fica aquela coisa vermelhinha pra fora...é um moranguinho! É um moranguinho porcaria nenhuma, que moranguinho! Quer comparar com uma fruta que eu adoro... É um desvio que é feito no intestino pra você fazer a sua evacuação por ali...

Verificou-se que o estímulo à reflexão durante a pesquisa convergente-cuidado proporcionou a revisitação dos saberes de clientes estomizados acerca das concepções relacionadas ao estoma, fazendo fluir o que sabiam:

P: _o que é aquele estoma, aquele buraquinho ali?

C3: _não é o intestino?

P: _é o intestino... e ele foi colocado pra onde?

C3: _pra fora!

P: _para sair o quê?

C3: _para sair as fezes.

P: _para sair as fezes, não é? Então é um desvio...

C3: _ O cólon do intestino foi isolado.

P: _ urrum.

C3: _ o meu cólon foi isolado.

Duarte e Barboza (2007, 4p.) refletem sobre isso, no que tange à postura do educador mobilizador da crítica-reflexão e troca de idéias, alavancando as mudanças sociais:

Conscientes dessa nossa postura de formadores de opiniões, por meio do estímulo, da reflexão, da crítica e da troca de idéias. Devemos ter a consciência de que somos mediadores ou ainda mobilizadores que alavanca as mudanças sociais. Para tanto, devemos ter por base um viés filosófico educacional que leve em conta os aspectos epistemológicos que abordam o conhecimento de forma interdisciplinar e respeitam o tempo de cada aluno, conduzindo-o a uma compreensão não somente à leitura de palavras, mas, sobretudo à leitura de mundo.

Outra cliente, ao ser questionada pela enfermeira-pesquisadora acerca da definição de estoma, à princípio não sabia explicar o que era a estomia de eliminação, mas o estímulo à reflexão levou a pensar acerca de suas concepções mesmas sobre a estomia que portava, fez a

tentativa de explicar e conseguiu emergir alguns pensamentos, demonstrando que na verdade sabia, porém não sabia que sabia, vejamos:

P: _ A senhora sabe o que é estomia? O que a senhora tem, o que é essa cirurgia e qual a finalidade dela? Porque ela libera suas fezes...

C13: _Não.

P: _Não te explicaram o que é?

C13: _Não.

P: _O que a senhora pensa que seja?

C13: _Sei que eu fiquei com o intestino sem estar funcionando porque aconteceu isso tudo e fizeram um desvio, tiraram um tumor...

P: _Porque tiraram um tumor, né, da senhora, a parte que estava enferma e botaram um pedaço do intestino sadio pra fora pra poder estar eliminando suas fezes e a bolsinha segura.

No diálogo a seguir, o cliente à priori não relaciona colostomia com estomia, sabe sem saber que sabe. Refere ter lido uma folha com orientações, mas não se aprofundou ou não teve orientações adicionais, confirmando que panfletos não alcançam os sujeitos na sua plenitude, proporcionando, por vezes, interpretações fragmentadas e desconexas. Posteriormente, a atividade educativa problematizadora, possibilitou o enriquecimento do saber:

P: _E você sabe o que é estomia, estoma?

C12: _Ostomia eu não sei, colostomia eu sei porque fui perfurado por arma branca. Eu sei assim, eu li na minha folha lá, mas eu mesmo saber, não sei.

P: _Naquela folha que você me falou que foi dada no hospital?

C12: _A colostomia eu sei porque foi pela arma branca, ela fecha e não abre, depois volta ao normal, fecha... Tem vezes que ela está desse tamanho aqui...

P: _Mas você está com prolapso, né?

C12: _É que a minha é dupla boca.

P: _O que você imagina que seja, é uma coisa que ta facilitando sair as fezes, né...

C12: _É ali é o intestino, mas não pode repor agora, eu só vou repor quando fizer a cirurgia, que eu to aguardando.

P: _A reconstrução né?

C12: _É que eu to aguardando.

P: _ Então, em outras palavras, é uma abertura que foi feita no seu abdome, na sua barriga, pra desviar o seu intestino, ao invés de estar fazendo pelo ânus, vai estar fazendo por esse burquinho, aí é que vão sair suas fezes e serem coletadas na bolsinha.

Os fragmentos dialógicos de C5 e C17 revelaram falta de conhecimento sobre a estomia, apesar de ser parte de seu corpo, talvez por ainda se encontrarem em um período de ‘choque’ relacionado à situação representado na fala de C5, cliente um tanto quanto inexperiente, todavia, destaca-se que a PCA oportunizou a enfermeira, diante de uma proposta reflexiva, compartilhar o saber adquirido no âmbito profissional com os respectivos sujeitos:

C5: _ Olha, não sei. Porque eu nunca tinha visto na minha vida. Antes de me acontecer, eu nunca tinha visto. Em outra pessoa qualquer... Aí depois eu fui vendo em outras pessoas e fui vendo os cuidados...

P: _ Mas assim, o que é para você esse orifício? Você sabe explicar? Ninguém explicou para você?

C5: _ Não.

P: _ A estomia você sabe que é um artifício que utiliza para desviar o trato intestinal. Por você ter levado um tiro, rompeu o intestino e tiveram que colocar para fora, para eliminar as fezes, no caso na bolsinha. Não é isso?

C5: _ Isso.

P: _ Aí eles colocaram um pedacinho do seu intestino para fora. A partir daí, você tem como colocar a bolsinha. Como você não tem como eliminar pelo ânus, né?

P: _ E o que é estomia pra você? Alguém te explicou? Você sabe definir o que é um estoma?

C17: _ Não.

P: _ Foi feito um desvio no seu intestino. Pegou a parte que estava boa e colocou pra fora pra que as fezes pudessem sair por esse burquinho. Aí as fezes vão ficar na bolsinha. Você não faz mais pelo ânus, faz pela bolsinha.

C16, apesar de ter participado, em outro momento, de uma atividade de educação em saúde, não tomou consciência das informações *transmitidas* de maneira verticalizada, não conseguindo, portanto, considerá-las no diálogo estabelecido. Vale pontuar que a consciência crítica é fruto de um ato reflexivo problematizador de ação-reflexão-ação, possibilitando a tomada de consciência. Chama atenção, ao mencionar que a orientação foi feita para todos, que algumas pessoas não têm o entendimento ainda do que está acontecendo no próprio corpo, fazendo reflexão crítica sobre isso possibilitada pelo diálogo. Posteriormente, a enfermeira compartilhou o seu saber:

C16: _ Nós já tivemos uma aula sobre isso, mas eu não guardei.

P: _ Como foi essa aula? Foi no computador, só foi falado?

C16: _ Foi falado... Não tem aquela referência ali...

P: _ Foram abrindo e foram mostrando, né.

C16: _ É... o médico veio e orientou todos nós sobre ostomia, ele nos ensinou que se nós nos alimentarmos com água não é bom, ser ostomizado não faz bem, ostomizado piorou. Ele nos mostrou que quando nos alimentamos com água as nossas fezes não ficam sólidas, ficam líquidas, se nós pegarmos uma laranja ou uma outra fruta que contém líquido pra nós, ostomizados, é bem melhor. Muitas coisas ele veio nos explicando, nos orientando. Esse núcleo é de grande importância pra todos nós, ostomizados, só que muitos não valorizam. Nós temos as fotos naquele mural lá em cima, aquela união maravilhosa, muitos ali já pereceram, mas... Muitas pessoas não têm entendimento, não podem ainda alcançar.

P: _ Então você não sabe definir o que é né. Então na verdade o que foi feito em você foi um desvio do seu intestino. O seu intestino foi colocado pra fora, pras fezes poderem sair, ao invés de sair pelo ânus, porque tem uma perfuração ali, um certo controle, porque foi perfurado o esfíncter também, que controla a saída. Aí eles colocaram uma parte do seu intestino pra fora, nesse caminho, pela sua barriga e é por ali que saem as fezes. Deixaram um saquinho que é o equipamento que vocês usam, não é isso? Deu pra entender? Então é um desvio que foi feito, porque o senhor não tem mais condições de fazer pelo ânus, porque foi dilacerado, aí antes de chegar aqui no final que é o ânus ela sai por esse burquinho, que nada mais é do que o intestino que está pra fora.

É necessário lembrar que a tomada de consciência provém do processo de conscientização, que imprime ação-reflexão-ação. Na medida em que o profissional de saúde orienta ‘para’ o cliente e não ‘com’ o cliente, como relatado no diálogo anterior, a interação do processo educativo dialogal não acontece; os clientes se tornam ouvintes da enunciação e, por sua

vez, não participam da atividade educativa. Diante disso, o processo de conhecimento fragmenta-se, fazendo com que os clientes não alcancem a tomada de consciência e sua libertação.

Ainda surgiu na fala desses clientes, certa relação de fuga à situação de ser/estar estomizado quando tentam elucidar a definição de estomia: *_ Eu nunca tive curiosidade de perguntar a ninguém, não. Teve que fazer alguma coisa para as fezes sair aqui! (C7).* C7, como relatado, ainda tenta definir sua estomia aliada à observação do seu próprio corpo. Outros clientes seguem nesta mesma perspectiva:

C6: _ Eu nem sei explicar, porque fiquei com tanta raiva, por ter ficado do jeito que fiquei... Eu entrei no consultório para fazer uma coisa, a esperança na minha vida para ter outro filho... Eu nem sabia o que era isso! Até eu me aprofundar na coisa chamada ostomia.

P: _ E o que é a estomia para você?

C9: _ Pra ser sincero eu nem sei o que é, só sei que fica esse negocinho pra fora, mas eu nunca entrei nem em detalhe nisso...

P: _ Por quê?

C9: _ Eu procuro não entrar muito em detalhes, mas não escondo de ninguém, até quando eu tive câncer eu não escondi de ninguém.

P: _ O senhor só não sabe explicar o que na verdade é...

C9: _ Eu sei que isso aqui na verdade é um jeito que Deus usou pra eu estar vivo, já que eu não urino pelo lugar certo, eu urino por aqui, só isso.

P: _ Não sabe detalhadamente?

C9: _ Não sei.

P: _ Porque na verdade a estomia é um desvio que é feito pro abdômen pro senhor eliminar as fezes ou como no caso do senhor a urina, como não tem mais a bexiga, não consegue mais eliminar pela uretra

C9: _ Teve que mudar o curso

P: _ Isso, teve que mudar o curso, porque a urina não consegue mais fazer aquele caminho que seria o certo, porque foi retirada a bexiga, então como ele vai continuar o caminho, aí é colocado pra fora...

C9: _ Eu até sei, só não sei explicar como você explicou.

P: _ Isso, e a bolsinha vai segurar a urina e o senhor vai trocando.

C9: É verdade.

Observa-se que a cliente 6, por erro médico confeccionou seu estoma de eliminação sob a tentativa de ter outro filho, o sentimento de raiva tomou conta fazendo com que ela não atentasse para o que estava acontecendo com o seu corpo, ou seja, não voltasse para si. Ao final do fragmento dialógico de C9, o mesmo relacionou que depois de toda a orientação da enfermeira, ele acredita saber definir estomia, sabe que sabe, só não sabe explicar da maneira que ela explanou, talvez com tantos detalhes ou em uma linguagem profissional ou pela vergonha de expressar seus conhecimentos. Compartilho do entendimento de que o homem não sabe de maneira absoluta; existem graus de conhecimento, mas estes não são absolutos; todos têm saberes relativos. Existe uma relativização do saber ou da ignorância, pois somente Deus sabe de forma absoluta (FREIRE, 1994).

4.2. Sentimentos relacionados ao estoma

Os clientes estomizados que participaram da pesquisa-cuidado no contexto ambulatorial, fizeram emergir durante a implementação do processo educativo, seus sentimentos relacionados ao estoma, conforme relatado a seguir:

C1: _É, aí eu acordei e vi que estava com aquela bolsa (ênfatizando) e falei: _ Meu Deus! O que fizeram comigo?! _Aí que caí em mim, né, e fui lidando com a situação aos poucos e tô aqui!

C1 revela um sentimento de susto ao se deparar com a bolsa coletora colada ao corpo. Indaga a Deus sobre o que estava ocorrendo e aos poucos cai em si e lida com a situação. C10, mesmo tendo sido alertado antecipadamente sobre a confecção da estomia, destaca não aceitar com facilidade a cirurgia e ressalta a inconformidade inicial, mas apesar disso, hoje, encontra-se conformado:

C10: _É, aí o próprio doutor já tinha passado antes como é que ia ficar, como é que ia ser...fez uma demonstração pra gente. Explicou, sem maiores detalhes... Que eu fui vendo mesmo no dia-a-dia. Mas no momento a gente não aceitou, a gente não aceita assim, de braços abertos, de coração aberto, né, mas fazer o quê, faz parte da vida... No início, eu estava muito inconformado, hoje já estou conformado, mas no início...

A negação foi outro sentimento revelado por C8. Faz-se necessário considerar que a negação e o isolamento são sentimentos relacionados ao primeiro estágio das fases emocionais do doente terminal,

(...) funciona como uma defesa perante a possibilidade da morte, mais ou menos próxima. O doente não quer acreditar no que está a acontecer, há uma ameaça que é necessário negar para continuar a vida. Contudo, a negação não é definitiva e muitos doentes irão ultrapassá-la e aceitarão a dura verdade. (MACEDO, 2004, 79p.)

Ao deparar-se com a imagem da bolsa coletora, já conhecida pela cliente através de livros que utilizou para a realização de um trabalho escolar do curso de auxiliar de enfermagem, negou a confecção da estomia, não querendo retornar ao seu domicílio possuindo-a:

C8: (...) E quando eu voltei da sala de cirurgia eu olhei aquilo e já sabia o que era porque por ironia do destino fiz um curso de auxiliar de enfermagem e uma vez tive que fazer um trabalho sobre a ostomia e eu fiz sozinha porque o grupo era de cinco, mas todas trabalhavam e eu era a única autônoma. Aí quando eu vi aquilo, já sabia o que era pela pesquisa que eu fiz. Aí eu disse: ostomia não. E quando o médico estava pra dar alta eu disse: você não vai me mandar pra casa com isso daqui não...o senhor tira isso! E já estou há oito anos!

O pavor foi também revelado: *_ Eu já estou apavorada com a bolsa! (C7)* Outros sentimentos como fuga, não aceitação, significado da estomia como ‘coisa horrorosa’, ‘ridícula’ foram revelados, bem como características institucionais de condução de casos complexos,

interferência familiar e religiosa. C15 nem sabe dizer ao certo sobre suas impressões referentes ao estoma:

C15: _Não. Quando eu cheguei no hospital, eles demoraram a achar meu laudo, demoraram assim, disfarçadamente, porque eles estavam esperando o cirurgião chegar para me dar a notícia. Ele é uma paz de espírito... Aí ele chegou e disse: - Meu caro, meu querido, vamos conversar agora. Mesmo com o tratamento, o tumor não involuiu e agora a gente que vai ter que fazer uma coisa que você odiava quando chegava no meu consultório, que você temia muito, mas que infelizmente, pra salvar você vai ter que ser ostomizado. Vai ter que fazer uma colostomia. Aí eu abandonei tudo e fugi de novo. Minha irmã, no Rio, procurando uma equipe pra fazer a minha cirurgia e teve um dia que eu estava decidido em exterminar com a minha vida e conversando com um pastor evangélico, ele começou a orar dizendo que eu teria uma resposta e que Jesus não abandona ninguém. Menina, o telefone bate e era a minha irmã (chorou) e ela disse que era pra eu pegar o avião das quatro que eu seria operado por aquela equipe que eu gostava muito (chorando). Você vem imediatamente. Você vem pelo amor de Deus, você vem....e eu respeitava muito ela como poeta e como irmã e como fã. A irmã que eu amei muito. Sempre fui muito grudado nela. (emocionado) Eu sempre estava com ela. E fui pro Hospital. E fiz a cirurgia. (...) O estoma é uma coisa que eu não aceito até hoje, é uma coisa horrorosa, ridícula... Eu não sei te dizer.

P: _ Você não encara como se fosse uma salvação pra sua vida?

C15: _Não...pode até ser. Mas eu acho que...pode ser, pode ser...tem aí o seu valor mas é difícil de aceitar. A aceitação é muito difícil. A gente faz de tudo pra dizer que está aceitando, mas no fundo ninguém aceita! É mentira! Quando fala, é mentira, ninguém aceita! Porque ninguém tem coragem de dizer.

Essas falas denotam dificuldade de aceitação, da alteração de imagem corporal e das diversas alterações a nível biológico e psicossocial. A aceitação compreende o quinto estágio das fases emocionais do doente terminal, salientando que não necessariamente todo o ostomizado está em fase terminal, mas a situação vivenciada faz com que psicologicamente o cliente apresente os estágios das fases emocionais de um doente terminal, como a aceitação que “representa o culminar de todas as reações emocionais do doente em fase terminal. É um “baixar das armas”, uma rendição do doente perante a iminência da morte” (MACEDO, 2004, 86p.). Apesar das dificuldades do doente em alcançar a fase de aceitação, Kübler-Ross (1969) afirma que a maioria dos pacientes que morrem nesse estágio, o fazem sem medo ou desespero. C1 enfatiza isso e ainda revela que vai levando a vida e lidando com essas diferentes situações:

C1: _Deus sabe de todas as coisas! É complicado aceitar! Você olha aquilo e é como estar mutilada, né! Mas você olha assim...meu Deus, parece um sonho e você não acredita, né! E você fica pensando tanta coisa, como vai ser dali pra frente... e agora? Pra ir numa praia ou outra coisa, e você fica até limitado, né! Pra ir pros lugares às vezes, você tem até que passar por uma psicóloga, fica meio insegura, às vezes. Num outro dia, num aniversário de uma sobrinha minha, meu Deus, que descontrole! E você tem que evitar comer as coisas, de beber refrigerante...agora então, com essa glicose! Eu tomei só meio copinho de guaraná... E é complicado, você não come direito...uma hora ela está cheia de gases..nessa festinha mesmo, na mesma hora, onde eu vou eu carrego tudo, neh, na mesma hora fui ao banheiro e ele estava sem descarga. Então é muito complicado. Umás três vezes eu fui ao banheiro. É uma insegurança danada você estar num lugar e não sabe o que vai acontecer, uma roupa que não fica de acordo. Olha, é difícil! Só a misericórdia de Deus mesmo! Mas a gente vai levando, né, fazer o que? (...) É difícil, mas a gente vai lidando!

C17 refere luta: *_To lutando até (...)* e caracteriza o estoma como ‘negócio esquisito’, levando susto no seu primeiro contato:

C17: _Negócio esquisito... Tá louco.

P: _Você não conhecia antes de ter, né.

C17: _A primeira vez que eu vi tomei até um susto.

Outros clientes revelam perda da liberdade, insegurança, vergonha, depressão, isolamento e medo. Ainda expressam: C3: *_ (...)* só me sinto assim triste porque eu não tenho mais a minha vida que eu tinha. Vejamos os fragmentos dialógicos:

C3: _Não, é difícil, porque você perde totalmente sua liberdade, a pessoa diz que não, mas eu perdi.

P: _ Por quê?

C3: _ E a insegurança, porque muitas vezes ela pode, assim, soltar, descolar, e aí fico com vergonha de entrar no banheiro porque o ar fica todo preso! E aquele ar só é solto quando a gente vai ao banheiro! E tem muitas pessoas que também não sabem, ao certo. Aí os comentários que eu escuto é que: Esta podre! Que cheiro!

C6: _ Sinceramente eu tenho vergonha. Aqui (relacionando-se o núcleo de ostomizados) os meus colegas têm direito a passe de ônibus. Eu não tenho porque tenho vergonha. A presidente falou para mim (relacionando-se a presidente da associação dos ostomizados de Campos-RJ) que eu tinha que divulgar o que é ostomia para outras pessoas. Eu não vou fazer isso! (...) Eu não gosto de me aprofundar. Eu tenho vergonha, para que eu quero saber... Graças a Deus existe a bolsa...que a gente tem um recurso. Se não tivesse, como estaria aqui? Como eu disse, eu não pedi para ficar assim. Eu fui para engravidar e ainda me colocaram uma bolsa ainda?

C8: (...) e teve um dia que eu passei uma maior vergonha na rua. Eu tive uma diarreia e o clipe não aguentou e fiquei toda suja de fezes na rua! Aí mais pra frente tinha um homem lavando a calçada e ele me chamou: -tia! Lá perto de casa tem um homem que usa essa bolsa também. Vem cá que eu te lavo! E me lavou toda, com roupa e tudo na calçada. Depois daquele dia, passei aquela vergonha, chorei muito e colocava além dos cliques, amarrava uma borrachinha de dinheiro. Porque já fiquei traumatizada. Aí agora também ajudo segurando com o elástico da calcinha. Aí eu fui me adaptando...

C5: _ Eu fiquei muito deprimido quando eu tive a conversa com o doutor. Eu ia à psicóloga daqui sempre às quartas-feiras. Eu não gosto de ficar num lugar onde tem muita gente... Acho que todo mundo fica me olhando...

P: _ Você tinha medo?

C5: _ Eu tinha medo de ter uma resposta negativa.

A depressão compreende o quarto estágio das fases emocionais do doente terminal, “quando já não é mais possível negar a doença, quando o doente se encontra bastante debilitado e, mais uma vez, foi internado no hospital, poderá ocorrer uma fase de depressão” (MACEDO, 2004, 84p.). O trauma das situações que causam certo constrangimento e vergonha aos clientes estomizados foi colocado anteriormente por C8, revelando adaptação às situações constrangedoras. A descoberta da impotência ocasionou sentimento de choque brutal e fuga, como menciona C15, destacando o seu processo de enfrentamento:

C15_ (...) E outros aí dizem que tem uma porção de mulheres, um monte de coisa...É MENTIRA! Nós todos nos tornamos impotentes! Quando é câncer, tiro essas coisas todas, não tem nada a ver, mas câncer, pela vascularização que tem que fazer, nos tornamos impotentes. E tem muitos que não tem coragem de dizer! Mentem! E agora, vou fazer o que?! Muitas pessoas cobram de mim...e eu vou ter uma mulher pra que, se eu não vou ter

condições de ter nada! Pra me chifrar aí fora...por causa de que? Se eu vivo tão bem com a minha cachorrinha? Ela me faz tão bem! E a descoberta disso daí foi terrível, neh, a descoberta da impotência. Ahhh foi um choque brutal! Foi mais uma tentativa que eu queria desaparecer! (...) Eu passei a enfrentar que é doloroso pra mim até hoje. Mas eu enfrento aquilo ali, eu olho, mas eu prefiro às vezes não olhar.

Sentimentos relacionados ao momento do procedimento em si, da troca da bolsa coletora, também tiveram destaque na fala de alguns sujeitos:

C2: _Quando eu cuido dela...rsrsrs. Em relação a ela, graças a ela que eu estou aqui hoje bem, mas numa época que eu tinha que estar trocando duas, três vezes ao dia, aí eu ficava ‘apurrinhada’! Mas hoje em dia, não. Está direitinho aí então... é devido à ela que eu estou aqui hoje em dia mesmo. Graças a essa oportunidade de ter...por que antigamente eu acho que não existia isso! Tanta gente morria, neh! E como hoje em dia tem, eu agradeço a Deus por ter.

C8: _Toda vez, né, que eu vou trocar a bolsa é uma sensação muito ruim. Já tenho oito anos, mas sempre é uma sensação horrível de eu me olhar no espelho e ver que eu não era daquele jeito...e por muitas vezes eu até choro. É um momento meu.

P: _Mesmo você tendo muito tempo que utiliza a bolsa, ainda está enfrentando isso...da sua maneira, porque realmente é uma alteração no corpo...

C8: _é o único momento que realmente eu tenho assim um desconforto pessoal. Porque no dia-a-dia às vezes eu até esqueço que uso essa bolsa!

C9: _Depende da hora. Tem hora que eu sou obrigado a limpar e me dá um estado de nervo, com gente dentro de casa. Outra vez foi dentro da Igreja, fiquei doido! Se eu tiver na rua com a minha esposa não tem como segurar, isso não tem nada que segure. Eu tô dentro da Igreja ou outro lugar e vou passando a mão aqui por dentro e se tiver cheio eu tenho que sair a mil... Então quando eu estou em casa, eu tiro tranquilamente, mas quando estou na rua é desespero total...nada para.

C2 mencionou que quando o procedimento dava errado, sentia-se ‘apurrinhada’, mas hoje em dia procede ‘direitinho’ e está bem, afinal, agradece a Deus por ter esse recurso. C8 revelou sentir-se desconfortável durante a troca da bolsa, com ‘sensação ruim’, mas ressaltou que no cotidiano nem lembra que porta a mesma. C9, para manter-se tranquilo durante a troca, revelou necessitar de encontrar-se no domicílio, sem visitas, e disse que quando está na rua, é momento de desespero total, pois vive a angústia do possível descolamento da bolsa.

Outros fragmentos dialógicos ressaltam as concepções em relação ao estoma de eliminação: ‘providência divina’, ‘uma nova vida’, ‘oportunidade de vida’, ‘cirurgia da vida’, ‘o único jeito/meio para viver’, ‘condição de viver mais’, ‘meio de sobrevivência’, ‘vida’, ‘alegria’. Procuram enxergar o lado positivo dessa situação de ser/estar estomizado e ainda revelam que é uma responsabilidade de cuidado de si, demanda preparo e adaptação do cuidado para estarem mais aptos, tranquilos e seguros de si, aumentando a autoestima, e garantindo, portanto, a efetividade do cuidado:

C1: *_Eu acho que tudo que vem pra gente é positivo. Desde o momento que a gente aprende a lidar com a situação, nada vem pra gente por acaso, né. Eu acho que isso é uma coisa que veio pra mostrar que a gente tem que se cuidar mais, cuidar da alimentação...e é aquele negócio, como falei, nada vem por acaso! Deus é quem sabe de todas as coisas!*

C3: *_A ostomia pra mim é uma nova vida. Por que eu adquiri uma nova vida!*

C8: *_Pra mim é uma oportunidade de vida! Antigamente não tinha esse recurso e morreu muita gente! Então, pra mim é uma oportunidade de vida!*

C4: *_ Segundo o nosso próprio slogan, é a cirurgia da vida. Porque aqueles que não fazem, vão para o buraco ou para o cemitério. (...) é um escape que Deus concedeu, através da medicina, para salvar vidas. (...) Eu tenho muito prazer... em vez de estar enterrado, estar usando a bolsa.*

C7: *_ Eu entendo assim: o único jeito que eu tenho para viver é esse... (...) O único meio de viver é esse.*

C10: *_A ostomia pra mim, no meu modo de pensar, é uma cirurgia que você tem a condição de viver mais. (...) Só que o especialista tem que estar ciente que realmente é necessário colocar ou não. Pra gente não passar por certos constrangimentos, porque bom, não é. Mas que é um meio de sobrevivência, é. Bom não é!*

C16: *_É vida, só que como eu falei... muitos ainda não reconhecem, não sabem o que é vida. Pensam que vida é você deitar, acordar, trabalhar, retornar. Tudo é possível, o ser humano vive sem pensar no dia, no que pode acontecer. Hoje a humanidade não pensa que pode ficar sem vaidade, deficiente. (...) Não estão preparados para nada. Não se preparam, pensam que vão fazer e acontecer. E muitos ainda pensam que vão ter mãe e pai pro resto da vida. Não aprendemos a viver sem mãe, mas aprendemos tudo na vida. Só que temos que ter parâmetros pra deixar as coisas ruins e pegar as coisas boas, todo ser humano devia ter isso na sua mente. Se não é bom não vale a pena. (...) _Não vem nada na minha mente... Eu sinto alegria, porque por mais que eu vou te dizer, a minha alegria é tão imensa que hoje eu só penso naquele que não pode nada. Porque hoje eu tenho a chance de fazer tudo que um dia eu tive chance de fazer quando eu era perfeito. E aquele que não pode nada e aquele que tem condições de tudo e não valoriza nada. Essa é uma responsabilidade que eu tenho, cuidar dela, cuidar das criancinhas, respeitar o ser humano, porque nós nascemos pra respeitar um ao outro, não julgar, isso aqui é uma vida.*

C4: *_ Hoje estou mais apto e mais tranquilo. Adaptei mais com a bolsa e minha vida é uma vida normal. Não me atrapalha em nada. Eu já tenho o meu jeitinho, né?*

O compartilhamento de sentimentos também fez parte do diálogo estabelecido entre mim, enfermeira-pesquisadora, e os clientes estomizados. Segundo Macedo (2004, p. 90), “Muitos dos moribundos desejam comunicar, partilhar sentimentos ou simplesmente desabafar, e quando nos sentamos ao seu lado e nos dispomos a ouvi-los, a reação é de alívio e de maior esperança”.

4.3. Atitudes e comportamentos frente ao estoma

Os sujeitos, participantes do estudo, revelaram algumas atitudes e comportamentos mediante o estoma de eliminação, sendo destacadas a “conversa” e a “instabilidade emocional”.

A “conversa” com a ostomia foi destacada por C1 principalmente nos momentos em que a cliente encontra-se preparada para dormir ou acorda durante o sono. Uma estratégia utilizada por duas clientes para escape das tensões, alívio e principalmente segurança ao deitar-se. Ou seja, um

comportamento de preparo psicológico noturno para evitar qualquer tipo de alteração ou complicação durante o sono que se pretende reparador:

C1: _A gente procura se cuidar o máximo... eu converso com ela, como falei pra você (outra entrevista), converso assim: _Menina está na hora de dormir! E acordo assim de madrugada com aquela bolsinha inchada, aí tenho que limpar... e às vezes não tem nada, só está com gases! Aí eu falo: _Ai menina, me deixa dormir, fica quietinha aí, vai dormir!

C3 apresenta comportamento semelhante:

C3: _Aprendi, minha filha, tudo certo! Se ele está mexendo, não está doendo, não está saindo sangue e está colocando lá pra dentro, é sinal que também posso! Aí quando ele sai, eu pego ele devagarzinho, aí deito, vou enrolando ele, conversando com ele, aí ele entra e não sai mais! (RELACIONANDO-SE AO PROLAPSO)

P: _E a senhora conversa com o estoma?

C3: _ Converso! Falo: “olha, já está na hora de deitar”

Atitude de instabilidade emocional foi observada durante toda a entrevista no discurso de

C15:

C15:_ Se eu fosse falar agora falaria como se você fosse uma psicóloga. Dúvidas quanto isso daí, eu não tenho, só tenho muita tristeza só. Tem momentos que eu sou muito triste, tem momentos que eu sou muito feliz, tem momentos que eu sou muito triste... Tem momentos que eu adoro vir aqui, tem momentos que eu odeio vir aqui.

P: _Eu queria agradecer pela disponibilidade.

C15:_Eu que agradeço por ter aguentado..

P: _Nada, que isso! A gente está aqui pra isso!

C15:_Sempre serei esse sujeito que está aqui, não admito falta de educação comigo, sou grosso, se você é delicada e generosa, eu sou dez vezes a mais que você...

Quanto à instabilidade emocional apresentada por C15, percebe-se que o mesmo sofreu alterações, a nível psicológico, decorrentes da confecção do estoma. A alteração da imagem corporal seguida das diversas alterações que emergem na vida do estomizado proporcionou impacto emocional, devendo ser assistido:

A assistência psicológica a ser prestada pelo profissional enfermeiro compreende fornecer informações que venham facilitar sua adaptação à nova condição de vida, incentivar para que ele realize o autocuidado, ser o elo de ligação entre os familiares e o ostomizado, para que a reabilitação seja facilitada. Trabalhar com suas crenças, medos, tabus, com vistas a facilitar a manutenção do convívio profissional e social e acompanhar a evolução da sua adaptação à nova condição (GEMELLI & ZAGO; 2002, 35-36p.).

4.4. Cuidados com a estomia de Eliminação Intestinal e Urinária

4.4.1. Troca da bolsa coletora drenável e fechada

Sobre a troca da bolsa coletora drenável emergiram saberes não só influenciados pelo conhecimento profissional, mas considerados pela pesquisadora como pertinentes ao cuidado. Foram relacionados às etapas fundamentais desse cuidado, feito geralmente a cada três dias “*Geralmente eu troco, como manda a explicação técnica, de três em três dias*” (C4), no máximo quatro dias, ou antes dos três quando ocorre alguma intercorrência: retirada da bolsa de cima para baixo ou de lado para baixo sob o chuveiro; no banheiro; no banheiro ou cama; no banheiro e quarto; na cama; no chuveiro mais cama ou sofá; até mesmo, na pia de banheiro público quando a cliente encontra-se fora de seu domicílio; utilizando-se água morna para facilitar o desgaste da cola; água em temperatura ambiente, salientando, no processo educativo sobre as vantagens da utilização da água morna; soro fisiológico para ajudar no desprendimento da bolsa; água mais soro ou água mais sabonete de uso habitual mais soro mais água mineral mais sabonete neutro. Higienização do local com sabão neutro, de uso habitual ou de coco, com água ou com soro fisiológico a 0,9%. Secagem do local com toalha frásqueira separada apenas para este uso, feita de maneira suave sobre a pele periestomal.

C1: _Bem, eu geralmente troco no banho, eu procuro assim, lá mesmo eu tiro a bolsa, passo bastante sabonete ao redor, e (...) uso sabonete de glicerina. Eu tomo banho com sabonete normal, mas na hora de lavar a ostomia eu uso o sabonete de glicerina. Uso água morna, tiro a bolsa e lavo com água morna, né. E uso bastante sabonete para retirar a secreção que fica e a própria cola que fica ao redor...então eu uso sabonete de glicerina. Com bastante espuma, umas duas ou três vezes...

C2: _Eu não consigo trocar a bolsa debaixo do chuveiro, não consigo. Eu tiro na cama deitada. Uso o soro e vou tirando com o soro, neh, limpo e uso um sabonete que é próprio pra aqui, né, (...) Glicerinado. Aí eu limpo, passo, só assim, né, porque embaixo do chuveiro eu não consigo. Me dá uma aflição, um nervoso, e eu não consigo!

C13: _Eu nem tô usando neutro, tô usando normal mesmo.

P: _Não tem necessidade não, se não causou problema na pele...

C13: _Quando estava inflamado, eu usava o neutro, agora não. Eu compro aquele de neném. Agora eu tomo banho com “Jonhson’s”. Então acabou ali, lavei bem lavado...

Evidenciam-se saberes importantes na fala de C13, que precisam ser revisitados, relacionados principalmente ao tipo de sabonete utilizado na higiene do estoma: de uso habitual, neutro e de neném da marca Jonhson’s. Estabelece então uma relação do uso com o modo como o estoma se apresenta, ou seja, quando estava inflamado usava o neutro, entendido como o

sabonete mais delicado que proporciona limpeza suave à pele, sem danos decorrentes; ou compra também o de neném, reiterando a pele fina do mesmo, fazendo uma analogia simples com a sua considerada fragilizada. O recorte da bolsa é feito quando a mesma se apresenta recortável, e, quando pré-recortável, a etapa seguinte se consubstancia em preparar o equipamento para colar de baixo para cima ou de lado para cima, em pé de frente para o espelho ou deitado na cama ou sofá, ambos os modos tendo que esticar a pele e visualizar o encaixe da colagem. Vejamos dois fragmentos dialógicos a respeito do recorte da bolsa:

C5: *_ No caso eu apanho aqui, no dois. Tá vendo...*

P: *_ Urrum, urrum...*

C5: *_ Venho até o 44... não só sigo esta linha e aí chego um pouco para frente.*

P: *_ Você faz isso porque tem o molde?*

C5: *_ Eu tenho o molde.*

P: *_ Quem te deu o molde?*

C5: *_ O enfermeiro.*

P: *_ Ainda você continua com o mesmo molde ou tem que estar sempre medindo?*

C5: *_ Não, tenho o mesmo molde.*

C6: *_ Eu já tenho a numeração, identifico aqui, já tenho a tesourinha própria pra isso. Antes de eu entrar no banho eu já levo tudo cortadinho pro banheiro, porque o banheiro é só meu mesmo, meu marido tem o dele e eu tenho o meu... aí já levo pra banheiro o que vou usar, e ali mesmo eu fico e só saio dali quando tiver tudo pronto!*

P: *_ urrum.. E a senhora acha que fica bem rentinho o seu estoma?*

C6: *_ Fica! (convicta)*

P: *_ Fica?! Porque isso que eu ia falar pra senhora, você disse que sempre recorta no 25, mas é bom que sempre observe o tamanho, porque o tamanho do estoma pode variar, ficar um pouquinho maior ou menor...*

C6: *_ urrum...o meu fica menor...*

P: *_ Então... sempre antes de colocar... (explicação do recorte da placa, o porquê de tudo...)*

C6: *_ é... vou procurar fazer o que você está falando porque realmente tem lógica!*

P: *_ Não tem... Então a senhora tem a reguinha em casa?*

C6: *_ tenho!*

P: *_ o seu é redondinho certinho?*

C6: *_ é certinho...*

P: *_ então tem a reguinha ou se a senhora quiser também pode pegar um plástico transparente (explicação)*

C6: *_ Ahhh!!! Não tinha pensado nisso não! rrsrrs*

P: *_ (explicação de novo). [risos]*

C6: *_ mas estou pensando aqui que nunca fiz isso com a régua, é só no 25 mesmo e pá, pum!*

P: *_ Pois é...então a senhora tem que atentar para essas coisas... não é?*

C6: *_ pois é...*

P: *_ porque é muito importante, porque aí você evita complicação no futuro... (explicação).*

Neste tipo de cuidado, verificamos a presença de hábitos que poderiam influenciar a médio/longo prazo o desenvolvimento de complicações tardias, principalmente dermatites irritativas, decorrentes do contato constante do fluido intestinal com a pele em torno do estoma, irritando-a. “A prevenção de lesão na pele periestoma deve ser a meta fundamental a ser atingida pelos componentes da equipe multidisciplinar” (SANTOS & CESARETTI; 2005, p.210).

A maioria dos clientes que precisava recortar a bolsa coletora não mede o estoma frequentemente antes de recortá-la, ou seja, estabelece e fixa determinada medida, seguindo uma mecanicização contínua desta prática com a mesma numeração de recorte dada. Constatei que os clientes mesmo estando sob cuidados profissionais, no ambulatório, não tomam consciência desta necessidade, talvez pelo fato de que o saber transmitido pelo profissional tenha um cunho informativo, prescritivo. Assim, os clientes encaram o molde doado para uso no domicílio como um modelo a ser seguido em todos os recortes, estratégia de aprendizagem proporcionada pelo enfermeiro que deve ser revisitada, pois não se consubstancia a crítica-reflexão acerca do que está de fato sendo realizado.

Diante desses fatos, senti a necessidade de intervenção durante o diálogo, que culminou em negociação de um modo de cuidado considerado pelos participantes, adequado à situação referida. Nesse sentido, práticas de forçar com gaze a pele periestomal para retirar a cola da mesma, uso constante de éter para ajudar na retirada da bolsa coletora, por exemplo, foram objetos de reflexão e crítica no processo educativo problematizador a partir das quais emergiram novos saberes, por sua vez, possibilidades de novas práticas. Os diálogos implementados com C6 e C4 representam isso:

C6: _ Molho! Vou passando o sabonete neutro... A água quanto mais quente for, vai ajudando... É de ficar tudo vermelho!

P: _ Está vermelho?

C6: _ Agora não, só quando eu troco.

P: _ Mas a senhora força?

C6: _ Tenho que forçar... Depois que saio do banho tenho que pegar uma toalha frásqueira porque na água não sai.

P: _ Isso que eu queria falar! Não é bom forçar para retirar a cola. Tem até um produto da MARCA X que ele ajuda a tirar a cola, entendeu? Mas aqui não é dado não. A enfermeira X, que está indo nas casas das pessoas, acho que ela tem esse produto. Você coloca e tira a cola rapidinho! Entendeu? Só que a gente fala para ir com a água morna e tirar bem devagarzinho, aos poucos. Quando ficar com um pouco de cola, mesmo tentando desta forma, não tentar tirar. Isso pode prejudicar a pele. Imagina se todas às vezes você tirar forçando!

C6: _ Eu tenho vontade de tirar isso daqui (relacionando-se ao adesivo microporoso do equipamento).

P: _ Pode ser, tem umas bolsas dessas, que isso daqui (placa) é maior.

C6: _ Eu queria tirar.

P: _ Pode tirar. Você sabe que quando a gente estuda, essa parte mais fina da cola (adesivo microporoso) que causa mais a irritação, quando fica vermelho. Isso daqui (placa) já protege mais a pele. Tão é que umas bolsas têm isso daqui purinho (sem adesivo micropore). Não tem essa parte mais fininha em volta!

C6: _ Essa bolsa, tem um mês que estou usando dela. As minhas geralmente eram de outra, ela era mais curta.

P: _ Era da MARCA Y?

C6: _ Não lembro... Era uma beleza!

P: _ Tinha essa parte aqui dentro, dava pra drenar? E fechadinha aqui para drenar embaixo?

C6: _ É.

P: _ Tinha isso aqui em volta, realmente.

C6: _ Ela tinha o paninho em volta, só que não tinha tanta cola! Não ficava nada. Eles (profissionais do núcleo) falaram que não tinha mais dela.

C4: *_ Detalhadamente... Bom, lá em casa eu faço de um jeito, que o enfermeiro (referindo-se ao enfermeiro do núcleo de ostomizados) advertiu para eu não fazer. Eu acho um meio mais prático: Eu coloco um pouco de éter na parte da cola, tem uma cola forte tipo esparadrapo. Só no começo para poder soltar, por cima, e demais vai saindo normalmente. E não tenho nada. Eu não aplico nem nada. Coloco assim, na pele, entre o esparadrapo e a pele...quando eu sinto que o esparadrapo umideceu, muda de cor, aí eu puxo com facilidade. Não dói nada e não machuca.*

(...)

P: *_ E tenta evitar esse éter, porque pode machucar a pele. Porque assim, você falou que essa bolsa é definitiva.*

C4: *_ É definitiva.*

P: *_ Geralmente a gente usa o éter no hospital para tirar o esparadrapo.*

C4: *_ É o que eu faço. Por isso faço desse jeito.*

P: *_ Mas a colinha da bolsa não é tão forte como o esparadrapo.*

C4: *_ Mas em outra ocasião eu não aguentava.*

P: *_ Mas você pode umidecer com água morna.*

C4: *_ Eu vou fazer uma experiência.*

P: *_ Tenta tirar o éter da sua vida, porque não é uma coisa que você pode usar direto para trocar a bolsa.*

C4: *_ Já aconteceu alguma coisa com você?*

P: *_ Não, não. É o que eu aprendo com a profissão.*

C4: *_ [risos]... Estou brincando... só para descontrair.*

P: *_ [risos]. Então tenta para me contar depois como foi, ok? Já que o senhor tira com água morna...Mas tem gente que gosta de trocar com soro! Mas não tem tanta necessidade, com água mesmo vai fazer efeito!*

C4: *_ Arram, arram...*

Os clientes aprovaram a lógica estabelecida no diálogo e, pela reflexão sobre a ação, tomaram consciência da necessidade de alterar as práticas mencionadas. Um exemplo destacado refere-se à C1:

C1: *_ Então, a cola a principio eu estava utilizando as gazes...[risos]. Mas agora eu não utilizo mais. Porque já conversamos outra vez e você pediu para não utilizar mais com força...aí eu passo o dedo ao redor devagarzinho, bem de levinho.*

Outras práticas também fizeram parte da crítica-reflexiva dos clientes, com destaque para soprar o orifício da placa da bolsa, antes da colagem, para o desprendimento do plástico; colar a bolsa não virada para baixo, sentido céfalo-caudal, como é feito no âmbito ambulatorial, nem colocada de lado, da forma realizada no hospital; mas colocá-la de lado, em um ângulo de 45° direcionada para baixo, com a justificativa de que, assim, a força da gravidade poderia agir sobre o local, mantendo o efluente de maneira distal.

Segundo o relato dos sujeitos, a troca da bolsa fechada ou não drenável é realizada por clientes que utilizam o artifício da irrigação para a manutenção da regularidade do trânsito intestinal e a não saída constante do efluente, e que não usam o tampão indicado para quem faz esta prática. O movimento apresentado para a troca deste tipo de bolsa é bem parecido com a

drenável, porém, a regularidade da troca do equipamento é realizada diariamente ou a cada dois dias, de acordo com a necessidade de troca.

CI0: _Assim, a estomia minha é aquele negócio, às vezes pode ser até um cuidado mais específico, mas só que no dia-a-dia é aquilo: eu troco a bolsa na hora do banho, de dois em dois dias, neh, porque eu troquei ontem e fiz a irrigação ontem, eu ia trocar só amanhã à tarde de novo.

P: _Mas por que você troca de dois em dois dias?

CI0: _Porque o sistema de irrigação não sai fezes, se você tiver com o intestino normalmente, ele não tem fezes, só tem gases. E pras gases a bolsa tem o carvão.

4.4.2. Manutenção diária da bolsa coletora drenável (uma abertura e duas aberturas); manutenção da bolsa coletora fechada e manutenção diária da bolsa coletora drenável para urostomia

A manutenção diária da bolsa coletora drenável foi também revelada pelos clientes de maneira bem espontânea, transparecendo um saber sobre a limpeza local, emergindo modos de cuidar, local, elementos e tecnologias de fazer a higiene mantenedora do corpo avariado. Quando o equipamento apresenta-se com uma abertura, esta é realizada várias vezes ao dia, de acordo com a necessidade de eliminação do efluente, de diversas formas. A maior parte deles a faz no banheiro, sobre o vaso sanitário, onde abre o orifício da bolsa, elimina o fluido no vaso, injeta água da ducha (geralmente localizada ao lado do vaso sanitário ou aquela acoplada no chuveiro) e lava a bolsa. Algumas vezes fecha a bolsa com as próprias mãos para sacudir a água dentro dela e em seguida desprezá-la. Este manejo, segundo o relato dos clientes é feito de forma sequencial em torno de três vezes, prestando atenção na limpeza da bolsa e, principalmente, na retirada de efluente que se acopla sobre o estoma e pele periestoma. Logo em seguida seca a bolsa e a pele do abdome (se molhadas) e fecha o equipamento com o *clamp* apropriado.

CI: (...) Mas eu cuido dela direitinho: Na hora de limpar a bolsa, eu limpo bem, coloco a mão por cima pra limpar direitinho... é uma coisa assim até complicada porque não pode tirar assim a bolsa pra limpar, porque tem que deixar a bolsa pra cuidar da bolsa em si e não é nem tanto a estomia. Porque eu não tenho contato com ela, só mesmo quando eu troco a bolsa. Então eu procuro manter a higiene o máximo da bolsa.

CI: _Eu lavo de acordo com a quantidade de fezes. Se tiver muitas fezes, aí eu lavo, três, quatro vezes ao dia! Mas depende. (...) eu uso o chuveirinho do vaso, e lavo umas três quatro vezes, seguro na abertura da bolsa, balanço um pouquinho até para amolecer as fezes, porque gruda, né. Mesmo usando o produto (lubrificante desodorante)...

P: _E depois dessa limpeza, você seca a bolsa?

CI: _Seco! Deixo ela bem sequinha!

C5: *_ Quando tem fezes, joga no vaso. Pego a ducha e lavo.*

P: *_ Quantas vezes por dia você faz essa limpeza diária?*

C5: *_ Mais ou menos três vezes ao dia. De acordo com que o intestino for trabalhando...*

Outros clientes cuidam da bolsa coletora drenável, com uma abertura, de forma bem singular, orientada principalmente pela criatividade e interpretações ancoradas no senso comum ainda que tenha um cunho científico que perpassa, imbutidas, por exemplo, nas representações da água mineral considerada como elemento de luxo para a realização do cuidado e usada por ser mais “limpa”. O uso de soro fisiológico a 0,9% também emergiu como uma preocupação proveniente da limpeza da água potável que é distribuída na cidade em apreço, usado essencialmente para relaxar e finalizar o procedimento. Tecnologias de cuidado mencionadas como spray, ducha, garrafinha de soro, litro de coca-cola ou álcool, baldinho de maionese grande, foram reveladas. Denotam-se cuidados fundamentais de limpeza que garantem de certo modo a individualidade de cada sujeito. Vejamos alguns fragmentos dialógicos acerca disso:

C11: *_Pra esvaziar eu vou no banheiro. (...) Isso aí é de acordo com a cozinha... a comida que diz quantas vezes eu vou. (...) Eu entro no banheiro, no vaso, joga a bolsa dentro do vaso e limpo ela com papel higiênico. (...) Eu coloco a bolsa dentro do vaso e tiro a sujeira. (...) abro ela assim na boca, ela vai cair no vaso... Aí eu tiro isso aqui, pego aquele spray, de avon, encho de água e joga aqui dentro, balanço um pouquinho e joga fora. (...) Só em uma já tiro toda a sujeira... minha bolsa não dá catinga não... só lavo, balanço um pouquinho...*

P: *_Aí já é suficiente pra limpar tudo?*

C11: *_É.*

P: *_Aí o senhor seca e fecha?*

C11: *_É.*

P: *_O senhor usa aquele spray e joga água dentro pra poder lavar?*

C11: *_É... pego o spray e joga aqui dentro, aí eu faço assim... pego papel higiênico, limpei, daí eu pego o sabonete, lavo a mão... Agora à noite é um problema, porque eu to deitado, aí dá aquela queimação. Aí vou lá no vaso, lavo a bolsa, viro, lavo, depois pego um pouquinho do soro, joga aqui, balanço, vem aqui na parede, aí refresca.*

P: *_Ah tá, então quando dá aquela queimação, o senhor joga o soro pra poder limpar?*

C11: *_Aí melhora...*

P: *_Em relação a quando dá gases, o senhor também abre para poder sair? Quando enche de ar?*

C11: *_Ah minha filha, aquilo é um problema muito sério, eu to deitado 2 horas, 3 horas da manhã... eu acordo e vejo aquela bolsa enchendo... e agora pra levantar? Eu tenho que ir lá no banheiro pra tirar aquele ar todinho, as vezes nem tem nada dentro da bolsa... Eu tenho medo daquilo explodir! Nunca explodiu. Eu vou no vaso, tiro, vem aquele ar.*

P: *_O senhor sabe que tem bolsinhas que tem tipo uma abertura, que tem carvão ativado?*

C11: *_É, tem sim...*

P: *_O senhor já viu? Aquilo é bom que sai o ar... O senhor já usou?*

C11: *_Já usei, mas eu uso muito é bolsa de uma abertura só, é bolsa hospitalar...*

P: *_Sei qual é, acho que eu tenho até aqui...*

C11: *_Essa aqui é a bolsa hospitalar (relacionando-se ao equipamento sobre a mesa), ela chega aqui, soltou aqui e sai o ar e quando a bolsa tá cheia, ela não vem com aquele depósito pra limpar nada não... retira essa bolsa, limpou e colocou outra, não é?*

P: *_Essa daqui é descartável, a gente tira todo dia e troca... E sabe que essa daqui tem carvão ativado que diminui o odor e dá pra sair o ar aqui... Essa aqui é descartável, mas você sabia que tem dessa aqui que tem isso aqui também junto?*

C11: *_Eu já vi. Essa aqui é igual a essa outra aqui, é só fazer um furinho aqui e coloca esse grampo aqui ó...*

P: *_Bota um grampo aqui e outro embaixo.*

C11: *_Áí de madrugada, se você está deitado e a bolsa tá enchendo, é só vir aqui, soltou um pouquinho, saiu o ar, fechou... Não precisa nem ir ao banheiro. (...) Eu tenho muito medo daquele chuveirinho. (...) no quarto que eu uso, no quarto eu lavo e jogo no vaso, vou no banheiro e jogo ali dentro. Então até garrafinha de soro, ela é dessa boca assim ó, aí eu encho de água e jogo.*

P: *_Daquela de plástico né.*

C11: *_Uma garrafinha como se fosse água mineral.*

P: *_Mas é bom esse do spray, porque dá uma forcinha pra ajudar né.*

C11: *_Porque você acaba inventando uma coisa, tem que ser criativo*

P: *_É verdade... uma coisa assim mais específica até pra poder estar distribuindo, vendendo na farmácia, porque realmente, a forma de limpeza é adaptação de cada um.*

C11: *_Cada um tem sua forma né.*

C14: *_Eu cuido dessa bolsa, eu lavo, pego água da torneira naquele litro de coca-cola, de álcool, lavo, quando aquele baldinho de maionese grande, boto na mureta da varanda, abro ele, lavo com água normal, ponho, sacudo ele, jogo no baldinho, depois de bem lavado e eu pego uma quantia de água mineral e enxáguo.*

P: *_Mas não precisa ser água mineral não.*

C14: *_É, eu acho até que é um luxo, mas como nunca se sabe como está essa água do Paraíba, tem coisas de indústria... a água é de boa qualidade mas muitas vezes fica o dia todo sem água aí quando chega cai aquela água enferrujada com força de cloro. Então tem que deixar levar umas horas pra melhorar. Até na hora do banho quando eu lavo, eu passo um pouco de soro fisiológico, e engraçado que ele é frio então ele refresca.*

P: *_Mas na hora do cuidado diário né?*

C14: *_Isso, diário. (...) De manhã e lá pras duas horas da tarde, três horas. Às vezes até de manhã quando eu venho pra cá eu limpo, mas nisso que eu estou me movimentando ela sai... que as vezes eu saio de casa de manhã e não tem nada.*

P: *_Então o senhor limpa de acordo com o que vai expelindo?*

C14: *_É. Aí nisso eu venho pra cá e ela já criou um resíduo. Quando eu chegar em casa lá pro meio dia e meio eu limpo e quando for tomar banho lá pra 7:20, tem pouquinho coisa, eu acabo de lavar e enxáguo e boto um pouquinho de água mineral.*

P: *_Então na última vez do dia que o senhor põe a água mineral?*

C14: *_Água mineral é toda vez que eu limpo, é difícil o dia que eu não boto.*

P: *_Então na última enxaguada o senhor bota água mineral.*

C14: *_É. Mas eu acabo de enxaguar o último é a água mineral.*

P: *_E o soro?*

C14: *_O soro eu uso logo quando eu cismo na hora de dormir, na hora do banho.*

P: *_Mas por quê?*

C14: *_Por que eu acho uma coisa mais relaxante, principalmente quando eu ouço falar que o Paraíba vazou de manhã. Eu tenho colega que pega água do rio e bota na geladeira pra beber, eu falo: *_Cuidado, você não sabe se tem alguma coisa.**

P: *_Aí o senhor coloca a água, sacode um pouquinho até tirar tudo e bota no baldinho.*

C14: *_Esse baldinho eu despejo no vaso sanitário e dou descarga e boto até aquele desinfetante.*

Alguns estomizados possuem o equipamento coletor com duas aberturas, uns utilizam as duas aberturas, outros não. Geralmente os que usam apenas uma saída da bolsa coletora, procedem da mesma maneira dos que possuem o equipamento com uma abertura somente:

C6: *_ [risos]. Na hora que eu sinto que tenho fezes, eu vou lá e lavo... não deixa ficar sujo. Senti alguma coisa, eu vou lá e lavo!*

P: *_ E como é que a senhora lava?*

C6: *_ Na duchinha do banheiro, normal!*

P: *_ Na duchinha, né. A sua tem essa parte de cima aqui (relacionando-se a bolsa)?*

C6: *_ Mas eu não uso. Uso só embaixo. Coloco a ducha joga o jato d'água, fecho aqui, e vou mexendo para limpar... e enquanto não estiver bem limpinho, dali eu não saio!*

C10: *_aí eu lavo normalmente, injeto água aqui pra dentro, água fria, não utilizo a parte de cima, eu boto água por aqui (abertura inferior), com a duchazinha, aí fecho aqui com a mão, passo a mão aqui por fora assim...vou sacudindo e joga dentro do vaso. Aí depois eu boto um pouquinho da solução pra poder não ficar com mau cheiro. Eu boto e deixo...*

C15: *_ Com a torneira mesmo ou então com a borrachinha (chuveirinho). Coloco ali e lavo bem até ela ficar limpinha. Não uso a abertura de cima porque eu não gosto e vou lavando até a água ficar purinha.*

Outros preferem manejar as duas aberturas, diferenciando do procedimento ora relatado.

Normalmente o que diferencia é a abertura do *clamp* dos dois lados, seguida de colocação da água pela abertura superior e não inferior como é feito na de uma abertura:

C8: *_No banheiro mesmo, no vaso, tem a ducha higiênica. Eu sento bem pra trás do vaso, abro as pernas, tenho a duchinha do lado do vaso, abro a bolsa embaixo e boto a água por cima e vai descendo e é rapidinho! Tem o clampe de cima e o de baixo que eu abro e depois fecho. Com uma tolhinha frasqueira, em cima da bolsa, vou empurrando o que ainda tiver dentro da bolsa e seco a ponta.*

C12: *_Eu ponho água, encho de água, coloco, sacode... aí tem o grampo que abre a parte de baixo...*

P: *_Você coloca como essa água?*

C12: *_Por cima, tem um lado aqui que você abre, abre com a tesoura, enche por aqui, aí tem esse grampo aqui, quando encher, sacode, tira o grampo e solta.*

P: *_E você coloca água pelo chuveirinho?*

C12: *_É pelo chuveirinho mesmo.*

P: *_Do chuveiro ou aquele que tem do lado do vaso?*

C12: *_Pode ser o chuveirinho ou pode ser o grande também.*

P: *_Mas o que você faz, é com qual chuveirinho?*

C12: *_É o chuveirinho do chuveiro.*

P: *_Aí você coloca e elimina aonde?*

C12: *_No vaso sanitário.*

P: *_Então você coloca aqui por cima né, por essa abertura, que geralmente está fechada por um clipe né, ou grampo também. Você abre, joga... Como faz, pode mostrar?*

C12: *_Eu abro a parte de cima, ponho a água, sacode bastante pra eliminar as plaquinhas, várias até ir tirando, retiro aquela água que tá ali dentro e faço de novo.*

P: *_Até sair tudo...*

C12: *_Aí depois ponho o produto (lubrificante desodorante)*

Ao fazer uso da bolsa coletora descartável por mais de um dia, geralmente dois dias, os clientes que a utilizam, normalmente os que fazem uso do sistema de irrigação, referem também manter a bolsa coletora fechada principalmente para o escapamento dos gases intestinais:

C4: *_ (...) Eu uso a minha bolsa exposta. Já quando eu tenho gases, aí eu vou no banheiro e abro para sair os gases.*

P: *_ Quantas vezes você faz por dia?*

C4: *_ Depende do estoma, tem dia que eu nem vou.*

P: *_ Você sabe que tem uma bolsinha que tem escapamento dos gases? Você já usou essa?*

C4: *_ Já... eu uso essa. Você quer ver?*

P: *_ Você sabe que aqui (apontando para o local da bolsa) tem um carvão ativado que diminui o odor...*

C4: *_ Eu uso geralmente depois da irrigação. É mais fácil.*

Outros revelam que não intervêm na bolsa coletora para a manutenção diária, realizando somente a troca da mesma:

C10: _Cuidado diário comigo não tem, eu botei ontem e ela fica dois dias até a próxima troca.

P: _E você vai faz a irrigação e coloca uma outra...

C10: _uma outra bolsa. Essa daí eu joga fora e coloco outra.

Os urostomizados possuem um equipamento coletor diferenciado dos que têm estomia de eliminação intestinal; a abertura para a saída da urina é uma torneirinha, devendo ser aberta em toda a eliminação urinária:

C9: Eu não deixo encher muito, quando chega uns 3, 4 dedos, eu procuro me livrar logo. Se eu estou no centro eu procuro um shopping, levo sempre o material, mas os homens não gostam de andar com essas coisas aí não...às vezes eu até ando, é muito difícil eu trocar isso e já calculo mais ou menos se dá pra sair ou se não saio... Geralmente eu esvazio no vaso, mas às vezes quando eu vejo que não tem ninguém na rua, faço lá mesmo discretamente. Mas eu procuro sempre estar esvaziando a bolsa por causa do peso e pode ser pior...

Uma participante da pesquisa, ainda revela fazer uso de um sabonete líquido da marca PROTEX, após os cuidados de manutenção diária da bolsa coletora drenável:

C8: _E eu uso muito também aquele sabonete líquido PROTEX, não pra lavar aqui, mas pra lavar a mão depois.

P: _Está ótimo! Porque mata as bactérias da mão...

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007, 12p.) está atenta sobre a finalidade da higienização das mãos. Ela compõe-se de cuidado básico considerado fundamental à realização de qualquer cuidado:

A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

4.4.3. Auto-Irrigação

A irrigação foi um cuidado mencionado por dois clientes. Um deles relatou que, mesmo fazendo de maneira sistematizada, segundo as orientações e treinamento realizados no ambulatório, não se adaptou às orientações dadas, o que o levou a algumas adaptações consideradas por nós, enfermeira e cliente, no processo educativo, pertinentes ao uso, principalmente relacionadas ao sistema coletor:

C5: _ Aí eu tomo banho, faço a higiene, lavo o estoma e faço a irrigação e seco. Aí pego o meu balde próprio para isso e sento em frente à televisão. Fico ali um pouco.

P: _ O seu balde é de que tamanho?

C5: _ Tamanho normal... Uns 15 litros.

P: _ Você tem que ter cuidado para não ferir... O Senhor já não utiliza o sistema coletor... Como é esse balde?

C5: *_ Já até tentei usar, mas achei muito difícil... Sempre escapava! Se fosse uma coisa mais prática eu usaria com prazer! Não é prático, mais prático é o balde. Eu uso só para mim... E o balde é bem abauladinho... não machuca! Tem uma bifurcação superior que é onde eu encaixo o estoma e espero o tempo necessário para a eliminação das fezes.*

P: *_ Ahhhh sim!!! Aí fico menos preocupada... Não machuca desta forma! E antes de usar você lava o balde? Como é que é?*

C5: *_ Lavo o balde bem lavadinho, passo sabão de coco nele e quando o utilizo espero uma hora e meia mais ou menos... Se eu sentir que o intestino está limpo, não tem mais nada, aí eu tiro o balde.*

A autonomia alcançada para o cuidado de si, pela experiência feita, representada nas falas anteriores, é direito do ser humano, porque há a valorização e concessão da vontade de cada um, mediada pela crítica-reflexão, expressando, deste modo, caráter ético do cuidado, isso porque “ser autônomo significa ter liberdade de pensamento, sem coações internas ou externas, poder optar e decidir, entre as alternativas que dispõe, qual a que melhor lhe convém como um ser de relações” (SOARES & LUNARDI, 2002, p.1).

Outro cliente, ao fazer uso do sistema coletor fornecido pelo núcleo de estomizados, revela um seguimento à risca do que foi preconizado pelos profissionais de saúde. Ainda, no final do diálogo, ressalta que se sente mais confortável e leve quando faz o procedimento no domicílio e comenta sobre os dois tipos de bolsa que utiliza e também sobre o recorte:

C10: *(...) Então eu só troco ao tomar banho. Então amanhã eu vou fazer a irrigação, ocupo o banheiro, joga essa bolsa na lixeira, lavo o estoma, tomo o banho e acabo de fazer a irrigação, entro debaixo do chuveiro, tomo banho normalmente,*

P: *_E você faz a irrigação de dois em dois dias também?*

C10: *_de dois em dois dias...*

P: *_E você primeiro faz a irrigação, não é isso? E como você faz essa irrigação?*

C10: *_Olha , eu tenho o sistema, né, o aparelho que eles forneceram pra gente e uso água morna do próprio chuveiro, boto um litro de água dentro da bolsa, solto, você senta no vaso, aí tem a manga prende com isso daqui lá em baixo, e passo a xilocaína em torno do cone e boto no estoma, não empurrando muito, porque senão pode machucar também, neh, e deixo a água entrar pra dentro! Aí a água entra, depois você tira, prende a manga aqui em cima, e deixa a água descer.*

P: *_E você drena num saquinho próprio...?*

C10: *_Dreno num saquinho próprio, porque tem o da manga, aí depois você abre e joga o vaso e dá descarga, lavo a manga no chuveiro e tomo o banho.*

P: *_E você aprendeu com quem a fazer isso?*

C10: *_Com o enfermeiro daqui mesmo e com a auxiliar de enfermagem no treinamento. Aí faço a irrigação antes do banho e depois dele coloco outra bolsa.*

C10: *_Eu procuro estar sempre fazendo a irrigação porque eu me sinto mais confortável, mais leve. Muitas vezes eu, pra ficar tranquilo no domingo, faço a irrigação na sexta e no sábado, pra evitar a saída das fezes. Porque hoje em dia você tem que adaptar com o seu dia-a-dia, com o que você usa, com o que você faz e muitas vezes quando eu quero ter um negócio mais discreto, um banho de praia, um banho de mar, de lagoa, não me atrapalha porque eu tenho uma outra bolsa que eles dão pro banho de mar, que é pequenininha, eu recorto, boto no estoma e colo um esparadrapo. Tapo com esparadrapo e quem vê pensa que é um curativo. Então a gente vai entrando num sistema...*

P: *_Então, você prefere cortar dessa maneira para ter mais comodidade e privacidade e assumir o risco, mesmo sendo mínimo de irritar a sua pele, não é isso?*

C10: *_A gente que usa uma bolsa, a gente vive o dia-a-dia. O certo era eu recortar a bolsa na hora, mas eu não recorto, recorto tudo antes, então quando eu vou tomar banho, só pego lá e boto. É mais prático pra mim.*

P: _Mas agora você já tem a consciência de que a longo prazo pode instalar uma dermatite ali...

C10: _Com certeza! Inclusive, você falando, eu vou medir agora a bolsa, essa daqui (drenável), do tamanho certinho. Porque quando eu viajo, eu uso só essa daqui, eu não levo essa daqui não (estomachep). Porque quando eu viajo, não tenho como fazer a irrigação. Na casa de outra família você não vai ocupar o banheiro uma hora, quarenta minutos. Porque essa daqui tanto faz, ficar mais alta ou mais baixa, então vou medir do tamanho certinho.

Segundo Santos e Cesaretti (2005, 247p) a irrigação da colostomia é...

... um método mecânico para o controle das exoneações intestinais. Consiste num enema realizado a cada 24, 48 ou 72 horas, cujo fluido, enviado ao intestino grosso através do estoma, estimula sua peristalse em massa e, assim, o esvaziamento do conteúdo fecal. Podemos defini-la portanto, como uma evacuação programada. A diminuição frequente da flora bacteriana colônica acarreta ainda redução da formação de gases.

4.4.4. Uso de Adjuvantes

O uso de adjuvantes, considerados como tecnologias industriais de tratamento para determinados tipos de cuidados que se apresentam como básicos, também foi mencionado, principalmente os que são distribuídos no ambulatório em apreço: barreira protetora de pele em pasta e em pó, além de lubrificante desodorante. Outros adjuvantes também são distribuídos, mas pouco usados ou aceitos pelos clientes. Sobre a forma de utilização destes adjuvantes, os clientes os empregam de maneira apropriada, da forma orientada pelo enfermeiro. Porém, alguns detalhes de utilização não são considerados ou feitos de maneira adequada. Exemplo disto é quando se utiliza a barreira protetora de pele em pó, para uso em dermatites com umidade; nesta prática, os clientes não retiram o excesso do produto, queixando-se, posteriormente, de má fixação do equipamento:

P: _ Você disse que tem uma feridinha em volta do estoma... Você utiliza alguma coisa nesta ferida? E você tem umidade na pele por causa da ferida?

C4: _ Tenho... E utilizava esse pozinho aqui (apontando para o produto sobre a mesa). Mas não utilizo mais... Porque eu boto isso daí e fica saindo, soltando a bolsa!

P: _ Mas como você coloca esse pozinho?

C4: _ Eu coloco em cima da ferida, vou jogando aos poucos e depois colo a bolsa...

P: _ Mas não tem outra coisa que você faz nesse processo de jogar o pozinho... e depois de jogar, o que faz?

C4: _ Colo a bolsa...

P: _ Hummm... Não seria interessante então você retirar o excesso desse pozinho com uma gaze sobre a pele machucada, só fazendo um “ventinho” para sair o pó em excesso? (demonstração e explicação de o porquê e para quê fazer desta forma)

C4: _ Hummm... Faz sentido!!! (sorriu)

A reflexão sobre o cuidado de si é estimulada pela prática educativa da enfermeira, como expresso no diálogo anterior, pois a mesma objetiva facilitar ao máximo o poder de cada sujeito sobre suas vidas através da conscientização. Considera-se, neste ínterim, o fato de que o sujeito, construtor de sua própria realidade, é capaz de reconstruir e reformular seus conhecimentos (FREITAS & SABÓIA, 2007).

4.4.5. Complicações tardias e suas formas de intervenção adotadas pelos clientes

As complicações tardias, reveladas como consequências e implicações decorrentes da derivação cirúrgica e principalmente dos “diálogos” pré-estabelecidos que talvez não tenham dado conta de aspectos importantes relacionados com o surgimento delas, foram: dermatite, prolapso e hérnia. A dermatite foi uma complicação mencionada em maior escala cujas causas foram diversas: troca da bolsa coletora constantemente, fricção exagerada com gaze para retirada de cola sobre a pele, má adaptação às determinadas marcas e/ou tipos de equipamentos, recorte da placa da bolsa feita de maneira inadequada, entre outras. O tratamento foi feito com uso de adjuvantes indicados por profissionais de saúde ou produtos utilizados para assadura como hipoglós, hipoglós com óleo de amêndoas, uso de clara de ovo como cicatrizante, pomada anti-alérgica e duoderme gel. Banho de sol também foi um artifício mencionado para a melhoria da dermatite.

P: _ Já teve dermatite? Uma irritação na pele...

C4: _ No princípio...

P: _ Como você cuidou?

C4: _ Com produto químico, com clara de ovos e coloquei a pastinha.

C8: _No início que eu fiquei usando a bolsa me deu uma ferida aqui em baixo, aí eu não sabia o que fazer e comentando com uma amiga minha, que o pai dela tinha umas escaras, e ela viu que fizeram uma misturinha lá e me indicou hipoglós com óleo de amêndoas. Aí como foi uma feridinha pequena, aqui embaixo na pele onde pega a cola do micropore,

P: _ (expliquei sobre o problema da dermatite relacionado ao micropore).

C8: _Aí o que eu fazia: passava a misturinha na ferida e não colava o micropore, deixava o papelzinho dele, sem colar porque estava com a pomada. Aí foi cicatrizando...

P: _Aí foi sua amiga que te indicou?

C8: _Sim, na época não tinha isso daqui, esse programa.

Destaca-se na fala de C8 um saber do senso comum compartilhado, ou seja, usou uma ‘misturinha’ indicada por uma amiga que possuía um pai com úlceras por pressão, fazendo

relação imediata à ferida da pele periestomal que tinha. Usar a ‘misturinha’ que continha hipoglós e óleo de amêndoas mais não colar o micropore enquanto fazia o tratamento, foram condições essenciais para a cicatrização da pele injuriada, demonstrando a efetividade dos saberes do sistema popular. As medidas de tratamento vinculadas ao saber profissional encontram-se registradas a seguir:

As medidas de tratamento se baseiam no diagnóstico do fator causal, no afastamento desse fator e na revisão de ações de cuidado com o estoma e a pele periestoma feitas pelo indivíduo ostomizado. O uso de barreiras protetoras semi-sintéticas ou sintéticas, apresentadas na forma de pasta, pó ou placas, é uma medida de prevenção do contato direto do fluxo ileal com a pele ou de tratamento da pele lesada, porque auxilia no processo de cicatrização. Algumas vezes, faz-se necessário lançar mão de terapêutica medicamentosa. Na dermatite por *Candida albicans* e de foliculite, torna-se imperiosa a aplicação de terapia com corticóide e antibiótico, respectivamente (SANTOS & CESARETTI; 2005, p.211) .

O prolapso foi outra complicação mencionada por alguns clientes, porém, em menor escala. A forma de lidar com esta problemática, em grande parte, veio pela necessidade de adaptação ao problema exposto, como revelou C8:

“Eu fui mesmo aprendendo com o meu dia-a-dia, na minha prática, a melhor forma: com a toalha eu vou apertando ele (prolapso) e fico mexendo nele... Aí ele encolhe e fica pequenininho... aí eu posso secar bem sequinho... porque o prolapso fica batendo na pele e ela fica sempre umidecida. Então eu descobri isso, essa técnica, né (rsrsrs), oito anos né (de estomizada)... a gente vai sempre se descobrindo... Porque eu fiz uma vez... eu toquei e percebi: foi encolhendo”.

A construção do cuidado é um processo multifacetado e varia de acordo com a vivência sociocultural e as experiências pessoais. O fragmento dialógico apresentado anteriormente revela uma extração, pela cliente, de uma situação existencial concreta, dos meios para se haver com a sua realidade de cuidadora, ou seja, de cuidadora de si (COELHO & ALVIM, 2004).

A hérnia, protrusão de vísceras abdominais, foi outra complicação tardia mencionada por dois clientes. O tratamento foi basicamente cirúrgico e a causa principal foi o levantamento de peso, como identificado por C16, associando a hérnia ao peso, indicando um senso comum comprovado pela ciência:

C15: _ (...) tenho a barriga meio deformada, por causa das cirurgias, eu já fiz duas telas! Já me deu duas vezes hérnia! Uma cirurgia foi feita com sucesso e a segunda foi mal feita e prendeu um pouco o nervo dessa perna aqui e aqui em cima não tenho mais sensibilidade. E a hérnia esta começando tudo de novo! E o médico daqui falou pra eu não mexer nisso não, que não convém fazer mais cirurgia. E a minha barriga só foi deformando com essas cirurgias!

P: _ Então a hérnia foi uma complicação que você teve e já está aparecendo de novo e você cuidou com a cirurgia, né.

C15: _ Com a cirurgia.

P: _O senhor já teve hérnia, prolapso?

CI6: _Tava formando porque eu peguei peso...

4.4.6. Uso de acessórios

O uso de acessórios, tecnologias industriais de cuidar amparadoras, foi também mencionado por alguns clientes. Destacaram o uso de cinta, cinto e adesivo fixador. A cinta é um acessório bem divulgado, principalmente ao público feminino, porém deve-se fazer uma consideração sobre seus possíveis benefícios e malefícios ao uso:

C3: _ e eu também agora tenho que fazer isso em casa... tiro a calça cinta, assim com mais jeito pra não prejudicar, porque transpira melhor.

P: _isso, porque ia falar, usando a cinta, abafa!

C3: _abafa.

P: _abafa... e a bolsa é plástica, plástico diretamente na pele abafa e esquenta a pele, tem que deixar a pele respirar!

C8: (...) E num estágio, uma enfermeira indicou uma cinta, ela me disse que eu não poderia pegar peso. E na parte prática as pessoas me ajudavam para eu não pegar muito peso. A minha cinta é de calcinha. Já usei a de colchete, mas estava me prejudicando, dava uma cólica, porque apertava muito.

O cinto foi um acessório mencionado pelo cliente urostomizado, percebido por ele através da observação de outras pessoas que o possuíam para melhor prendimento da bolsa ao corpo. Considerado adequado ao uso desse cliente, para sua maior segurança, o mesmo aguarda a vinda do material através do núcleo de estomizados:

P: _O senhor faz uma experiência de não utilizar a pastinha...

C9: _Porque na minha concepção isso era mais para segurar a bolsa, e eu já tinha percebido que muita gente não utilizava. E um rapaz que eu conheço, inclusive, usa um cinto e eu conversei com o enfermeiro de ele pedir um pra mim...

P: _Esse cinto ajuda mesmo a aderir e já que o senhor tem essa preocupação de estar caindo, vai te dar mais segurança. Porque vai ajudar a ficar preso. E o senhor pode ver essa possibilidade mesmo...

C9: _é, ele ficou de trazer, mas já tem uns três meses...Você acredita que em casa eu já tentei de todo o jeito uma forma de segurar essa bolsa! Mas não tem jeito. Já cortei fralda, já cortei uma fita também, um elástico de dois dedos, cerquei uma toalha para segurar.

P: _É porque a qualidade da bolsa é ruim e a gente tem então que fazer de tudo pra manter isso daí...

O adesivo fixador, material utilizado para ajudar a manter a bolsa por mais tempo fixa à pele, foi também mencionado e considerado como um acessório para fixação, ajudando-a. Alguns o aprovam, demonstrando como fazem, outros referem não fixar bem:

P: _Aí o senhor está usando essa fita?

CI6: _Essa fita e a pasta.

P: _Mas mesmo o senhor usando não está fixando bem?

CI6: _É, e ele também falou que a minha roupa está muito apertada, eu engordei muito e agora que eu estou reduzindo, já fui a cento e poucos quilos, agora estou com oitenta e poucos, mas tem que diminuir mais ainda, aí a roupa apertada não tem bolsa que segure.

P: _O senhor começa a fixar de lado por causa da fita. Aí bota pra cima.

C16: _Depois eu pego a fita e colo por cima dessas coisas aqui que é pra dar uma segurança a mais.

P: _Aí o senhor pega essa fita e põe como, uma do lado da outra?

C16: _Em volta.

P: _Aqui assim. Aí o senhor coloca... Vamos pegar uma fita. O senhor pode me falar como o senhor cola?

C16: _Corto aqui.

P: _Ah o senhor corta no meio da fita?

C16: _Porque não consegue colar ela inteira. Gruda na roupa... inteira você perde ela. Corta e só grudar uma parte na outra.

P: _Aí como o senhor faz? Tira o adesivo... Pode fazer na sua bolsa. Aí o senhor coloca metade na bolsa e metade na pele, pra poder segurar. Quantas fitas?

C16: _Duas.

P: _O senhor pega outra fita e corta no meio também. Entendi, muito bem.

C9: Já usei, mas não segura. Sabe outra coisa que eu uso e às vezes fere a pele, é o esparadrapo. Eu compro daquele hipoalérgico e boto por cima...

P: (explicação do não uso do esparadrapo para segurar a bolsa e para tentar usar o adesivo fixador porque foi feito próprio pra isso).

4.4.7. Banho de sol

O banho de sol foi um cuidado para tratamento da pele bem discutido nas entrevistas com os clientes estomizados. Encontra-se em um manual intitulado orientações sobre ostomias, do Instituto Nacional do Câncer (2003), que o banho de sol é um cuidado com a pele periestoma, sendo necessário fazê-lo, sempre que possível, de 15 a 20 minutos por dia pela manhã, não se esquecendo de proteger o estoma com gaze umidecida. A falta de privacidade para o banho de sol e a falta de tempo para o banho de sol foram temas que surgiram ao mencionar esse cuidado.

Vejam alguns fragmentos dialógicos que tratam disso:

C3: _Se eu pegar um sol, logo acaba! Incrível!

P: _É aquilo que a gente conversou do banho de sol.

C3: _Se eu pegar um sol... porque quando eu saí do hospital, o médico falou que eu tenho que pegar um sol, tomar um banho de sol...

P: _Urrum...

C3: _E quando eu tomo, num instante, menina, a pele fica limpinha!

C10: _Eu cuidei através do enfermeiro. Vim aqui, mostrei e ele mandou toda vez que eu trocasse a bolsa passasse uma pomada (barreira protetora de pele em pasta) que ele me deu lá...

P: _E você acha que essa pomada faz o que?

C10: _ele pediu pra eu passar essa pomada aí pra que não viesse a irritar a pele. Agora saber mesmo pra que ela serve...

P: _e ela melhorou sua pele?

C10: _Melhorou porque mandou pegar também um sol e no início andei até fazendo. Porque tinha uma parte lá de casa que pegava um solzinho...

P: _ (explicação da indicação da pasta protetora).

O banho de sol nos remete à precursora da enfermagem moderna, que lançou as bases da enfermagem como profissão na segunda metade do século XIX - Florence Nightingale. A autora

disserta sobre a natureza e o ambiente que interferem sobremaneira no processo de saúde-doença do sujeito, mencionando o ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, pontualidade e assistência na ministração da dieta como fatores fundamentais de atenção ao indivíduo sadio ou doente (NIGHTINGALE, 1989). Denota-se na fala de C3 uma constatação enfatizada da efetividade desta prescrição ao mostrar-se satisfeita em perceber que a orientação deu certo. A enfermeira, no diálogo com C10, ainda explorou como a barreira protetora de pele em pasta atua, destacando que a melhora da sua dermatite também estava atrelada à prática de banho de sol.

A falta de privacidade para a realização do banho de sol foi um complicador para a não realização do cuidado. Medidas de enfrentamento e aproveitamento da oportunidade de fazê-lo devem ser destacadas no processo educativo dialógico. Vejamos alguns depoimentos a respeito da falta de privacidade:

CI: _ Pois é, é complicado o banho de sol. Porque eu não tenho aquela coisa. Lá em casa mora uma vizinha, minha mãe na frente, meu irmão em cima. Então eu nunca vou ter privacidade pra fazer o banho de sol!

P: _E você toma banho de sol na parte do estoma?

C10: _Me disseram que era o ideal, mas não faço não, na minha casa não tem espaço pra isso. Além de não ter espaço, não tem privacidade.

P: _ (...) Se tiver na sua casa algum local onde fique à vontade...

C11: _Ah não tem não. (...) O sol é muito difícil de fazer, eu faço mais à noite, refresco ela, deito, quando ta vazio. Se eu trocar de manhã e até melhor é no meu quarto e minha sobrinha mora conosco, ela tem o quarto dela e eu tenho o meu, aí eu não perturbo ninguém.

A falta de tempo para a realização do banho de sol também foi ressaltada por C3. É necessário mencionar que esta cliente em particular cuida em tempo integral da família e ainda não teve a oportunidade de realizar este cuidado, pois relata falta tempo. O irmão apresentou câncer na língua e a cliente está cuidando dele. Mas, após todo esse episódio de doença familiar, pensa em voltar o cuidado para si:

P: _ Então, como a senhora está agora querendo se cuidar realmente...

C3: _ Tô querendo me cuidar!

P: _ Quando a senhora for lá para a casinha, ficar lá sozinha, faz seu banho de sol de manhã...

C3: _ Vou, vou... Vou me cuidar, Paula!

C3: _É, eu tenho que tirar um tempinho pra tomar banho de sol, pela manhã.

O lugar, o tempo, os outros interferem nas práticas ou não de cuidados essenciais à restauração do cliente como verificado no banho de sol, devendo ser respeitados. Porém, torna-se necessária a estimulação para a realização dessas práticas por se tratar de princípios fundamentais que precisam ser considerados dentro da totalidade dos conhecimentos da Enfermagem.

4.4.8. Proteção do equipamento durante o banho habitual

No decorrer da implementação do processo educativo no âmbito da pesquisa-cuidado, emergiram discursos sobre a proteção do equipamento durante o banho habitual, em que o cliente não necessitaria de realizar a troca da bolsa. O cuidado emergiu da preocupação do possível contato da água do banho, geralmente em temperatura morna, com a bolsa coletora, facilitando o desgaste da cola. Apesar dos fabricantes da bolsa coletora indicarem o banho sem proteção, os clientes e a enfermeira-pesquisadora refletem acerca dessa situação e revelam a utilização de sacola plástica; toalha e maneiras de prevenir o contato da água sobre a bolsa:

C5: _ Quando eu vou tomar banho, uso o chuveirinho. Abro e não deixo cair aqui (relacionando-se a bolsa e ao curativo).

P: _ Mas quando você toma banho, toma quente?

C5: _ Quente.

P: _ Mas assim, quando você toma banho quente, se entrar em contato com a cola da bolsa, pode desprender com mais facilidade, não é?

C5: _ É.

P: _ Mas o banho frio no inverno, fica muito difícil. Aí você pode proteger como faz.

C5: _ No início eu colocava uma sacolinha...

P: _ Urrum...

C5: _ Aí não caía água não, protegia.

C7: _ Diariamente, eu tomo banho, lavo a minha cabeça...tomo o meu banho com o chuveirinho e evito de deixar cair a água. Aí eu pego a toalhinha e seco bem para não ficar molhado.

P: _ Tem que evitar o contato com a água morna porque pode descolar.

C7: _ Mas eu evito.

C13: _ Não, na hora de tomar banho, isso aqui é tampado, eu tomo banho cá, aí me viro, molho cá tudo e tem a toalha tampando direitinho pra não deixar molhar.

P: _ No dia da troca, a senhora pode...

C13: _ No dia da troca eu troco tudo direto.

P: _ Aí a água morna até ajuda a descolar.

É importante mencionar que na literatura não se encontra referência acerca dessa proteção durante o banho habitual, porém isso é refletido na prática e considerado pelos estomizados. Encontra-se num site específico para estomizados, uma capa protetora da bolsa coletora no banho, produzida por um engenheiro estomizado que a utiliza há cinco anos, tendo vivenciado a efetividade no cuidado quando faz uso de sua invenção. Revela que durante esses cinco anos de uso, a pele periestomal se manteve em boas condições e não se registrou nenhuma outra ocorrência que pudesse comprometer a sua saúde. Ferreira (2007), autor da capa protetora, descreve em sua página de que maneira o cliente estomizado pode confeccioná-la e indica os materiais necessários. Na prática cotidiana, em ambulatórios, o que se observa é a indicação de proteção com algum tipo de plástico aderido ao local onde está fixada a bolsa coletora.

4.5. O alcance da problemática de ser/estar estomizado: alterações a nível biopsicossocioespirituais

No encontro da enfermeira com os clientes, sujeitos da pesquisa, algumas temáticas foram emergindo no movimento dialógico que revelou seus saberes e práticas sobre a manutenção da estomia, a saber: vida social, familiar e laborativa; religiosidade e espiritualidade; sexualidade; exercícios e desportos; lazer; vestuário; dieta; direitos e deveres. Na convergência pesquisa-cuidado estas temáticas foram surgindo e ganhando força. Observam-se diante disto os limites e possibilidades de ser/estar estomizado, em que há interferências e alterações em nível biopsicossocioespiritual.

Após a confecção do estoma diversas alterações acontecem na vida do estomizado. A vida social inicialmente fica bem limitada, os clientes sentem-se inseguros com a possibilidade de descontrolo intestinal; desprendimento da bolsa; medo de serem percebidos, discriminados:

C1: (...) Pra ir pros lugares às vezes, você tem até que passar por uma psicóloga, fica meio insegura, às vezes. Num outro dia, num aniversário de uma sobrinha minha, meu Deus, que descontrolo! (...)

C5: _Esta semana vai ser aniversário da minha sobrinha. Quando chegar sábado, eu saio de casa. Eu procuro outra casa. Eu não quero mais ninguém não, sabe. (...) ... vivo com minha família, mas não gosto de ficar num lugar onde tem gente.

P: _ Mas você acha que o pessoal vai te olhar de outra maneira?

C5: _ é isso daí!!!

C10: _Mas essa bolsa (drenável) quando uso, uso mais pra poder viajar, e quando vou pra casa de família, às vezes troco de dois em dois dias ou todos os dias...que assim pode machucar. Mas porque às vezes você está na casa de uma família e você fica sem jeito quando a bolsa enche muito e você fica sem jeito de estar lavando aquilo ali e quando a pessoa entra no banheiro, lidar com o mau cheiro. Aí eu costumo fazer o que: levo sempre uma bolsa de supermercado pra dentro do banheiro aí eu falo que vou tomar banho, aí tiro aquela bolsa ali, dobro, depois enrolo e coloco dentro da bolsa e amarro, depois eu tomo o banho e boto outra bolsa limpa, e falo que vou dar um passeio para jogar a sacola fora. Aí não deixo nem dentro do banheiro, porque o curioso, você sabe, acaba querendo abrir pra ver o que tem. E a gente que tem esse sistema, não era nem pra ficar assim, no meu ponto de vista quem tem uma ostomia é para ficar visível, porque pode acontecer com todo mundo, mas você pode ficar discriminada. Muitas vezes tem aquela rejeição. As pessoas podem pensar: nossa ele vem aqui pra casa e o banheiro fica naquele mau cheiro...E você acaba até sendo discriminado. Então por isso que a gente que usa a bolsa hoje tem que procurar fazer o que é melhor pra gente mesmo e até mesmo que não prejudique o outro (...).

Segundo Santos & Cesaretti (2005, p.279) “A reinserção social dos ostomizados constitui um grande desafio para todos os profissionais envolvidos neste processo”. O pós-operatório tardio é a fase do desenvolvimento maciço dessa reabilitação, onde se trabalha em busca de uma readaptação à realidade concreta do indivíduo.

A vida familiar também sofre alterações, constituindo-se como um tema de investigação. Existe, contudo, uma mobilização dos familiares frente à doença e sua reabilitação. De uma riqueza inestimável, a ajuda nos cuidados diários e o apoio, por um lado; e o inconformismo dos familiares e nervosismo diante da situação, a preocupação, o constrangimento e a traição conjugal, por outro, merecem destaque:

C4: _ Quando tem alguma irritação, quem faz é a minha esposa, aí ela vai ver como está. (...) minha esposa é muito amiga. Se eu pedisse, ela faria todas às vezes! (...)

C5: _ Em casa, quando eu não podia mexer direito, minha mãe fazia.

C7: _ Eles (familiares) não se conformam porque estou doente. Eles ficam nervosos. Eu, do jeito que levanto, agradeço a Deus todos os dias. (...) Não paro, estou sempre em movimento. Só paro quando estou dormindo. Eu tenho apoio do marido...tem gente que não tem. (...) Eu não tenho complexo, Paula, comprei peruca e ainda está guardada do jeito que veio da loja, entendeu? Preferi colocar um lençinho... E dentro de casa andava sem lenço. Aí a minha filha falou: mamãe você pode atender o portão, esquecer e ir sem lenço. Aí eu disse: o que tem eu ir sem lenço! Ela estava mais preocupada do que eu! É muita gente que faz tratamento, não é só eu! Isso aí eu não tenho complexo...

C9: _ Foi passando o tempo, eu dependia dela (esposa) até pra tomar banho, um dia eu pensei “eu mesmo vou tirar isso e vou fazer”...aí ela saiu.(...) Eu não gosto nem de falar com a minha esposa, porque ela fica apavorada, quer me levar no médico de qualquer jeito...um dia a gente tava até conversando sobre isso, ela falando “eu tenho uma pena de você” que eu nunca fui a médico, nunca tive nada, aí eu falo pra ela “mas eu to vivo, to andando!”. Ela é muito preocupada...ela é órfã de pai e mãe, sabe. Ela me fala que eu sou o pai e a mãe dela que não teve. Tenho 41 anos de casado, e fui tão coisa com ela e traí ela...há 18 anos atrás e a mulher fazia tudo pra mim, foi uma benção na minha vida e acabei pagando com os dois filhos meus espoletas...E eu falei pra ela, quando eu me converti. Muita gente sabia que eu não era flor que se cheirava...só mulher mesmo e cervejinha. Aí me converti e tinha gente que não acreditava, né. (...) Vou te dizer uma coisa, tenho uma maior vergonha do que eu fiz. E eu me senti numa maior obrigação de contar pra ela. Pedi a Deus e contei, umas cinco e meia da manhã, e ela compreendeu, como já tinha me convertido e não estava mais com a mulher. Ela ficou o dia inteiro na cama, mas me perdôo. Ela não merecia isso, eu tenho uma maior vergonha disso.

C10: _ é aquele negócio, eu cuido de mim no mesmo sistema que eu cuido de você...Eu me sinto uma pessoa normal e tem aquela mesma coisa do dia-a-dia. Só que no início da cirurgia, após a operação, com o decorrer do tempo, eu estava me achando uma pessoa retirada da parte da vida da minha mulher. Eu estava notando ela meio constrangedora, meio fria nisso daí, de relacionamento, essas coisas e tal. Aí a gente começou a brigar várias vezes, e a gente fica com depressão, você se sente uma pessoa recuada, magoada, que tem uma deficiência e não pode chutar o balde, querer separar, tocar o barco pra frente. Então a gente se sente desta maneira. Inclusive até coisas aconteceram, que hoje eu vivo bem dentro de casa, que fez a minha mulher abrir o olho, e fez eu enxergar que a vida continua sendo normal. Porque aí surgem pessoas ao seu redor, que te dão mais valor que a sua própria família, vamos dizer assim, família conjugal, minha mulher, surgem pessoas que se tornam melhor do que aquela sua vida ali, dentro de casa, sua companheira e você acaba fazendo coisas que depois vem a se arrepender. Mas quando você lembra que reviveu alguma coisa dentro de você, você fica mais aliviado. Foi o que aconteceu comigo no passado. A mulher estava assim meio discriminado, enjoada de ver a pessoa no dia-a-dia com a bolsa coletora. Aí na época eu não tinha esse sistema de irrigação, tinha que estar ocupando o banheiro, lavando a bolsa dentro do banheiro, tendo que conviver com aquele mau cheiro, então eu achei que ela estava meio retirada, meio coisa e tal...às vezes querendo até tomar uma decisão e presa a alguma coisa. Mas aí foi quando eu tive um envolvimento com outra pessoa e essa outra pessoa me fez reviver, mostrou pra mim que a ostomia não é o final da vida, que eu poderia ser normal como qualquer um. Aí fiquei envolvido com essa pessoa durante um ano, aí depois que eu cheguei numa conclusão que eu não estava certo, você entendeu, eu frequentava a Igreja e tal e não estava certo eu fazer isso com a minha esposa. Porque bem ou mal ela estava dentro de casa e fazendo as coisas dentro de casa. Mas aí eu resolvi afastar dessa companheira na rua, só que aí ela começou a ligar pra minha mulher, começou falando, e a minha mulher começou a ficar cheio de depressão, e depois disso que ela veio me enxergar de outra maneira. Aí ela veio

passar a me dar valor, porque eu sinto que ela viu que eu tinha condições de arrumar outra pessoa. Que anteriormente, eu acho que ela pensava assim: - Ele não tem condições de arrumar mais ninguém. Ele vai ter que aceitar o que eu quero e acabou! Aí que ela veio a pensar dessa maneira, foi onde eu até cheguei a me separar, fiquei um mês e pouco separado, ela me viu com a outra pessoa. E é aquele negócio, você vive um clima maior, fica mais alegre, eu antes não esquentava a cabeça de me vestir...e hoje ela se preocupa mais comigo, ela mudou completamente! Hoje eu vivo com a minha esposa normal, a outra já está fora, não tenho mais envolvimento com ela.

A vida laborativa normalmente fica prejudicada após a confecção da derivação cirúrgica. Na dependência do cargo assumido pelo cliente estomizado, o mesmo geralmente encontra-se impossibilitado para o trabalho, principalmente o serviço que demanda mais esforço físico. Além disso, condições especiais são ressaltadas, como acesso a um banheiro devidamente higienizado:

P: _Já como você não pode trabalhar como pedreiro, tente arrumar um outro tipo de serviço que você não pega peso, entendeu? Tente fazer uma atividade alternativa, nem precisa ser de trabalho. Mas para você espairecer, não só ficar dentro de casa, entendeu?

C5: _ Entendi!

P: _E você tem outra atividade com vínculo empregatício, ou você vive só com a sua aposentadoria?

C10: _Não, só com isso aí. Fico no dia-a-dia em casa mesmo, com papo furado com os colegas e quando tem a reunião eu venho e pro trabalho da Associação, que sou voluntário, como todos os outros. O médico falou comigo que eu sou uma pessoa normal, se mexe com meu intestino, mexe com outros também, só as fezes que vai sair por outro lado e minha mulher, ontem mesmo, depois de eu ter feito a irrigação e colocado o estomachep, cozinhou um feijão vermelho que mexeu comigo. Aí eu tive que fazer o que, tirar a bolsa de novo e usar outra, essa que está comigo agora.

C14: _Eu não sei, eu queria era voltar a trabalhar, mas acontece que pra eu voltar a trabalhar o lugar tem que ter um banheiro legal pra mim, uma base de umas duas vezes no período da manhã e no período da tarde mais uma vez. Só que aqui em Campos paga muito pouco.

A religiosidade e espiritualidade estiveram presentes nos discursos da maioria dos clientes. Diante da vivência de estarem estomizados, procuram apoio na religião e mergulham na sua espiritualidade:

C1: (...) e é aquele negócio, como falei, nada vem por acaso! Deus é quem sabe de todas as coisas!

C4: _Tem companheiro (referindo-se a outros estomizados) que nem coloca a mão na bolsa, mas são pessoas que não estão pensando na vida, eu creio. Quem pensa na vida, faz todos os sacrifícios para mantê-la. Eu faço qualquer sacrifício para manter a minha vida. Embora, como evangélico que sou, não tenho temor de morrer. Mas não estou buscando a morte. Estou tentando manter a vida. Não quero morrer hoje ou amanhã, só quero morrer quando Deus me chamar.

C9: Eu tomei a atitude, tomei banho todo meio atrapalhado, deitei, preparei, mas consegui colocar, aí eu fui aprendendo, e hoje graças a Deus eu mesmo coloco. (...)

C16: _Hoje o meu Deus me deu condições...

C14: _Mas eu acho que isso é que me curou e eu também me ligava muito com a proteção divina, dos espíritos.

Vale ressaltar sobre a diferença conceitual entre essas duas expressões/concepções. Podemos nos valer da distinção que Dalai-Lama, citado por Boff (2006, 15p), faz entre religião e espiritualidade:

Julgo que religião esteja relacionada com a crença no direito à salvação pregada por qualquer tradição de fé, crença esta que tem como um de seus principais aspectos a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural, incluindo possivelmente uma idéia de paraíso ou nirvana. Associados a isso estão ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais, orações, e assim por diante. Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia - que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.

A sexualidade de certo modo também é afetada e os clientes sentem as limitações impostas, procurando, por sua vez, as possibilidades decorrentes dela:

P: _Com relação ao seu marido você já me disse que é tranquilo, mas como ele olha isso...

C8: _No começo ele falou que não queria ver e se ele visse, quando fosse me abraçar tinha medo de me machucar. Na cabeça dele ele estaria me machucando, então preferia não ver. Porque pro homem, na relação sexual, tem que estar com a cabeça boa. Aí eu respeitei! Só que na época não tinha muito esse negócio de lingerie, essas coisas, aí eu fiquei tentando, já ia me casar e eu fiquei tentando saber o que ia fazer.

P: _Mas antes de você casar já era estomizada?

C8: _Já era. Morava com a minha filha ainda e eu tive uma idéia de relance: fui na cômoda do guarda-roupa dela e achei um topper. Aí o que eu fiz, fui enrolando a bolsa e coloquei o topper aqui e deu certinho! Ai depois disso fui tentando de outras formas... Mas depois de oito anos de ostomizada e sete de casada, se eu tiver que sair do banheiro com a bolsa pendurada e passar por ele, faço tranquilamente. Mas na hora da relação eu boto um topper.

C15: _Não...pode até ser. Mas eu acho que...pode ser, pode ser...tem aí o seu valor mas é difícil de aceitar. A aceitação é muito difícil. A gente faz de tudo pra dizer que está aceitando, mas no fundo ninguém aceita! É mentira! Quando fala, é mentira, ninguém aceita! Porque ninguém tem coragem de dizer. E outros aí dizem que tem uma porção de mulheres, um monte de coisa...É MENTIRA! nós todos nos tornamos impotentes! Quando é câncer, tiro essas coisas todas, não tem nada a ver, mas câncer, pela vascularização que tem que fazer, nos tornamos impotentes. E tem muitos que não tem coragem de dizer! Mentem! E agora, vou fazer o que?! Muitas pessoas cobram de mim...e eu vou ter uma mulher pra que, se eu não vou ter condições de ter nada! Pra me chifrar aí fora...por causa de que? Se eu vivo tão bem com a minha cachorrinha? Ela me faz tão bem! E a descoberta disso daí foi terrível, né, a descoberta da impotência. Ahhh foi um choque brutal! Foi mais uma tentativa que eu queria desaparecer!

Outra temática explorada foi a atividade física. Os clientes entendem da necessidade dela, mas também sabem dos limites que possuem decorrentes do estoma:

C2: _ Tem época que sim, mas tem época que não. Estou pretendendo agora entrar na academia, mas é claro fazer tudo dentro dos limites, porque eu tenho o meu limite! Não posso pegar peso.

P: _Urrum. Fazer uma coisa mais leve, neh?

C2: _Urrum.

O lazer foi também componente dos diálogos. Os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, concebem lazer como sendo principalmente ‘viajar’ e ‘ir à praia’. Falam de seus limites e possibilidades frente à temática:

C1: (...) Pra ir numa praia ou outra coisa, e você fica até limitado, né! (...)

P: _ E você foi à praia, tomou banho de mar, como é que foi?

C1: _ Ummm... nada disso. Eu só fiquei em casa mesmo, eu não estou preparada para expor assim, entendeu? Apesar de quem convive comigo sabe da situação, mas eu acho que não vou ficar assim com uma desenvoltura... e eu fico pensando no daqui pra frente, quem sabe não consigo fazer a cirurgia de reconstrução, sei lá. Mas eu acho que eu não...sei lá!

P: _ Dar esse primeiro passo...

C1: _é.de soltar, liberar! Porque o povo é curioso! Fica olhando...aquela coisa assim...eu ainda não estou preparada nesses termos de me expor!

C2: _é, pra mim é... Porque dura três dias...saio, me divirto, faço tudo...viajo.. não tenho nada...às vezes eu até esqueço que uso ela!

C6: _ É! Agora a gente tem a limitação da gente, não posso ir a praia, colocar biquíni... não coloco mais! (...) Tem praia que eu vou, coloco o maiô. Não entro mais na água como eu entrava! Quantas vezes descolou comigo, na água! Passo uma vergonha...não posso abaixar e ajoelhar!

P: _ Aí a senhora vai à praia, no dia em que for trocar a bolsa... Amanhã não é dia de trocar? Então pode descolar a bolsa, não pode? No dia de trocar mesmo, a senhora pode tomar um banhozinho. Pode pensar desta forma, se a senhora tem medo de descolar! No dia da troca pode tomar um banho bom, assim, e depois trocar.

Diante da confecção do estoma, o vestuário é também alterado. A adaptação das roupas em geral é um processo vivenciado por praticamente todos os sujeitos:

C1: _ (...) É uma insegurança danada você estar num lugar e não sabe o que vai acontecer, uma roupa que não fica de acordo. Olha, é difícil! Só a misericórdia de Deus mesmo! Mas a gente vai levando, né, fazer o que?

P: _ Mas você pode utilizar um tipo de roupa que não dá para aparecer... Você acha que as pessoas têm muita curiosidade?

C5: _ As pessoas têm. Na rua mesmo, as pessoas logo olham para minha camisa. Com os pensamentos deles: aquilo ali não está normal, ele tem alguma coisa. Eu tenho uma camisa que quando eu boto fica a marca do curativo certinho. (...) Ficam com curiosidade.

C8: _Eu mandei fazer um maiô pra mim de manguinha e uma sainha...aí eu tomei banho assim! Aí eu até chorei, né. Porque a última vez que eu tomei banho em Cabo Frio, eu estava sem a bolsa, né. Eu nem sabia que eu ia ficar viva. Aí eu chorei pela oportunidade que Deus me deu. Porque não impede de tomar banho de mar...e tem até aquela revistinha da mulher ostomizada que fala sobre o vestuário. Sobre lingerie, colocar o maiô estampado porque ajuda a disfarçar e ela ensina várias coisas! Porque o título da revista é que mulher ostomizada não pode perder o seu encanto. E é assim...como eu viajei para o RS, eu levei a revistinha pra lá e as mulheres ficaram doidas. Aí eu até vendi lá...porque compra a calcinha e o sutiê e compra aquela renda que faz calça, que vende a metro no ponto e linha e faz a faixinha combinando com a lingerie.

C14: _Se eu botar ela (bolsa) comprida, a camisa não tampa. E ela de ladinho, a camisa tampa. (...) Quando ela está vazia eu tenho que prender aqui por dentro da bermuda, só uma parte porque a gente pode esquecer, sentar e a bermuda prejudicar.

Outro tema de destaque na fala dos sujeitos foi a dieta pós-estomia. Alguns modificam a alimentação depois da confecção do estoma, outros referem mantê-la, porém, ficam atentos a

qualquer tipo de alteração. C9 foi o único sujeito da pesquisa que revelou não se preocupar com isso, pois a estomia de eliminação dele é urinária e a alimentação não influenciaria na eliminação do fluido urinário:

C1: _ (...) E você tem que evitar comer as coisas, de beber refrigerante...agora então, com essa glicose! Eu tomei só meio copinho de guaraná...e é complicado, você não come direito...uma hora ela está cheia de gases..nessa festinha mesmo, na mesma hora, onde eu vou eu carrego tudo, né, na mesma hora fui ao banheiro e ele estava sem descarga. Então é muito complicado. Umás três vezes eu fui ao banheiro. É uma insegurança danada você estar num lugar e não sabe o que vai acontecer...

C3: _isso, vai adaptando aos poucos (alimentação). Tem que ver aquela que vai dando gases, mas tem hora que não consigo não, comer também vai prejudicar. Comer feijão você tem que comer,e como não dar gases? Ele dá gases, desarranja! (...) Aí o que acontece também, eu que sou ostomizada, a minha alimentação não fica muito tempo...ex: eu almoço 11, quando chega uma da tarde, já estou com fome, aí fica sempre sem nada! O seu organismo pede alimentação toda hora! (...) ...estou descobrindo sim, o que eu posso usar, o que eu não posso usar... é... em comparação: se eu como mortadela, q tem pimenta do reino, então eu sinto queimação em volta do intestino, mas é por quê? Porque eu comi a mortadela!

C4: _ Normalmente, como todos os alimentos. Não tenho esse negócio... Não tenho dieta.

C5: _ Eu como normal. O que eu posso comer. Coisa “remosa” eu não como por causa da barriga (ferida cirúrgica).

C9: _Eu não fui proibido de comer nada, porque meu caso é mais a urina, então eu uso a higiene direitinha, não tenho muita coisa a acrescentar a isso não, talvez tenha e eu não...

Durante o compartilhamento de saberes e práticas, emergiram falas sobre os direitos e deveres dos sujeitos pela situação de ser estomizado. Considerados pelo Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, pessoa com deficiência, na categoria “deficiência física”, os estomizados fazem jus a uma série de direitos preconizados. Os assuntos foram diversos, referentes a processos judiciais, direito a material gratuito, falta de material nos locais que distribuem, falta de informação inicial sobre direitos, deveres não procedidos pela clientela, transporte gratuito, passe de ônibus, perícia no INSS, entre outros:

C6: _ Para falar a verdade, eu não fiz isso ainda mais por medo. E segundo, eu coloquei essa médica na justiça. (...) Coloquei o hospital na justiça e o advogado falou para eu não fazer a reconstrução, porque vou fazer uma perícia ainda.

C11: _Mas o soro nunca faltou sabe por quê? Porque recebe lá pelo posto de saúde da prefeitura e a gente tem conhecimento lá com uma pessoa então vai lá e pede, então um soro desse aqui dá pra um mês...

P: _E depois em casa, a senhora nem sabia do núcleo? (depois de sair do hospital)

C13: _Não.

P: _Aí a senhora começou a comprar os materiais por sua conta porque não sabia?

C13: Comprei por muito tempo, gaze, algodão, soro, a bolsinha... tudo eu quem comprava.

C15: _E eu uso algumas vezes duoderme gel, que a menina daqui é um pão-durismo danado, que tem duoderme gel aqui e eles prendem, não sei porque. Entendeu? Porque é o duoderme que eu passo. Às vezes tenho até que comprar. (...) E isso me faz um bem danado! Só que às vezes eu peço e tem que mandar liberar...mas é um direito que eu

tenho, por que me nega? Só que hoje eu estou com isso daqui ferido, mas tudo bem, não tem material em casa nem nada!

C16: _Meu irmão, quando eu ia aposentar, ele quem fazia minha perícia, porque ele trabalhava no INSS, ele recebia, eu não sabia de nada. Eu não saía nesse tempo, não tinha passe e eu não podia viajar sentado, tinha que ir deitado e no governo tinha uma van que me levava e me trazia deitado. Eu não via nada. Hoje o meu Deus me deu condições... Os olhos humanos me vêem mas não sabe o que eu passei pra estar aqui.

C16: _ Aqui nós temos direitos, somos livres. No Rio o ostomizado não pode andar com a bolsa, fica com medo porque alguém pode pensar que é uma arma.

Os clientes estomizados embora não constituam clientela expressiva do ponto de vista epidemiológico, merecem atenção especial dos profissionais, Serviços e Programas de Saúde, uma vez que possuem problemáticas de esfera física e psicossocial, levando à necessidade de propostas intervencionistas voltadas para a reabilitação (SANTOS, 2000).

Participar do processo de reabilitação do estomizado implica estar preparado para lidar com seus temores, fantasias, frustrações, bem como com o desconhecimento e preconceitos da sociedade com relação ao estoma e, principalmente, assumir a responsabilidade de reconhecê-lo como um ser dotado de potencialidades, capaz de conviver com a nova realidade que lhe foi imposta. (SANTOS E CESARETTI; 2005, 279p)

Neste capítulo, os saberes e práticas de clientes estomizados foram descritos e considerados pertinentes ao cuidado de manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. Concepções acerca da estomia foram reveladas pelos sujeitos participantes da pesquisa, esclarecendo seus sentimentos e comportamentos frente ao estoma. Os cuidados de troca da bolsa coletora e sua manutenção diária fluíram em suas falas detalhadamente, bem como os cuidados relacionados à auto-irrigação, uso de adjuvantes, complicações tardias, uso de acessórios, banho de sol e proteção do equipamento durante o banho habitual. Evidenciou-se o alcance da problemática de ser/estar estomizado, em que quase sempre gera alterações a nível biopsicossocioespirituais na vida do cliente em fase de reabilitação.

Na triangulação dos achados, os dados revelaram que os estomizados recentes quase sempre explanam saberes e práticas “modulados” pelo saber profissional, não havendo tempo, talvez, da ressignificação desse saber e dessa prática. A adaptação ocorre cotidianamente, contudo, quem possui mais tempo de estomizado, mais adaptação foi realizada e vice-versa.

Deve-se considerar, contudo, o histórico de aprendizagem desses clientes, suas formas de aprendizagem, para que o cuidado, por sua vez, tenha sentido de utilização, ao tempo, condições

de inserção nos cuidados fundamentais desenvolvidos no contexto ambulatorial. O capítulo a seguir trata das formas de aprendizagem de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação, ou seja, de que maneira os saberes e as práticas apresentados neste capítulo foram aprendidos e de que forma eles podem ser inseridos nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos no contexto ambulatorial.

Capítulo V

As formas de aprendizagem de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação e suas condições de inserção nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos no contexto ambulatorial

CAPÍTULO V

**AS FORMAS DE APRENDIZAGEM DE CLIENTES ESTOMIZADOS SOBRE A
MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO E SUAS CONDIÇÕES DE
INSERÇÃO NOS CUIDADOS FUNDAMENTAIS DE ENFERMAGEM
DESENVOLVIDOS NO CONTEXTO AMBULATORIAL**

Na sociedade da informação, pleiteada pela metamorfose do aprender, existe a reconfiguração do conhecimento, ensejada pelas novas tecnologias da informação e da comunicação. Conforme afirma Assmann (2000, p.7): “A espécie humana alcançou hoje uma fase evolutiva inédita na qual os aspectos, cognitivo e relacional, da convivialidade humana se metamorfoseiam com rapidez nunca antes experimentada”. As formas de aprendizagem, portanto, são bem diversificadas e a construção do conhecimento não mais produto unilateral de seres humanos isolados.

Nesta pesquisa, alguns saberes e práticas de clientes estomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária foram revelados na prática dialógica entre enfermeira-cliente no contexto ambulatorial, como descrito anteriormente. Diante da expressão desses saberes e práticas, foi possível estabelecer as formas de aprendizagem desses clientes. Ao acessar a maneira como o cliente aprendeu determinado saber/prática, procurou-se estabelecer as relações de sentido para o seu uso na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, bem como suas condições de inserção nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos no contexto ambulatorial.

Desta feita, os clientes estomizados observam os cuidados prestados pelos profissionais em diferentes cenários da pragmática assistencial (hospitais, ambulatórios e domicílio), seguem suas prescrições à risca e/ou estabelecem adaptações. Acessam, também, o saber advindo do senso comum, transmitido pela herança familiar, de geração em geração, nas relações de vizinhança ou entre os próprios clientes estomizados, fruto da troca de vivências e experiências no âmbito da Associação de Ostomizados ou em outros espaços de convivência. Esses aspectos serão abordados ao longo deste capítulo.

5.1. A observação dos cuidados prestados em diferentes cenários da pragmática assistencial

Como se vê, existe a correlação do procedimento que é realizado no hospital como sendo de melhor condição ou escolha para o cliente, não existindo, contudo, a flexibilidade para novas aprendizagens ou opções de cuidado. Mesmo trazendo para discussão dialógica, outras possibilidades procedimentais, o cliente quase sempre correlaciona com o que é feito no hospital, onde são usados determinados tipos de produtos, entendidos por ele como sendo o de melhor qualidade para a execução de seu cuidado. Não se pode esquecer que há um tempo variável entre a ação, a reflexão sobre esta ação e a geração de uma nova ação pela tomada de consciência. Portanto, essa mudança de comportamento geralmente não é imediata, e só será percebida quando o sujeito der marcas da transformação de seu saber⁴.

P: _Aí você, assim, pela observação de como estavam fazendo no hospital, você fez em casa?

C12: _Só fiz uma coisa errada que estava me prejudicando bastante, e falei com o enfermeiro (relacionando-se ao enfermeiro do ambulatório) e ele me mandou parar, estava usando éter... porque é mais rápido!

P: _Porque no hospital usa pra tirar o curativo porque o esparadrapo é bem grosso e gruda bem, aí a gente usa o éter, mas pra estomia não tem necessidade... E você usando sempre, pode te prejudicar.

C12: _Mas lá eles usavam na limpeza e aquilo, quando encostava na colostomia, ardia tanto. Cheguei aqui com ela vermelhinha. Aí foi melhorando...

P: _Isso é muito forte, ainda mais pra utilizar sempre. É só pra passar ali no hospital mesmo, tirar aquela cola que é grossa.

C14: _Lá no hospital eu via fazer e o enfermeiro conversava comigo. Lá levava 12 dias pra trocar a bolsa. Em casa não, quando eu vim aqui, a enfermeira trocou e falou pra eu trocar no máximo em 3 dias.

Via de regra, o quê o cliente vê ele transfere automaticamente para o seu contexto, sem a necessária crítica de sua pertinência ou não. Afinal, entende que, aquilo que advém do saber e da prática profissional deve ser sinônimo de verdade, portanto, deve ser seguido sem questionamento. Contudo, há que ressaltar as condições em que tais práticas são feitas, considerando não somente a disponibilidade de recursos materiais nos serviços de saúde para determinados procedimentos, como também, o preparo dos profissionais de saúde para a sua execução que, embora muitas vezes sejam procedimentos simples, são específicos. Além disso, é oportuno destacar que em muitos casos é o familiar que observa tais procedimentos e práticas nos serviços de saúde e transfere o observado para o cliente quando ele assume o cuidado de si:

⁴ Conferência intitulada “Educação Popular em Saúde e o Cuidado de Enfermagem”, proferida pela Prof^a Dr^a Neide Aparecida Titonelli Alvim, em 2007, na Universidade Federal de Santa Maria – RS.

C4: _ Após a cirurgia, quem cuidava de mim era a minha esposa. Eu pedi para ela cuidar.

P: _ Mas ela aprendeu com quem?

C4: _ Sozinha também com a prática. Ela via a moça (membro da equipe de enfermagem) fazer...

P: _ Então... Ela viu no hospital?

C4: _ Isso...

Denota-se deste diálogo o quanto a aprendizagem pela observação é válida. Porém, a replicação do que é observado muitas vezes não garante a efetividade e segurança de determinado tipo de cuidado, pois é feita de maneira mecânica, sem a reflexão e a crítica necessárias. Fez-se oportuno aproveitar o momento de interação no desenvolvimento da pesquisa-cuidado para, pela problematização, revisitar saberes e práticas de modo a transformá-los. A justificativa de determinado cuidado é necessária, como, também, a reflexão acerca do detalhamento de cada procedimento, alcançando-se por fim um juízo compartilhado sobre aquele determinado cuidado:

Freire nega as práticas que se dizem educativas em que somente é necessário observar e descrever a realidade, é necessário uma postura frente esta realidade, uma subjetividade que seja coesa e que tenha argumentos, por isso a afirmação de que a educação é um ato político (MARTIN, 2007, p.34).

Nesta perspectiva, nem sempre o que o cliente observa é o mais correto e, por isso, deve ser seguido; cabe ao enfermeiro no contexto do cuidado dialógico, sustentado na crítica e na reflexão, abrir caminhos para a desconstrução do que for evidenciado como inadequado ou anacrônico ao contexto do cliente e co-construir com ele novos conhecimentos e práticas. Assim, se pode alcançar o cuidado compartilhado, coerente às necessidades e desejos do cliente, este concebido como ser ativo e singular.

5.2. O seguimento das prescrições dos profissionais de saúde à risca e/ou estabelecimento de adaptações a partir de saberes e práticas do senso comum

Muitos clientes estomizados seguem rigorosamente a prescrição do profissional de saúde, outros, porém, nem sempre ficam satisfeitos com o cuidado e procuram estabelecer adaptações ao que foi dito no intento de alguma forma, garantir a sua individualidade. Mas, a tendência mesma é o cliente seguir o que o profissional fala, geralmente uma aprendizagem fruto de uma educação em saúde tradicional e verticalizada, onde o profissional detém o saber e o transmite de uma forma quase sempre prescritiva e monológica, não considerando a perspectiva de cuidado que o cliente traz.

C3: _Ai cheguei lá o médico me internou e me ensinou! Me disse que era pra eu ir enrolando e colocando pra dentro. Se ele colocou, também posso colocar!

C5: _Inclusive foi até no Ferreira Machado (hospital de emergência local)... falaram para não deixar muito cheio, porque incomoda e fica pesada. Se ela ficar muito pesada, ela descola.

C6: _ Faço como o enfermeiro daqui falou: de 3 em 3 dias ou 4 dias, mas não passo disso. Se não trocar, fica com umas pontas esbranquiçadas...

C6: _Sigo rigorosamente, né, o que os profissionais falaram comigo...

C7: _ Aprendi com o enfermeiro daqui e com a enfermeira que cuidou de mim...

C16: _Tem vários cuidados que eu recebi orientações. Lavar com sabonete, ficar exposta quando tiver fixando a bolsa, deixar o sol pegar aqui, porque a pele fica muito abafada.

Freire esclarece que esta relação entre o educador e o educando, considerados, respectivamente, o que sabe e o que não sabe, é considerada bancária. Nela, existe uma rigidez de posições, onde o educador deposita seus conhecimentos no educando, considerado, por sua vez, uma tabula rasa, um frasco vazio, que recebe os conhecimentos transmitidos passivamente. Assim, o educador (enfermeiro) é o que opta e prescreve sua opção, enquanto o educando (cliente estomizado) segue a prescrição quase sempre desvinculada de sua realidade (FREIRE, 2001a).

Agindo com todos os clientes da mesma maneira, o profissional de saúde acaba deixando a singularidade dos clientes a desejar, não garantindo a execução de um cuidado pleno e digno à realidade de cada sujeito. Muitas vezes esse saber é transmitido ao familiar, que em vários casos assume o cuidado até a total independência do cliente:

P: _E quem ensinou sua mãe a fazer os cuidados?

C16: _Ela pegava a bolsa...

P: _Ela procurava saber como fazia...

C16: _No hospital ela fazia também. Ela não deixava as enfermeiras cuidarem de mim não, ela quem fazia.

P: _Mas no hospital ela deve ter tido algum tipo de orientação?

C16: _Foi orientada.

Na tentativa de alcançar sua independência, o cliente geralmente “herda” o saber ora recebido e passa a reproduzi-lo. Quando a execução de determinado cuidado não dá mais conta de suprir os anseios de determinado cliente, ele começa a estabelecer adaptações ao que foi prescrito, tentando, em certa medida, dar o tom, o equilíbrio que precisava para executar o seu cuidado congruente com sua realidade concreta.

P: _ Mas a senhora foi seguindo as orientações dessa enfermeira e do enfermeiro daqui também?

C3: _ sim.

P: _ Mas, pelo que percebi também, a senhora foi se adaptando de acordo com a sua realidade.

C3: _ isso.

P: _ e você acha que essa adaptação veio da onde?

C3: _ não sei... Do dia a dia.

P: _ O senhor não seguiu nada! Mas na irrigação que faz?

C4: _ O enfermeiro daqui fez a primeira para mim.

P: _ Mas ele te orientou, né?

C4: _ Mas esse jeito eu não faço em casa, mais com a minha adaptação.

C6: _eu quase mordi o senhor enfermeiro daqui, porque ele queria porque queria que eu usasse essa bolsa pra baixo! Foi onde começou... “ahhh a gente usando de um jeito é muito bom, queria ver você ostomizado usando do jeito que eu uso! Uma coisa é a teoria, outra coisa é a prática, você está falando com uma ostomizada... mas, graças a Deus você não é ostomizado!”

A adaptação passa a ser uma forma de contemplar a individualidade de cada sujeito, considerado, por sua vez, ativo nesse processo de aprendizagem. Desta feita, “Sua solução, pois, não está em ‘integrar-se’, em ‘incorporar-se’ a esta estrutura que os oprime, mas em transformá-la para que possam fazer-se ‘seres para si’ (FREIRE, 2001a, p.61). Assim é necessário refletir que cada qual tem a sua cultura, seus limites e possibilidades de saberes e de práticas de cuidar; o importante é que suas ações no cuidado não lhe traga prejuízos ao seu bem-estar, físico e emocional.

Ainda que o saber profissional tenha como objetivo fim a saúde e bem-estar do cliente, ele não dá conta de alcançar a plenitude de cada sujeito. É preciso valorizar sua cultura, suas crenças, seu contexto sócio-familiar e econômico. Nesta direção, a pedagogia problematizadora nos dá o apoio necessário. Comprometida com a libertação, os educandos (clientes e usuários em uma relação de co-construção) desenvolvem “o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, processo” (FREIRE, 2001a, p.71). Esta pedagogia, portanto, se empenha na desmistificação, e na medida em que serve à libertação, “se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeiras dos homens sobre a realidade, responde à sua vocação, como seres que não podem autenticar-se fora da busca e da transformação criadora” (FREIRE, op.cit., p.72).

Sobre a inserção de determinada prática, alicerçada em um tipo de saber, em um processo educativo problematizador junto aos clientes no contexto ambulatorial é possível analisar sua pertinência, ou não, no cuidado, de modo a oferecer subsídios à sua realização no contexto domiciliar.

Os clientes estomizados acessam o saber advindo do senso comum, transmitido pela herança familiar, de geração em geração, nas relações de vizinhança ou entre os próprios clientes estomizados, fruto da troca de vivências e experiências no âmbito da Associação de Ostomizados; ou, ainda, em outros espaços de convivência. Vejamos:

C3: _Eu aprendi com Deus... aí aprendi sozinha. É a vida, filha, a vida é a melhor escola. Você tem que aprender com a sua vida, no dia-a-dia...

P: _ Onde o senhor aprendeu a fazer essas coisas?

C4: _ Na prática.

P: _ Mas com quem?

C4: _ Comigo mesmo. Na medida em que eu faço uma coisa e não dá certo, aí eu faço outra.

P: _ Então o senhor conseguiu se cuidar, na verdade, com a necessidade.

C4: _ De acordo com a necessidade. Na verdade, eu posso te dizer, que eu não fiz nada pela orientação do médico ou profissional da saúde.

P: _ Então o senhor aprendeu com os profissionais e no seu dia-a-dia, o senhor falou que usa o baldinho... Foi se adaptando.

C14: _ Fui me adaptando. Quando eu usava um pote de sorvete, ficava muito cheio... o baldinho não, sobra espaço.

P: _ Porque tem gente que já faz direto no vaso.

C14: _ Mas é melhor por causa da altura.

Esses fragmentos dialógicos exemplificam que a aprendizagem muitas vezes está relacionada com a tentativa vital de se executar o cuidado, lançando mão da criatividade para alcançar o objetivo que se tem à priori, um saber que está na esfera do senso comum e que é acessado sempre quando necessário. C14 ao mencionar que ‘foi se adaptando’, não quis dizer que se adaptou ao que o profissional de saúde indicou, mas ele usou a criatividade para o objetivo do cuidado, se adaptando à sua realidade e não ao cuidado inicialmente “prescrito” pelo enfermeiro. Muitos deles são frutos de um saber passado de geração em geração:

C4: _ Não! Sabão de coco eu conheço desde criança!

C7: _ Eu acho que é de Deus, porque ninguém me orientou. Eu mesma que falei com a minha cunhada, ela queria comprar aquela calcinha descartável e colocar aqui! Aí você fica sem a bolsa? Vou nada! Só fui comprar hipoglós porque quando a minha filha era pequena, só usava hipoglós! O neném também fica assado! Dava desarranjo e a gente só usava hipoglós! Aí eu lembrei e deu certo, graças a Deus. O que melhorou foi isso: eu ficava sem a bolsa, por duas horas, todos os dias, e passava a pomadinha, hipoglós. Tá vendo! Graças a Deus deu certo!

O saber comum, culturalmente herdado no seio familiar e nas relações de vizinhança, mantém-se ativo, a par do desenvolvimento da ciência. É um saber que sobrevive ao tempo e hoje vem ocupando lugar de destaque nas discussões acadêmico-científicas. Oportuno dizer que não se trata de comparar um e outro saber, mas trabalhar no sentido da superação de hierarquias entre diferentes saberes. Isto porque, cada qual tem seus princípios próprios que determinam sua forma de pensar e agir. Mas o fato é que ambos existem, em relação (ALVIM, 1999). Nem sempre determinado saber é estudado ou reconhecido pela ciência, porém sua utilização ainda permanece e sobrevive na história. Em se tratando de clientes estomizados, alguns saberes são transmitidos nas relações entre os próprios clientes, geralmente por aqueles que vivenciam o mesmo problema, e, assim, compartilha esses saberes de modo a trazer benefícios ao outro:

P: _ Já teve dermatite? Uma irritação na pele...

C4: _ No princípio...

P: _ Como você cuidou?

C4: _ Com produto químico, com clara de ovos e coloquei a pastinha.

P: _ Aprendeu com quem?

C4: _ Com uma pessoa que tinha, com a assistente, com ela mesmo.

P: _ Ela também colocava clara de ovos?

C4: _ Também. Se passar a clara de ovos, ela hidrata a pele. Só usei uma vez ou duas. Eu usava a pomada constantemente. Agora parei.

P: _ É isso mesmo! Quando não tem mais necessidade, não utiliza.

C11: _ Ah, isso aí foi no próprio sistema aqui, a enfermeira, os próprios colegas, porque a gente conversa muito... a gente vai aprendendo. Porque já tem 13 anos, né... A pessoa com 13 anos numa associação, você vai explicar, já dá pra entender.

A reunião mensal realizada pela Associação dos Ostomizados é local de muitas trocas de vivências e experiências, sendo componente chave para a execução da atividade de Educação em Saúde providenciada pelos profissionais. No seu âmbito os estomizados conversam sobre diferentes contextos: seus direitos e deveres, os cuidados de manutenção da estomia e tudo o que envolve a problemática de ser/estar estomizado, sendo um ambiente propício à aprendizagem e trocas:

P: _ E onde você aprendeu a fazer isso?

C5: _ Na reunião.

O que se observa constantemente é que muito do que o cliente aprende, anseia trocar constantemente. Em um exercício de solidariedade, os clientes procuram aprender e trocar mutuamente com quem necessita:

C16: _ O cuidado que a senhora tá passando pra mim eu tô aprendendo e lá fora eu posso ensinar outro.

O senso comum, portanto, é regido por uma lógica própria que o legitima, congruente com a realidade de cada sujeito. A análise do meio cultural é de extrema relevância à sua inserção na prática de educação em saúde no contexto ambulatorial. Freire, em *Pedagogia da Autonomia*, faz uma reflexão sobre a necessária consideração do saber do aprendiz no processo de aprendizagem. O autor afirma que, para uma aprendizagem efetiva, os professores devem respeitar o saber dos aprendizes. Deve-se discutir com os aprendizes aquilo que lhe pertença e lhe importa, de forma a incentivar o seu envolvimento com a aprendizagem e fazê-la ter sentido. Assim, os aprendizes conseguem relacionar a aprendizagem com suas experiências anteriores e no futuro saberão explicar o porquê de um determinado assunto e como ele se relaciona com outros assuntos do seu dia-a-dia (CARVALHO, ANACLETO & ZEM-MASCARENHAS; 2007).

Quando se pensa em cuidado compartilhado, por condição, o profissional implicado com o ato educativo problematizador, deve respeitar sobremaneira a perspectiva de cuidado que o cliente traz, sempre estabelecendo sentido de lógica ao que foi apresentado e indagando, junto com ele, acerca dos possíveis malefícios e benefícios de tal e qual prática. Assim agindo, analisando detalhadamente e cuidadosamente o que foi apresentado pelo cliente como prática de manutenção da estomia de eliminação, é possível concordar, discordar, adicionar, refutar, descobrindo caminhos que conduzam à reflexão sobre a pertinência, ou não, de determinadas práticas e saberes, experimentando e socializando o que for apreendido.

Capítulo VI

O Compartilhamento entre os Saberes e Práticas do Sistema Profissional e Popular sobre a Manutenção da Estomia de Eliminação

CAPÍTULO VI
O COMPARTILHAMENTO ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS DO SISTEMA
PROFISSIONAL E POPULAR SOBRE A MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE
ELIMINAÇÃO

Os saberes do sistema profissional quase sempre são instituídos como sendo os mais corretos e intransponíveis. Todavia, esses saberes nem sempre dão conta da individualidade de cada sujeito, pois são elaborados, mediante a comprovação da ciência, para um grupo específico de clientes que apresentam as mesmas situações físicas e/ou psíquicas, não dando conta, na prática, dos anseios trazidos por cada sujeito imbuído do seu contexto sócio-político-cultural. Mesmo não contemplando os sujeitos na sua totalidade, os profissionais de saúde geralmente continuam impondo o seu saber numa relação monológica e prescritiva para com os clientes.

Este estudo chama atenção às possibilidades de compartilhamento entre os saberes e práticas do sistema popular, especialmente de clientes estomizados, com os do sistema profissional, aqui representados pelo enfermeiro atuante no cuidado a estes clientes no contexto ambulatorial, culminando em um cuidado compartilhado. Salienta-se que a prática dialógica do enfermeiro no ato educativo colabora no sentido de acessar idéias e posições de um e outro sistema com vistas a se alcançar a efetividade no cuidado.

Portanto, nesta pesquisa, ao acessar os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, pela prática dialógica, é possível construir um plano de cuidados junto com o cliente, considerando as suas particularidades. Deste modo, o plano é feito direcionado a ele, visando sobremaneira à contribuição com a promoção de mudanças que se fizerem pertinentes e necessárias no contexto domiciliar, onde o próprio cliente assume o cuidado.

Neste sentido, a partir das vivências e experiências de clientes sobre a manutenção da estomia que se revelaram no encontro com a enfermeira construiu-se um plano de cuidados individual e congruente com as necessidades e desejos dos clientes participantes dos momentos de convergência pesquisa-cuidado. Nesta troca envolvente, emergiram práticas e saberes, descritos no capítulo IV, acerca da troca da bolsa coletora (drenável e fechada); manutenção diária da bolsa coletora drenável; manutenção da bolsa coletora fechada; manutenção diária da bolsa coletora drenável para urostomia; auto-irrigação; uso de adjuvantes (barreira protetora de

pele em pasta e pó, lubrificante desodorante); complicações tardias (dermatite, prolapso e hérnia); uso de acessórios (cinta e adesivo fixador); banho de sol (falta de privacidade para o banho de sol e falta de tempo para o banho de sol); proteção do equipamento durante o banho habitual; vida social, familiar e laborativa; religiosidade e espiritualidade; sexualidade; exercícios e desportos; lazer; direitos e deveres; vestuário e dieta.

A partir do processo de revelação desses saberes e práticas e da análise conjunta da pertinência de utilização dos mesmos pela crítica e reflexão, procurou-se pontuar os cuidados fundamentais acerca da manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, à luz do que foi discutido, com a finalidade de que os mesmos pudessem ser implementados no domicílio, e que pudessem trazer resultados satisfatórios ao serviço ambulatorial, no que tange à efetividade do cuidado de enfermagem. Para tanto, se fez oportuno conhecer as demandas de cuidados dos clientes, bem como, os elementos de cuidados oriundos do saber comum e aqueles incorporados do saber científico e reproduzidos no domicílio.

6.1. Da confecção à execução do plano de cuidados compartilhado

A confecção do plano de cuidados foi o produto instituído mediante a troca de experiências e saberes no ambulatório, tendo sido a pedagogia problematizadora instrumento facilitador na aprendizagem de clientes estomizados durante o processo educativo.

6.1.1. A Pedagogia Freiriana como instrumento facilitador na aprendizagem de clientes estomizados

O pensamento de Freire contribui e enriquece, de forma significativa, a prática educativa em Enfermagem, colaborando com um cuidado diferenciado, pautado na problematização das situações advindas da realidade concreta dos sujeitos. A pedagogia problematizadora subsidiou os encontros com os clientes estomizados visando, pelo diálogo transformador, o compartilhamento de idéias e posições acerca dos seus saberes e práticas sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, e, por um processo de crítica e reflexão, a tomada de consciência sobre os elementos necessários ao cuidado de si, realizado pelo cliente no domicílio.

O uso da pedagogia freiriana na prática educativa da Enfermagem, permite uma maior absorção do conhecimento, como afirma C1: “ (...) *a gente absorve mais coisas daquilo que a gente tem*

dúvida, entendeu?”. Uma pedagogia que revitaliza e se importa com a realidade do sujeito. Problematizando as diferentes situações que se apresentam, o cliente aguça a sua capacidade reflexiva, passando a questionar sobre o que pensa, como age e as conseqüências de sua ação, o que pode resultar em maior segurança para imprimir as mudanças necessárias à sua saúde e bem estar:

C11: _Está contribuindo muito. É uma coisa que eu não esperava de acontecer isso, começo a enxergar nessa segunda entrevista que estou tendo, parece que estou tendo mais dias de vida, estou muito satisfeito.

P: _Quando o senhor fala que parece que aumentou seus dias de vida, o senhor quer dizer o quê?

C11: _Dizer o seguinte: pelo modo das entrevistas, porque eu nunca fiz nenhuma entrevista aqui, o serviço social nunca me chamou pra fazer entrevista, pra ver se a bolsa é boa, se é ruim, se eu uso gaze, como eu uso, se eu uso soro, se a bolsa é nova, a bolsa é velha, nunca chegaram a mim pra perguntar como está minha situação, só sabem fazer recadastramento. Ninguém quer saber da minha vida pessoal, como está, como não está.

P: _E o senhor se sente mais seguro assim?

C11: _Eu estou seguro assim... Nosso serviço está sendo mais seguro.

O processo educativo quando baseado na abordagem crítico-reflexiva se utiliza do diálogo para, através dele, acessar o universo de concepções, saberes e práticas do cliente, considerando-o como sujeito ativo deste processo. Faz-se necessário para tanto estabelecer uma relação com o cliente que ao tempo em que viabilize ao enfermeiro penetrar neste universo, trocando vivências e experiências com aquele, o torne receptivo às mudanças que, porventura, emirjam. Há de salientar nesse íterim a adequação da linguagem à realidade de cada sujeito, considerando sua inserção sócio-cultural:

C1: Entendimento... Foi nota dez! Consegui assimilar bem... Não teve nenhum problema de comunicação... Entendi perfeitamente.

C5: _Você falou de uma maneira que deu pra eu entender! Não tive dificuldade não. (...) Que realmente deu pra eu entender!

C6: _Foi de muito fácil entendimento!

C8: _Pra mim, foi de fácil entendimento...

C12: _Entendi tudo que a senhora falou.

A co-participação no processo educativo se dá pelo entrelace das informações advindas do compartilhamento entre enfermeira-cliente, um ajudando o outro, onde sobressaem dicas da enfermeira e do cliente, na constante procura de um consenso sobre o cuidado a ser instituído: “(...) você deu algumas dicas pra mim estar colocando em prática e isso foi positivo pra mim...” (C2). Afinal, a educação à saúde se constrói “com” o outro e não “para” o outro, o que implica em uma relação horizontal e recíproca em que ambos se beneficiem, uma vez interessados na aprendizagem conjunta e na co-construção do cuidado. Nesse sentido, a educação compreendida como ato coletivo, não pode ser imposta, justamente por pressupor troca entre pessoas. Assim, sempre haverá partes de um e de outro. Do mesmo modo, pensar em cuidado compartilhado implica em

abertura ao debate, em estar receptivo às outras possibilidades de cuidar do outro e de se autocuidar:

C3: _ Está aí... Muitas coisas que eu não sabia e eu vim buscar com você!

C16 avança na sua reflexão afirmando que a busca pelo cuidado do próprio corpo é gratificante, mas é algo que demanda tempo e requer dedicação:

_ Por mais que nós façamos, nós temos que estar com a mente aberta pra aprendermos mais. É bom, é gratificante e temos que ter tempo pra isso. Porque é cuidar do nosso corpo, de uma parte que nós jamais pensaríamos sermos assim, mas somos. Então, temos que cuidar com toda dedicação e aprendermos mais. É bom, ter uma pessoa para me ensinar.

Nesta mesma linha argumentativa, C7 ressalta ainda o quanto é bom ter uma pessoa para compartilhar o cuidado e que a experiência dos nossos encontros na convergência pesquisa-cuidado foi fundamental para sua aprendizagem e autoconfiança:

_ Com a sua experiência, eu acho que eu aprendi muito. Foi muito bom mesmo pra mim, nossa! A gente conversou com uma pessoa que tem experiência. A gente fica mais confiante!

O diálogo como instrumento facilitador do processo educativo foi-se revelando como fundamental no alcance do cuidado compartilhado: “e você foi me dando mais algumas dicas” (C2). Associado à prática dialógica, outros recursos de aprendizagem foram sendo incorporados a este processo:

P: _ Ter o material sobre a mesa te facilitou na explicação de como você faz?

C2: É facilitou, né, porque aí eu fui passando pra você, o que eu faço e deixo de fazer, né.

A educação em saúde pautada em princípios da problematização se coloca em contraposição à pedagogia tradicional, hierarquizada, quase sempre prescritiva-monológica. O alcance da crítica-reflexão acerca do cuidado possibilita agora uma autonomia plena e não mais a execução de práticas fragmentadas, de quem segue o que está prescrito pelo profissional sem refletir criticamente sobre o uso de determinada prática:

C1: _ Ajudou também nos pequenos detalhes, a gente fica mais atenta as ações da gente, do dia a dia...

C9: Eu gostei porque me capacitou mais...

C9: _ Nas conversas né, que têm as dúvidas que vai tirando. Melhorou muito... Tô mais assim né... Tô mais certo das coisas...

C10: (...) eu fazia porque era o dia a dia, é aquele costume do dia a dia, eu fazia daquele jeito porque era o dia a dia que a gente tinha... assim, já tinha aprendido daquela forma e fazia do dia a dia, mas sem uma experiência, sem uma inovação, quer dizer, teve uma outra oportunidade como deve ser feito também agora...

C12: _ Comecei a refletir melhor sim, pensar no tratamento mais adequado.

C16: _ Fácil entendimento. Porque muitas coisas que nós íamos fazendo por fazer, agora a gente pára, olha direitinho, como eu já falei tem que ter toda calma do mundo, todo tempo pra cuidar da ostomia, que é não é uma

coisa que colocou e já saiu. Toma banho, bota a roupa e sai correndo com pressa, aí tem que voltar e fazer tudo de novo. Ajudou muito.

Da crítica-reflexiva possibilitada pelo diálogo problematizador nos encontros de pesquisa-cuidado, extraiu-se demandas de aprendizagem. Essas demandas emergiram do compartilhamento de saberes e práticas do sistema popular e profissional entre mim, enfermeira, e os clientes estomizados. Criticizando sua própria prática de se cuidar, fruto da práxis existencial, estes clientes foram experimentando novas maneiras de agir frente à sua estomia, refletindo e executando cuidados que são fundamentais à sua manutenção. Gradativamente, à medida que avança sua condição de crítica e de reflexão, os clientes aguçam sua capacidade não somente de executar, mas de avaliar o cuidado realizado de maneira ímpar, o que torna sua ação mais autônoma:

C6: _ (...) Antigamente eu tirava tudo e hoje em dia não... eu olho direitinho pra ver se não tem resíduo embaixo, lavo direitinho com sabonete neutro... Tudo direitinho!

C10: _ (...) Aí eu aprendi de uma outra maneira e, se caso eu veja que o meu jeito não está dando mais certo, eu tenho como seguir o que eu aprendi pra ver se vou me adaptar novamente.

Quando se pensa no alcance da autonomia desses clientes, possibilitada pelo diálogo transformador, a cultura do silêncio se rompe, libertando os oprimidos até então “coisificados” pela ação profissional. Vale lembrar que “O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém” (FREIRE, 1994, p.28). Como sujeito cognoscente, imerso no mundo e com o mundo, ele deve ser reconhecido e ouvido por meio de um processo de educação estabelecido numa relação horizontal e recíproca através do diálogo que comunica. A partir do processo participativo, dialogal e ativo, que permite a comunicação, ambos se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. É possível, assim, transformar a realidade, à medida que facilita a aprendizagem, no caso ora apreciado, dos clientes estomizados no contexto ambulatorial de cuidado:

C5: _Eu fazia de uma maneira diferente até que a gente conversou... Hoje eu faço de uma maneira diferente!

C6: _ Depois que eu conversei com você, você me instruiu e graças a Deus deu tudo certinho!

Assim, de passivo, o cliente se torna ativo e co-participa do seu próprio cuidado, avaliando o uso ou não de práticas relacionadas ao seu estoma: “(...) é muito bom isso... ainda mais para uma pessoa fechada como eu, entrei aqui e saí falando tudo...” (C9). A prática educativa implementada, alicerçada nos princípios da problematização faz a diferença e assim foi avaliada pelos clientes participantes da pesquisa:

C5: *_ Ah foi. Foi, foi sim. Faz de uma maneira diferente...*

C10: *É, é diferente. É sempre bom a gente ter uma inovação, né? E é sempre bom a gente ter alguma diferença porque se a gente parar também só naquela rotina da gente... Entendeu? É bom a gente ter inovação, né?*

A capacidade de ouvir do enfermeiro também foi relacionada ao uso da pedagogia problematizadora:

C9: *A sugestão que eu tenho é que assim como eu estou bem, que você continue dessa mesma forma, dando esse exemplo às pessoas e melhorando a vida das pessoas com a sua capacidade de ouvir...*

Esta observação sobre a escuta sensível por parte do enfermeiro é importante, pois colabora na expressão de sentimentos dos clientes sobre as questões que envolvem a convivência com o estoma. Para ouvir o outro é necessária disponibilidade pessoal, estar atenta aos seus sentimentos e a maneira pela qual os clientes esperam serem cuidados. Quando se imprimem qualidades expressivas no cuidado, a enfermeira não mais realiza procedimentos em alguém, mas reflete junto e realiza uma ação integrada, com envolvimento e responsabilidade, proporciona, assim, crescimento para ambos os envolvidos na relação do cuidado (WALDOW, 1999). A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é proporcionar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem, é ajudá-los a ajudar-se, fazê-los agente de sua transformação (FREIRE, 1994). Desta feita, através do processo educativo implementado foi possível alcançar resultados favoráveis:

C10: *“_O bom é progredir... o negócio é que temos que progredir e não parar... se parar fica pior... Se parar...”*

C12: *_Não senti dificuldade nenhuma, aprendi logo, aprendi bem, não senti dificuldade não e até pratiquei mais rápido.*

C14: *_ “Isso é bom, porque todo lugar que faz isso (educação em saúde centrada no diálogo) relata coisa evoluída, de evolução melhor pra gente”.*

Uma pedagogia que além de facilitar a aprendizagem, melhora a confiança do cliente acerca do cuidado, sendo fundamental à sua qualidade:

C7: *_ Porque eu aprendi mais, aprendi mais... fiquei assim, acreditando mais em mim! Isso eu acho que foi o mais importante, eu acreditar em mim! Eu não sabia mesmo como fazer aquilo! Fez uma diferença enorme em mim!*

C16: *_Abrindo o entendimento, me fazendo refletir sobre os cuidados do dia a dia, mostrando que eu posso fazer muito mais e alcançar. Então eu sei que eu posso tudo e posso ir muito mais além. Tem que ter a mente no lugar.*

Proporcionar uma relação de participação e reciprocidade aumenta às possibilidades de estabelecimento de vínculos frente aos limites apresentados. E isto se torna viável através de uma relação dialógica, processada horizontalmente. Caso contrário diante de um anti-diálogo, em uma relação vertical, as pessoas se tornam inseguras, incapazes de tomar decisões (FONTES, 2006).

Assim, o plano de cuidados compartilhado resultou do diálogo problematizador que levou cada cliente a revisitar seus saberes e práticas sobre a manutenção da estomia e abrir-se às novas maneiras de se cuidar. O diálogo entre a enfermeira e o cliente no contexto ambulatorial e a atenção aos aspectos culturais, cujas raízes justificam os modos e formas de o ser humano posicionar-se diante do mundo, incluindo aí, as questões voltadas à sua saúde e as diferentes concepções e ações acerca desta foi o diferencial do processo implementado.

Neste ínterim, são oportunas as abstrações de Leininger no que tange aos aspectos culturais e de cuidado de Enfermagem. Para a teórica, cultura são “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (GEORGE, 2000, p.298). Torna-se importante, pois, considerar o impacto da cultura sobre a saúde e a cura (LEININGER, 2002). Contudo, o foco dos pensamentos de Leininger é proporcionar cuidado de enfermagem culturalmente congruente com indivíduos de diversas culturas, implicando no reconhecimento e entendimento das similaridades e diferenças culturais e, no uso dessa informação, fazer com que influencie de forma positiva o cuidado de enfermagem e a saúde dos sujeitos (MCEWEN & WILLS, 2009).

A intenção nesta pesquisa é o reconhecimento dos saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação, advindos do sistema de cuidados leigo ou populares, valorizando assim a totalidade da vida de cada um, tudo que o cerca, numa perspectiva holística da vida humana. O compartilhamento desses saberes com os do sistema de cuidado profissional de saúde permitiu a construção de um plano de cuidados congruente e único, mediatizando, em linhas gerais, o cuidado integral em enfermagem.

Vale mencionar sobre o plano de cuidados construído em conjunto com cada participante da pesquisa. Em linhas gerais, o mesmo procurou enfatizar os cuidados considerados anacrônicos ao contexto do sujeito podendo trazer prejuízos futuros ao mesmo. Ainda pontuou-se a manutenção de práticas consideradas pertinentes pela pesquisadora e sujeito da pesquisa. Como a orientação dialogada teve o intuito de contemplar a individualidade de cada sujeito, o plano não se centrou em cuidados pré-pontuados, ou seja; à medida que a “conversa” fluía, o plano de cuidados ia sendo co-construído com cada cliente.

Os cuidados mais pontuados foram: como se dá o processo de retirada até a colagem da bolsa coletora, como retirar a cola remanescente da pele periestoma, como recortar a placa da

bolsa coletora, como utilizar os adjuvantes e avaliar seu uso e quais os efeitos dele, como higienizar o estoma, como manter diariamente o estoma de eliminação, como avaliar a pele e proceder ao tratamento de acordo com a apresentação, como práticas inadequadas poderiam trazer prejuízos futuros, como manter-se socialmente inserido, entre outros. A justificativa detalhada de cada cuidado sobre a sua pertinência, ou não, foi papel fundamental da enfermeira-pesquisadora no manejo da confecção do plano de cuidados, colaborando para o entendimento do uso, ou não, de determinadas práticas.

6.2. Repercussões do Cuidado Compartilhado no Contexto Domiciliar

O compartilhamento das informações entre enfermeira-cliente no contexto ambulatorial, pautado pela pedagogia problematizadora, se revelou pertinente, na medida em que facilitou a aprendizagem dos clientes estomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação. Por conseguinte, contribuiu com o cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial, resultando em sua maior efetividade:

C1: É, foi muito importante né, porque a gente acha que tá agindo de uma maneira correta e a ajuda de um profissional é bem gratificante né, que passa a ter observação, que passa a observar mais, né? Ter aqueles cuidados, mas redobra os cuidados porque tem detalhes que as pessoas nem percebem e uma conversa profissional a gente já vai avaliando com mais... Com mais cuidado, né, com mais atenção, mais atenção naquele processo. Foi muito bom, gostei.

O cliente passa a refletir e a atentar sobre cuidados que são essenciais à manutenção de sua estomia, como a higiene:

C4: _ Sim. Claro, claro. Passei a refletir bem, ser mais cuidadoso, atentar para a higiene também porque a higiene faz parte.

Além disso, o que, a priori, foi apresentado como problema pelo cliente ou pela enfermeira durante o processo de educação em saúde realizado no ambulatório, após a implementação de práticas no contexto domiciliar instituídas no plano de cuidados co-construído, em grande parte, no retorno do cliente ao ambulatório, foi possível se desvelarem as transformações positivas ocorridas face ao cuidado compartilhado:

P: _A dermatite sob a bolsa melhorou.

C3: _ Isso!!! Acabou!

P: _ Está mantendo por mais dias a sua bolsinha...

C3: _ Certo!

P: _ Então foram algumas coisas que a gente conversou, que eu vi, em detalhes...

C3: _ Que teve melhora!

Um exemplo é a melhora da dermatite, em que a cliente, por conta disso também, está mantendo por mais dias a bolsa coletora. Durante a troca de saberes estabelecida, a enfermeira pesquisadora indaga sobre os detalhes do cuidado estabelecido no domicílio e é justamente aí que se revelam as possibilidades de mudança de hábitos frente às dificuldades e problemas encontrados. Isto porque, consciente de sua condição e do cuidado necessário à manutenção de sua estomia, o cliente reúne melhores possibilidades de cuidar de si no domicílio. Para a enfermeira tal evento se reveste de uma avaliação positiva acerca do cuidado implementado e dos instrumentos utilizados para a sua efetivação, como foi o caso do cuidado compartilhado se utilizando da pedagogia problematizadora:

C4: _Todo o ensinamento que eu aprendi aqui, posso dizer que eu me sinto mais profissional no que tange ao meu estoma.

P: _Urrum, entendi. Com mais autonomia, vamos dizer assim, em relação ao seu cuidado. Consegue avaliar, né?!

C4: _Mais maturidade, né?!

A prática dialógica traz para o contexto do cuidado a condição de crítica e de reflexão do cliente que, por sua vez, permite a tomada de consciência sobre o problema e a possibilidade de agir sobre ele de modo a transformá-lo. Uma vez consciente, o cliente se torna mais ativo e partícipe do cuidado; sente-se mais seguro para exercer sua autonomia neste processo, o que o habilita a avaliar os cuidados prestados no domicílio:

P: _E assim melhorou a feridinha e você conseguiu avaliar, como você me disse, né, que não precisa mais!

C5: _É...

P: _Agora você conseguiu avaliar, né, não só fazer mecanicamente, mas avaliar a função de cada produto...

C5: _Isso, isso... Exatamente.

P: _Agora, como você viu que a bolsa está durando mais tempo, a ferida está toda sequinha, né, agora, a principio, não tem mais necessidade de usar... né! E você está conseguindo fazer essa avaliação. Já conseguiu alcançar a autonomia, né, de decidir sobre o seu cuidado.

C5: _É. Ver o que é melhor pra mim, né!(...) Assim que saí daqui, a bolsa estava soltando, cheguei em casa e comecei a fazer... troquei a bolsa... do jeitinho que você tinha falado.

P: _Urrum...

C5: _Aí ficou melhor. Deu uma melhora! Porque eu botava a bolsa e ela durava uma hora.... e depois que passei a utilizar a pastinha que você me deu, aí ela passou a durar mais tempo, está durando mais!

A segurança sentida diante de um resultado positivo contribuiu com sua reinserção social:

C5: _ Porque antigamente eu botava a bolsa e rapidamente eu sentia que a bolsa, que a cola estufava. Então, quer dizer, aquilo ia acontecendo e eu não tinha coragem de sair pela rua... agora, não, se for até pra eu ir viajar, alguém me chamar pra eu ir pro Rio, pra casa de parente, eu vou! Porque eu vou me sentir seguro! Porque antigamente pra eu ir num lugar distante ou entrar num carro, poderia a qualquer momento, soltar minha bolsa. Antigamente ela começava a vazar e eu nem percebia aquilo e quando via, estava tudo molhado!

Outra cliente que não conseguia realizar a troca da bolsa coletora, sendo o procedimento feito pela cunhada, após o plano de cuidados compartilhado está fazendo todos os cuidados de

manutenção, inclusive colar a bolsa, não dependendo de outra pessoa para fazê-los. Disse que com a nossa “conversa”, *criou coragem, foi criando coragem...* E expressou: *_ Um alívio!* Com a independência, a cliente se insere novamente à sociedade e se sente mais segura quando usa o adesivo fixador:

C7: _ Estou saindo mais...e levo uma bolsinha na bolsa, porque pode acontecer de soltar, não sei.

P: _ E a senhora já, com o material, consegue fazer tudo direitinho!

C7: _ Isso mesmo! Estou muito feliz mesmo! E esse adesivo também cola direitinho, aí ajuda a prender mais ainda.. E a gente fica mais despreocupado ainda!

C5 passou ainda a usar sabonete para a higienização durante a troca da bolsa coletora:

C5: _ Por exemplo, agora, vou ter q retirar a bolsa. Se eu for retirar agora, vou ter que passar um sabonete em volta...

C6 parou de retirar a cola bruscamente durante o descolamento da bolsa e ainda passou a medir sempre antes de recortar a placa:

C6: _ Eu esfregava porque era muita cola, eu pegava uma frasqueira ,né, e ficava esfregando...chegava a sangrar e ferir! Aí hoje em dia eu não faço mais isso, faço conforme você falou, né! Debaixo do chuveiro com água morna e tranquilo! Nem preciso de passar mais nada! Não preciso de passar mais nada! Debaixo do chuveiro mesmo eu vou tirando. (...) Você falou que era pra mim fazer a medição com a régua ou então trocar em frente do espelho e eu medi pela régua... que antes ficava resíduo de fezes no disco, eu estava cortando errado! Aí, hoje em dia não. Deixo conforme você falou, tô medindo pela régua e hoje não fica mais resíduo na cola, não fica mais resíduo no disco e melhorou bastante!

Ainda relacionado ao recorte da bolsa, C7 transformou a sua realidade medindo sempre antes de recortar e colar, ocasionando um recorte rente ao estoma. Também, ao aprender sobre este cuidado, procurou orientar sua acompanhante que até então ainda era a principal responsável pelos cuidados ao seu estoma, demonstrando seu papel de multiplicadora de conhecimento, confirmando o princípio do senso comum. Destaca-se que esta dependência também se modificou:

C7: _Porque antes, Paula, tinha vez que estava tanto ferido aqui em volta, porque acho que abria um buraquinho maior, então as fezes vazavam tudo aqui e, quando tirava, ficava tudo doendo, tudo escorrendo, você também falou disso pra mim...

P: _ Porque ficava pele exposta, né?

C7: _ é! Aí você disse: Não, tem que medir direitinho...

P: _ Isso aí!

C7: _ Aí eu falei com ela (acompanhante): _ Fátima, tem que medir aqui, tem que ficar rente mesmo...

P: _ Isso! Até você já passou pra ela, né?

C7: _ é!!! Isso também eu aprendi aqui, foi bom também eu conversar com você...

Além disso, a indicação do pó cicatrizante e o seu uso de forma apropriada ajudaram na cicatrização da dermatite e ainda no alcance da independência para a troca da bolsa:

C7: *_ Me ajudou no recorte, me ajudou a colocar esse pozinho que me ajudou na cicatrização, né?*

P: *_ urrum...*

C7: *_ Eu acho que valeu muito!*

O C5 ainda passou a retirar o excesso do pó cicatrizante, o que causava a não adesão da bolsa coletora à pele, pelo excesso de pó:

P: *_ Urrum, e no caso do pozinho que você utilizava também...*

C5: *_ Isso!*

P: *_ Também começou a retirar o excesso...*

C5: *_ É... O pozinho eu jogava e não retirava o excesso! Eu jogava ele e já colava a bolsa... Agora eu coloco e retiro o excesso antes de colar a bolsa...*

Ao conhecer o lubrificante desodorante C14 considerou que poderia utilizá-lo no seu domicílio e assim o levou para efeito comprobatório:

C14: *_É depois de usar esse produto aí, a solução, melhorou mais um pouco, pelo menos isso, além do que a gente não era repassado e às vezes a gente pensava que a bolsa estava limpa e não estava, às vezes as fezes grudavam aqui do lado e era ruim pra sair, com ela não, só sacode um pouquinho e quando vai ver a água fica bem limpa (...).*

Isso mostra que o estímulo ao conhecimento do novo deve ser feito pelo enfermeiro no ambulatório, considerando, no entanto, a pertinência de cada caso e sua realidade. C4 passou a se cuidar mais e, agora, não utiliza mais o éter que passava há anos em sua pele para a retirada facilitada da bolsa coletora:

C4: *_ Olha, contribuiu porque aquilo que eu descuidava um pouquinho, passei a cuidar mais, né. Tipo assim: Eu falei da outra vez que eu costumava usar um éter para soltar melhor a parte da cola e a senhora me informou que aquilo é prejudicial, não faz bem a pele... e eu passei a não usar mais e tô sentindo que a situação é essa mesmo... realmente o éter não foi feito pra isso...que é uma falha nossa querer às vezes uma coisa mais rápida, mas que prejudica.*

Já para C5 a experiência do cuidado compartilhado na sua avaliação melhorou sua auto-estima e sua reinserção social:

“_ (...) Minha auto-estima também até levantou melhor porque agora já estou saindo de casa... (...) até na minha auto-estima contribuiu. Contribuiu muito, melhorou muito. Antigamente assim eu não tinha... eu saía daqui e meu negócio era ficar em casa, preso. Não saía nem no portão. Me sentia pior que um prisioneiro, porque prisioneiro ainda toma banho de sol...”.

O aumento na qualidade de vida a partir da prática correta de manutenção da estomia no domicílio também foi ressaltado:

C8: *“_Eu gostei. Foi muito bom porque eu parei pra refletir algumas coisas que eu tava fazendo. Porque às vezes a gente acha que tá fazendo correto por causa da prática da gente, e aí não é. E pra gente ter melhor qualidade de vida, é melhor a gente fazer correto”.*

Pode-se perceber nos exemplos relatados que a repercussão dos cuidados no contexto domiciliar foi de grande relevância, na medida em que possibilitou contribuições notórias ao cuidado e à evolução da estomia em si. O alcance da autonomia planejada se tornou real, e assim, facilitou os diversos cuidados executados no contexto domiciliar pelos clientes estomizados.

Capítulo VII

A Avaliação do Cuidado Compartilhado pelos Clientes Estomizados e Enfermeira-Pesquisadora

CAPÍTULO VII

A AVALIAÇÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO PELOS CLIENTES ESTOMIZADOS E ENFERMEIRA-PESQUISADORA

7.1. A avaliação dos sujeitos do estudo sobre o processo de cuidado e a metodologia utilizada

A avaliação foi revelada pelos sujeitos do estudo, co-partícipes do processo, na última fase da produção de dados da presente pesquisa, com o intuito de validar o método aplicado. Foram feitas considerações acerca de todo o processo implementado, principalmente os relacionados ao cuidado e metodologia utilizada (APÊNDICE E).

Atende-se neste momento a proposta metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial e seguem-se os pressupostos da pedagogia freiriana, onde dar voz ao sujeito da pesquisa implica em reconhecê-lo, respeitá-lo e libertá-lo. Nessa perspectiva, o cliente estomizado avalia a experiência do cuidado compartilhado, reflete criticamente sobre o processo de cuidado à estomia no ambulatório, suas facilidades e dificuldades, contribuições ao cuidado no domicílio e sobre a metodologia utilizada, suas formas de participação, sugestões, comentários acerca das etapas e modos de condução da pesquisa.

7.1.1. Avaliação sobre o processo de cuidado

O processo de cuidado, neste estudo, se configurou na implementação de uma educação em saúde dialógica com clientes estomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação no contexto ambulatorial. O cliente estomizado e a enfermeira pesquisadora, co-partícipes do cuidado, compartilharam seus saberes e práticas pela prática dialógica crítica-reflexiva, proporcionando a revisitação desses saberes e, logo, redimensionamento de suas práticas.

O cliente estomizado teve a oportunidade de avaliar sobre o processo de cuidado implementado e sua participação, revelando suas percepções e benefícios pessoais, atribuindo valor ao cuidado prestado: (...) *_ vou dizer pra senhora que foi pertinente às minhas necessidades, né! Foi bom. Ótimo! (C4)*, mencionando suas impressões frente ao vivenciado:

C10: _ (...) Teve alguma diferença.

C5: _ Foi muito bom! Foi bom porque me ajudou a fortalecer mais o cuidado com a estomia (...) e eu não tinha aquele cuidado que eu tinha antes de conversar com você.

C6: *_Pra mim foi ótimo porque eu estava fazendo uma coisa errada e você me instruiu pelo caminho que eu fiz tudo direitinho e está dando certo! Porque até hoje eu faço conforme você falou comigo.*

C7: *_Foi produtivo! (...) Porque eu aprendi mais, aprendi mais... fiquei assim, acreditando mais em mim! Isso eu acho que foi o mais importante, eu acreditar em mim! Eu não sabia mesmo como fazer aquilo! Fez uma diferença enorme em mim!*

A reflexão foi aguçada, proporcionando maior qualidade de vida. O aprendizado contínuo foi valorizado, principalmente quando se trata do cuidado do próprio corpo:

C8: *_Eu gostei. Foi muito bom porque eu parei pra refletir algumas coisas que eu tava fazendo. (...) E pra a gente ter melhor qualidade de vida, é melhor a gente fazer correto.*

C16: *_Bom, ajudou muito, não só a mim, mas a todos. Porque por mais que nós façamos, nós temos que estar com a mente aberta pra aprendermos mais. É bom, é gratificante e temos que ter tempo pra isso. Porque é cuidar do nosso corpo, de uma parte que nós jamais pensaríamos sermos assim, mas somos então temos que cuidar com toda dedicação e aprendermos mais. É bom, ter uma pessoa para me ensinar.*

Os clientes relataram não terem sentido dificuldade durante a prática dialógica implementada: *Não tive dificuldade não... (...) Você falou de uma maneira que deu pra eu entender! Não tive dificuldade não. (C5), revelando a linguagem ter sido _(...) de muito fácil entendimento! (C6).*

A experiência do profissional também foi considerada importante na condução de um processo facilitado com os clientes *_Com a sua experiência, eu acho que eu aprendi muito. Foi muito bom mesmo pra mim, nossa! (...) é... não tenho nem explicação! Pra mim foi maravilhoso! (C7) interferindo sobremaneira na aprendizagem e consequente prática do cuidado: _Não senti dificuldade nenhuma, aprendi logo, aprendi bem, não senti dificuldade não e até pratiquei mais rápido. (...) entendi tudo que a senhora falou (C12).*

As contribuições ao cuidado no domicílio foram notórias, como descritas anteriormente neste mesmo capítulo, transparendo a reconstrução de saberes e práticas revisitados: *_Porque coisas que a gente não fazia direito e aprendeu mais... ajudou a gente a aprender mais (C12).*

Quando trazemos as idéias freirianas para o cotidiano da prática educativa (cuidativa) da enfermeira, podemos, pela crítica e reflexão, ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico-científico, ao mesmo tempo em que também nos aprimoramos do conhecimento que vem do universo comum. (ALVIM & FERREIRA, 2007)

O compartilhamento das informações proporcionou a revisitação de saberes e práticas não só pelos clientes estomizados, como também pela enfermeira-pesquisadora. A crítica-reflexão viabilizada pelo diálogo transformador e reconstrutor permitiu o aprimoramento ou construções de novos saberes que não faziam parte do universo cultural primeiro.

7.1.2. Avaliação da metodologia utilizada

Os clientes avaliaram sobre a metodologia utilizada durante todo o processo, evidenciando suas concepções acerca da participação no cuidado:

C1: Nota, nota dez... a forma de falar foi muito bom mesmo, foi bacana.

C3: _ Foi ótimo. Foi muito bom! Ahh porque... sei lá! Tive uma mudança...

C6: _ Pra mim foi construtivo! Eu aprendi muito!

C8: Pra mim foi bom, aprender nunca é demais..eu gostei.

C9: Aqui foi tudo ótimo sabe? Conversar com você foi muito bom...bom mesmo...

C14: _Foi bom sim, foi importante, foi ótimo.

C11, ao perceber sobre a importância da vivência do cuidado compartilhado, sugeriu um programa de atendimento mínimo a ser desenvolvido no contexto ambulatorial com a finalidade de acompanhamento à saúde:

C11: _Foi muito ótimo. Se pudesse sempre fazer de 90 em 90 dias, tivesse esse programa seria muito bom. O programa deveria ter um atendimento no mínimo de 90 em 90 dias pra saber da pessoa como está o andamento da saúde dela. (...) É diferenciado. Nós estamos no final de dezembro, se eu voltasse no final de março ou abril, poderia dar um acompanhamento à saúde.

As sugestões e comentários acerca do cuidado implementado foram diversas, principalmente relacionadas ao atendimento que poderia ter sido realizado em grupo ora indagado pela enfermeira-pesquisadora:

P: Pode ser em grupo...?

C1: Ah tá..nesse caso aí, acho que seria interessante realmente né...fazer uma reunião em grupo porque de repente tem casos com tantas pessoas com dificuldade no caso de trocar a bolsa né...e de repente tem que atentar pra uma coisa que eu faço pode ajudar a outro né? Na conversa ali, na roda de conversa a gente pode né...

P: Preferia uma conversa individual ou faria o grupo posterior ao individual de todos?

C1: Acho que seria interessante uma avaliação..isso seria interessante mesmo..até na própria dúvida que a gente tem né..no meu caso..porque cada caso é um caso né..cada caso é um caso mas de repente o que ele falou ali é a dúvida de muitos!

P: É a vantagem do grupo né?

C1: Exatamente...as pessoas que têm mais tempo, no meu caso como é pouco tempo né, a pessoa que tem mais tempo, como o negócio da roupa, tal... então seria interessante mesmo...

P: É, com certeza ...porque a pessoa que experiência né, vivencia a situação de ser, estar ostomizado sente essa condição de estar passando pro outro, porque a gente tem na teoria, na experiência com o cliente mesmo...quem vivencia mesmo é quem passa e pode passar...

C1: Pode passar...

P: Mas você também achou válido de forma individual?

C1: Não, com certeza. E também né tem certos detalhes né, que a gente não vai falar, porque têm pessoas que são mais inibidas né, não vai se expor, não quer se expor tanto, mas eu gostei também, individual também foi bom.

P: Uhum.. tem algum comentário a fazer?

C1: Não, eu gostei de participar dessa pesquisa de trabalho né...espero que outros trabalhos como esse podem vir nos ajudar né.. não só a mim, mas os que estão em discussão porque realmente eles estão muito, muito gratificantes

pra gente que tá nessa situação é melhor..porque tantas pessoas não têm acesso né...às vezes vivem na ignorância porque tem dificuldade, o papo também por situações né...às vezes ficam por detalhe bobo né?

C1 refletiu sobre o cuidado individual que poderia também ter sido realizado em grupo. Também comentou sobre suas impressões frente à participação na pesquisa e espera que outros trabalhos possam ser implementados como forma de apoio aos estomizados. Sobre isso, C4 comentou que em grupo *_A experiência do outro vai passando...* a pesquisadora completa: *_ Isso... Um se vê no outro.* Outros clientes revelaram seu ponto de vista quando se trata da pesquisa realizada de forma individual:

C6: _é porque você conhece mais os problemas fazendo individual, conhece mais porque você fica mais perto dos problemas daquela pessoa... (...) e você fazendo em grupo, não vai dar pra você pegar certas coisas...

P: _mas por outro lado também, dá mais riqueza na conversa, porque cada um vai falando uma coisa e compartilhando... mas eu poderia começar pelo individual e depois fazer o grupo, né? Saber detalhadamente de cada pessoa e depois fazer o grupo para o compartilhamento entre eles também, gerando mais riqueza.

C12: _Olha, tem gente ostomizado que tem vergonha do outro. Então se fazer só o grupo tem uns que não vão se adaptar...

P: _É porque individualmente vocês ficam mais à vontade pra falar as coisas que talvez não falassem em grupo. Mas no grupo você também pode ver no outro o que acontece com você e acaba trocando mais informações, um vai vendo a vivência do outro.

C12: _Eu falo isso porque eu estava na reunião e alguns ficavam assim quietinhos (...). Uns falam, outros ficam quietos.

P: _Cada um tem suas características. Mas é uma coisa a se pensar fazer em grupo. Eu optei por fazer individualmente.

C11: _Eu acho individual melhor, porque em grupo os outros falam muita besteira também. Não tem nada a ver, cada um com seus problemas... grupo não valeria de nada.

P: _O senhor também estava falando da integração dos profissionais?

C11: _Os profissionais é que tinham que vir acompanhar o trabalho. Na entrevista do paciente, alguma pessoa da equipe multidisciplinar deveria estar acompanhando, porque você vai embora, vou voltar daqui a 90 dias e vou ficar com eles e não vão dar continuidade de nada.

P: _Tem que ter uma integração de toda a equipe né? A comunicação também tem que ser bem feita né?

A integração dos profissionais de saúde inseridos na assistência aos estomizados foi discutida por C11. O mesmo apontou que os profissionais devem acompanhar os trabalhos realizados e dar continuidade ao que foi implementado num determinado momento. A equipe de saúde deve estar integrada e a comunicação entre os membros organizada para subsidiar a prática. Entendo a comunicação como um processo que permeia as relações sociais, sendo fundamental nos espaços de atuação, base da interação com o outro. Como afirma Pontes, Leitão e Ramos (2008, 313p.) “É pela comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se, satisfazer suas necessidades. Essa interação pode influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura”.

Entretanto, alguns clientes não sugeriram modificações, destacando a importância de manter o trabalho na mesma direção:

C5: _ Se funcionou comigo, não tenho motivo pra fazer diferente! Se está dando certo desta maneira, eu não posso mudar...

C7: _ Acho que não porque pra mim deu certo, graças a Deus. Eu não tenho nenhuma sugestão que possa fazer. Continuar fazendo desta maneira.

C12: _A sugestão que eu tenho é permanecer do que jeito que está.

C16 revelou a possibilidade de compartilhar com outros clientes que estejam na mesma situação o saber ora reconstruído na atividade educativa implementada: *_O cuidado que a senhora tá passando pra mim eu tô aprendendo e lá fora eu posso ensinar outro.* (C16) evidenciando os laços de solidariedade e ajuda ao próximo. C6 refletiu sobre o tipo de “conversa” estabelecido no âmbito da pesquisa e revelou:

C6: _ Vai fazer seis anos agora em janeiro que sou colostomizada e o enfermeiro daqui nunca teve esse tipo de conversa comigo. Porque se tivesse eu não estaria fazendo errado. Depois que eu conversei com você, você me instruiu e graças a Deus deu tudo certinho!

O discurso de C6 ao revelar a expressão “*esse tipo de conversa comigo*”, deixou claro que a atividade educativa estabelecida pelo profissional de saúde ainda é feita de forma hierarquizada e autoritária, onde não se permite a troca e não há a valorização do sujeito como participante ativo do processo de cuidado, não tendo voz. Essa forma de educar-cuidar, a despeito dos méritos por vezes alcançados, não avança no sentido de valorizar o cliente como sujeito ativo, inserido em um contexto que lhe é próprio, onde seus saberes e suas práticas têm valor e são respeitados.

É preciso, contudo, investir em estudos e na prática profissional que visem à superação desse modelo monológico que não vem dando conta dos aspectos alusivos à saúde e à singularidade do cliente. O processo dialógico não somente trabalha no intento de dar voz aos sujeitos, como também, dar significado a esta voz, imprimindo-lhe sentido. É preciso, deste modo, pensar a educação em saúde em consonância com as modificações cotidianas do mundo em que vivemos, sendo o cliente sujeito ativo integrante do mesmo.

7.2. Avaliação da enfermeira-pesquisadora

Torna-se oportuno realizar uma avaliação da pesquisadora quanto aos aspectos fundamentais da construção deste estudo, bem como às implicações teórico-filosóficas das bases conceituais e abordagem metodológica utilizadas. Como os clientes tiveram a oportunidade de se pronunciar sobre diferentes aspectos, dar voz a pesquisadora é registrar a posição de igualdade e horizontalidade dos discursos.

Ao longo da pesquisa foi evidenciada a possibilidade de co-construção de cuidados, culminando em um cuidado compartilhado no contexto ambulatorial com repercussão no cuidado domiciliar. Mostrou que é possível promover uma prática de educação em saúde dialógica em consonância com a realidade concreta do sujeito cognoscente, trazendo resultados efetivos para o mesmo.

O acesso dos saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária pela prática dialógica, possibilitou a confecção de um plano de cuidados específico e congruente com o contexto cultural do cliente, garantindo-lhe a sua singularidade e integralidade.

A promoção de mudanças na vida particular de cada cliente revelou-se como momento de alegria e satisfação para ambos os envolvidos no processo: enfermeira-pesquisadora e cliente estomizado. Vibrar essa efetividade reitera reflexões acerca de como os enfermeiros vêm orientando seus clientes em diferentes contextos, pois continuar disseminando práticas defasadas que não dão conta mais da identidade complexa de cada ser-humano é persistir no erro. A impressão de crítica e reflexão nesses momentos, ou na preparação deles, revela condição ética do agir em enfermagem.

O uso da pedagogia freiriana em convergência com a teoria cultural do cuidado de enfermagem, no que lhe cabe, respeitando as diferenças pontuais entre estas duas concepções teóricas, contribuíram significativamente com a construção desta pesquisa, no que se refere aos aspectos culturais integrantes do processo de educar, com Freire, e cuidar, com Leininger. Os ligamentos teóricos das concepções freirianas com a educação em saúde realizada por enfermeiros mostraram a construção de possibilidades em resgatar teorias da educação que alimentam as diretrizes de uma atividade precípua da enfermeira: educar em saúde.

O uso de metodologia participativa como a Pesquisa Convergente-Assistencial, vai ao encontro dos princípios fundamentais integrantes do trabalho, ou seja, envolve os sujeitos

pesquisados ativamente nos processos de pesquisa e assistência, o que foi observado durante todas as etapas de produção de dados do estudo; possui estreita relação com a prática assistencial, permitindo a vivência da realidade concreta dos sujeitos; tem a intencionalidade de promover mudanças ou minimizar problemas, o que foi verificado na libertação dos clientes oprimidos e tem um comprometimento com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Neste caso desta pesquisa-dissertação, quando se trata da repercussão do estudo para o serviço, encontrei limites relativos à efetivação desse princípio, pois dificuldades de operacionalização surgiram. Como não fazia parte da assistência e me inseri nesse contexto para pesquisa e também, como a PCA exige, para a assistência, mantendo as duas lógicas, existia um enfermeiro atuante no ambulatório que quase sempre não se encontrava. Sua postura enquanto educador em saúde observada em algumas consultas que acompanhei, mantinha-se rígida e, ainda, no modelo tradicional de educação depositária. Esta postura transparecia nas práticas durante as consultas de enfermagem. Entretanto, vale mencionar, que não se trata de culpabilizar o enfermeiro mediante o seu posicionamento, pois ele segue a lógica de sua formação cunhada ao modelo biomédico, de orientação cartesiana.

Tive, contudo, a oportunidade de conversar com o mesmo algumas vezes sobre a lógica de operacionalização da educação em saúde que defendo neste trabalho, principalmente quando pedia autorização para a realização do estudo, porém o profissional não se interessou ou mesmo optou por insistir na sua prática. Como quase não estava presente nas atividades ambulatoriais e, quando estava, eu me encontrava em processo de produção de dados, ele não participou da pesquisa e com isso não pôde vivenciar um novo direcionamento que poderia implantar na sua consulta de enfermagem.

O limite para a mudança no serviço apresentado revela o porquê do não cumprimento desse princípio considerado tão importante. Infelizmente a minha não vinculação no contexto pesquisado e os desencontros casuais com o enfermeiro ativo no ambulatório, implicou negativamente neste princípio, porém a pesquisa demonstrou que é possível a transformação de sujeitos face à utilização da proposta educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial.

Capítulo VIII

Considerações Finais

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado se configurou como uma pesquisa de campo em que foi utilizada a modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial como método de produção das informações. A estreita relação com a prática assistencial revelou a união do saber pensar com o saber fazer em enfermagem. Assim, ao tempo que o enfermeiro pesquisa, se insere de maneira comprometida e efetiva na assistência.

O objeto de estudo centrou-se nos saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária, constituindo-se de componente chave para o compartilhamento realizado no contexto ambulatorial de cuidado através da prática dialógica.

Os cuidados de manutenção diária da estomia de eliminação, pelo cliente, são considerados básicos e simples, e, portanto, se enquadram na referência aos cuidados fundamentais de enfermagem. Isso porque,

fundamental é aquilo que corresponde à essência de uma coisa, é o que é imprescindível à existência dessa coisa, sua garantia ou razão de ser. Logo, Enfermagem Fundamental é a ordem ou o conjunto de proposições e de idéias mais gerais ou mais simples, de onde se deriva a totalidade dos conhecimentos da Enfermagem; representa as bases sobre as quais se assenta toda a prática da enfermagem, e inclui o aparato ético-filosófico e a dimensão histórica da profissão (CARVALHO & CASTRO, 1985, p. 78).

Cuidados de higiene do estoma e pele periestoma, observação do estoma e pele periestoma e cuidados com o sistema coletor, são cuidados básicos de manutenção do corpo do cliente estomizado, aspectos físicos que também precisam ser considerados dentro da totalidade complexa de cada ser.

O cuidar desses aspectos físicos não denota um campo de atuação específico da Enfermagem; representa uma área básica de conhecimento sobre a manutenção da vida de um ser humano, neste estudo, de um ser humano dotado da especificidade de ser estomizado. Esta condição não exclui o cuidado básico, de cada dia, de manter o corpo funcional, na medida em que “a Enfermagem fundamental, em sua dimensão prática, é centrada na prestação de cuidados básicos de enfermagem a todos os tipos de pessoas e de grupos, onde quer que se encontrem...”

(CARVALHO & CASTRO, 1985, p.85). Nesta prestação de cuidados, as enfermeiras utilizam os instrumentos básicos de cuidado da enfermagem para assistir ao cliente necessitado, onde quer que esteja.

A Enfermagem Fundamental é, portanto, um campo de saber que representa o alicerce dos outros campos de atuação profissional, sendo a base que permeia todos os campos específicos de construção do saber, que fundamenta e se constitui como essencial, única e insubstituível. Ela sustenta a adição demasiada dos outros saberes específicos e mais complexos do campo da Enfermagem.

Vale dizer que os cuidados básicos alusivos à manutenção da estomia de eliminação incluem, como venho defendendo neste estudo, não somente os aspectos físicos, mas também a valorização daqueles subjetivos, como a atenção necessária ao ser estomizado: seus valores, suas crenças, seus modos de viver e de cuidar de si e o conjunto de saberes e práticas presentes em suas ações de cuidado. Valorizar a complementariedade desses aspectos significa pensar o cuidado de forma compartilhada, permeada pela prática dialógica e sensível da enfermeira.

É oportuno mencionar que as ações educativas dialógicas realizadas com clientes estomizados, nesta pesquisa, se estabeleceram no âmbito do contexto ambulatorial de cuidado, porém fez-se necessária a articulação dos cuidados pontuados com o cenário onde ele será efetivamente realizado – o domiciliar – pois neste espaço o cliente assume o cuidado. Por esse motivo tornou-se importante dialogar com ele sobre seus saberes e práticas, voltados à manutenção da estomia de eliminação, quase sempre realizada no domicílio, de modo a criar possibilidades de integração destes com os desenvolvidos no ambulatório. Para tanto, sua participação ativa foi imprescindível na atividade desenvolvida, pois favoreceu o processo de conscientização sobre as formas que ele poderia se cuidar ou não, abrindo caminhos para favorecer ou prejudicar a sua saúde e bem-estar.

Nessa direção, o uso de metodologias participativas de pesquisa foi adequado, uma vez que possuem estreita relação com a prática assistencial. A imersão da pesquisadora no processo de cuidado, permitida nesse tipo de abordagem, viabilizou o envolvimento ativo dos sujeitos durante todas as etapas, havendo desta forma, o comprometimento com a melhoria do contexto social pesquisado.

A partir do diálogo problematizador estabelecido, o presente estudo foi desenvolvido com os clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária,

fazendo fluir, no compartilhamento das idéias, os seus saberes e práticas de cuidado acerca desse cuidado implementado, por eles, principalmente no contexto domiciliar. Construiu-se conjuntamente um plano de cuidados congruente com a realidade do sujeito, à luz do que foi discutido, para que os mesmos pudessem implementá-los no cotidiano e posteriormente trouxessem os resultados para o contexto ambulatorial de cuidado, constituindo-se como cenário do presente estudo.

Todo o processo educativo implementado foi orientado pelos teóricos Paulo Freire e Leininger, no que tange à pedagogia freiriana e ao cuidado cultural de enfermagem, respectivamente. Ambos concebem a cultura como parte essencial, integrante do processo de educar, com Freire, e cuidar, com Leininger. As opções teóricas demonstram a posição filosófica e epistemológica da autora que vos fala.

Verifica-se neste estudo a descrição dos saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência nos cuidados fundamentais desenvolvidos. A caracterização dos sujeitos foi uma estratégia utilizada à priori, que converge com as idéias dos teóricos utilizados, para fundamentar os saberes e práticas mencionados à posteriori, trazendo-lhes sentido. No compartilhamento das informações, enfermeira-pesquisadora e cliente refletem juntos e analisam criticamente a pertinência, ou não, de determinada prática, e quando consideradas inadequadas ao contexto do cliente, ambos, enfermeira e cliente se mobilizam para a mudança.

De uma maneira geral, do discurso decorrente da prática dialógica orientada por Freire e sustentada por Leininger nos aspectos culturais de cuidado de enfermagem, emergiram práticas e saberes sobre: a troca da bolsa coletora (drenável e fechada); manutenção diária da bolsa coletora drenável; manutenção da bolsa coletora fechada; manutenção diária da bolsa coletora fechada para urostomia; auto-irrigação; uso de adjuvantes (barreira protetora de pele em pasta e pó, lubrificante desodorante); complicações tardias (dermatite, prolapso e hérnia); uso de acessórios (cinta e adesivo fixador); banho de sol (falta de privacidade para o banho de sol e falta de tempo para o banho de sol); proteção do equipamento durante o banho habitual; vida social, familiar e laborativa; religiosidade e espiritualidade; sexualidade; exercícios e desportos; lazer; vestuário; dieta; direitos e deveres. Vale dizer, que durante a expressão desses elementos, que perpassam a vida do estomizado, os clientes o tempo todo avaliaram o uso da bolsa e suas principais

consequências como a irritação da pele, demonstrando a reflexão proporcionada pela dialogicidade.

Alguns cuidados, a partir da reflexão sobre a ação, revelaram-se alternativos, ou seja, o mesmo cuidado pode ser realizado pelo sujeito mais de uma maneira. Exemplos mencionados foram: a utilização do soro fisiológico a 0,9% ou água potável para a higiene do estoma, uso do sabonete neutro ou sabonete de uso habitual para a higienização, régua ou plástico transparente para a medida do estoma realizada antes do recorte da bolsa coletora, dentre outros. Criticizando as diferentes possibilidades conjuntamente, se chega à prática ideal. Pensemos como prática ideal como a que atende às necessidades dos sujeitos de forma única, específica, congruente ao contexto cultural do sujeito; não como a que tenha uma eficiência maior, do ponto de vista técnico-científico, talvez com o uso de equipamentos e produtos mais sofisticados e/ou economicamente mais dispendiosos. A prática ideal deve ser aquela tão eficiente quanto possível ser compatível com a possibilidade de cada cliente.

Evidencia-se que os clientes são donos de um saber que muitas vezes se aproximam do saber profissional, outras vezes de distanciam. Assim, eles observam os cuidados prestados em diferentes cenários da pragmática assistencial tanto nos hospitais, ambulatórios e domicílio; seguem prescrições dos profissionais de saúde à risca e/ou estabelecem adaptações; acessam o saber advindo do senso comum advindo de diferentes contextos.

Nesse ínterim, o saber profissional foi colocado em pauta pelos clientes estomizados, revelando-se casos vivenciados que merecem certo questionamento de atitudes éticas frente à prática profissional. Os casos descritos nos remetem às seguintes reflexões: Os enfermeiros cometeram imperícia ou imprudência? Cometeram negligência ou faltou realmente conhecimento específico para tomarem a atitude esperada? As indagações poderiam ser respondidas caso os profissionais fossem entrevistados, mas as atitudes profissionais são objetos de reflexão ética e atenção na convivialidade social. Mendes (2009) colabora dizendo que cabe ao enfermeiro a responsabilidade pela melhoria contínua do seu exercício profissional, assegurando, na sua prática, a natureza e a especificidade dos cuidados de enfermagem que devem ser adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, ancoradas na evidência científica, na ética e deontologia profissional para garantir, então, um cuidado de qualidade.

Em alguns casos revelados, fluíram nas falas dos sujeitos, como ocorreu a atividade educativa dos referidos profissionais, transparecendo, quase sempre, uma educação em saúde verticalizada e monológica, orientada pelo modelo tradicional. A evidência colabora no seguinte pensamento: mesmo com a evolução da ciência, do mundo em que vivemos, algumas atividades/atitudes profissionais ainda continuam enraizadas e permanecem inalteradas ou pouco alteradas ao longo do tempo. Assumir uma nova postura frente à nova realidade reveste-se de condição ética perante a sociedade em transformação, tendo em vista as repercussões da implementação da pedagogia freiriana neste estudo e em outros já publicados e consagrados.

A informação compartilhada pela ação educativa através da prática dialógica da enfermeira foi uma estratégia pedagógica que colaborou para que o cliente exercesse sua condição de sujeito, independente e autônomo. Houve trocas efetivas entre clientes e enfermeira, alcançando-se, desta forma, a comunicação e não uma participação por extensão.

As diferenças entre marcas e modelos de equipamentos, adjuvantes e acessórios mostraram-se significativas no intento da implementação da prática educativa. Os clientes estomizados avaliaram a qualidade do material relacionando ao seu uso. Essas diferenças pontuadas muitas vezes determinam a efetividade do cuidado e nem sempre os sujeitos têm a oportunidade de utilizar a que mais lhe convenha, sendo levados a usar marcas e modelos ora distribuídos no ambulatório. Torna-se peculiar uma reconfiguração, nos cenários ambulatoriais de cuidado, acerca da solicitação de materiais em que nem sempre é levado em conta o conforto e a estabilidade de cuidado do sujeito e sim, como venho observando, a organização empresarial das referidas marcas e o custo das mesmas.

É importante considerar que durante a prática dialógica estabelecida os clientes tiveram a oportunidade de conhecer, pessoalmente ou verbalmente, sobre a maioria dos produtos que se tem no mercado para a execução do cuidado ao estomizado, fazendo-o parte integrante do processo de cuidado e do universo de concepções que lhe são próprias e adequadas ao momento. A aprendizagem conjunta acerca desses elementos considerados essenciais ao cuidado permitiu o desvelamento de uma realidade peculiar e a inserção de possibilidades para a transformação, por opção do sujeito, da realidade concreta revelada. Sobre isso, Oliveira e Carvalho (2007, 227p.) afirmam que...

... o processo de conscientização não deve encerrar-se no processo de desvelamento da realidade, mas deve prosseguir para a transformação da mesma realidade. O conjunto do processo supõe uma opção ideológica por parte do sujeito, opção que alimentará o dinamismo do processo de transformação e integração do sujeito no mundo, que contribuirá na organização dos homens para a transformação da realidade desumanizante.

Verificou-se que as formas de aprendizagem de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação são bem diversificadas. Os clientes lançam mão de variados artifícios de modo a realizar o seu cuidado da melhor maneira, visando, embora nem sempre possível, abstrair-se de complicações e malefícios que dele possa resultar. Trabalhar esses saberes e práticas de cuidados do ponto de vista de clientes e refletir acerca da sua eventual maneira de aprendizagem, nos permitem o possível reconhecimento de modelos de cuidado inerentes ao universo de cada um, inserido em um contexto sócio-político-cultural que lhe é próprio. Respeitar e valorizar a singularidade de cada indivíduo reveste-se de condição ética necessária à co-construção do cuidado, como também à sua condição de inserção nos cuidados fundamentais de Enfermagem desenvolvidos no contexto ambulatorial.

A valorização da perspectiva de cuidado que o cliente traz, seja oriunda de uma observação, seja pelo seguimento do que o profissional de saúde fala, sujeito à adaptação pelo senso comum, implica no reconhecimento sobre seus modos de viver e de se cuidar. Compreende trazer para o espaço do cuidado suas vivências e experiências, considerando o contexto no qual se situam e a forma como aprenderam a executar o seu cuidado.

A pesquisa revelou ainda a necessidade de maior divulgação sobre a realidade concreta desses clientes para que possam sentir-se mais acolhidos, fortificados no enfrentamento das dificuldades que, porventura, surjam no cotidiano de con(viver) com a derivação cirúrgica. Isso porque, não foi detectada nenhuma forma de aprendizagem oriunda da mídia, sendo considerada de extrema relevância na divulgação de idéias e valores para toda a sociedade.

Neste estudo, a pedagogia freiriana revelou-se como um instrumento facilitador na aprendizagem de clientes estomizados e, sobretudo, libertador nas relações que o mesmo mantinha, porque poder falar para quem “entende” dos cuidados relacionados à estomia de eliminação é um direito e uma liberdade, tendo em vista que na relação de cuidado ambos mostram, explicam, sentem e resolvem sobre o que for necessário, havendo entendimento do que foi ressaltado no diálogo, sendo característica relevante dessa atividade.

A educação em saúde do tipo problematizadora aplicada como uma tecnologia de processo (TEIXEIRA, 2008) acerca das diferentes situações que se apresentavam aos clientes na convivência com a estomia de eliminação, abriu caminhos para a sua compreensão, levando-os a refletir sobre sua realidade através da prática dialógica implementada na convergência pesquisa-cuidado. Vale dizer que toda ação educativa pressupõe o diálogo que, por sua vez, só é possível em uma relação horizontal em que ambos os envolvidos se expressam como sujeitos, situados sócio-culturalmente em um determinado tempo e espaço (FREIRE, 2007).

Com o retorno dos clientes no ambulatório após a implementação do cuidado compartilhado, foi possível denotar os sucessos derivados da pedagogia utilizada no processo educativo. Sua condição de crítica e de reflexão está aguçada; exercendo com maior segurança e autonomia os cuidados relacionados à manutenção de sua estomia, avaliando, modificando hábitos, transformando a realidade.

Para efeito didático-pedagógico, foi construído um quadro (Q1), elaborado por mim, autora desta dissertação, intitulado “Principais Aspectos Pontuados da Realidade Concreta de Cada Cliente, relacionados à Manutenção de sua Estomia durante a Implementação do Processo Educativo: As Orientações Dialogadas e Repercussões no Contexto Domiciliar”, contendo as principais realidades observadas, movedoras de mudança, durante a implementação do processo educativo, com suas respectivas orientações dialogadas e repercussões no contexto domiciliar, apresentadas por cliente, de modo a dar a devida visibilidade à construção do plano individualizado (APÊNDICE L).

Destaca-se que ao final da implementação do processo educativo dialógico, à medida que o plano de cuidados ia sendo construído, os problemas observados iam sendo novamente pontuados seguidos das orientações dialogadas. O conhecimento do cliente e do enfermeiro acerca do cuidado em pauta ia sendo questionado e revisitado.

Vale considerar que os clientes que não foram adicionados ao quadro 1, mantinham a estomia de eliminação de forma pertinente, entretanto algumas dicas compartilhadas foram colocadas em prática por eles. Outros (C13, C15 e C17), porém, não tiveram a possibilidade de retornar ao núcleo de estomizados para a realização da observação participante e avaliação (apêndices D e E) por diversos motivos, não sendo possível evidenciar as repercussões da orientação dialogada no contexto domiciliar.

A significativa repercussão no contexto domiciliar foi evidenciada pela execução dos cuidados de maneira mais segura, o que aumentou a auto-estima dos clientes, implicando na efetividade do cuidado. A autonomia planejada se tornou real, fazendo com que os clientes não mais exercessem práticas fragmentadas, decorrentes da pedagogia tradicional. O cliente autônomo alcança, contudo, a plenitude das ações. Quando chega à autonomia desejada se insere num universo que lhe é peculiar, está no mundo e com o mundo e com isso pode ser mais. Mesmo com as modificações sofridas no mundo, consegue ao mesmo tempo, inserir crítica e reflexão acerca do cuidado pensado, avaliando e modificando hábitos constantemente.

Ressalta-se que, quando se abre às possibilidades de trocas de saberes e práticas, novas condições se apresentam tanto à relação dos envolvidos no processo de cuidar, quanto ao cuidado em si. Contudo, a forma como a maioria dos profissionais ainda tem de fazer a educação em saúde ainda se enquadra na pedagogia tradicional, monológica, hierarquizada, que a despeito dos méritos por vezes alcançados não avança no sentido de valorizar o cliente como sujeito da ação, o que implica, sobremaneira, no reconhecimento e no respeito sobre os seus modos de viver e de se cuidar.

Os clientes demonstraram então um saber cuidar no intento de tocar o corpo e enfrentar outro orifício de comunicação: a estomia. Torna-se peculiar pensar nas dificuldades decorrentes da situação de ser/estar estomizado e ensinar fazendo e fazer pensando e testando. Verifica-se que na aprendizagem estabelecida entre os participantes do estudo, houve trocas com os clientes sobre dois aspectos fundamentais que eles definiram como cuidado com o corpo e tecnologias. Nesse ínterim, novos saberes podem ser inseridos no leque de possibilidades de cada sujeito e a atividade de encontrar estratégias para a efetividade do cuidado, advém mais a partir do cliente, que vivencia o cuidado, do que da enfermeira-pesquisadora, que experiência isso, pois o cuidado é direcionado a ele que detém as dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais permeando a situação do seu cuidado.

Vale considerar que a efetividade da prática educativa dialógica supera o maior trabalho de execução do processo em si comparando-se com a prática monológica. Porém, é notório que se requer dispendimento maior de tempo, bem como, disponibilidade pessoal-profissional para a implementação do processo educativo problematizador. Contudo, o estudo nos faz refletir sobre o que e como orientamos, sendo necessária a impressão de crítica e reflexão em cada situação de cuidado, em cada atividade educativa, pois a orientação dialogada possibilita o

compartilhamento de saberes e práticas que perpassam os sistemas popular e profissional, garantindo a efetividade do nosso cuidado. Desta forma, alcançamos as necessidades e desejos do cliente, nosso maior mobilizador da implementação de práticas de cuidar eficazes.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVIM, N.A.T. **Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais - uma construção em espiral.** [Tese de Doutorado] – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto - enferm.** v.16 n.2. abr/jun. 2007.

ANDRADE, C.J.C. **Envelhecimento e câncer.** Junho de 2010. Disponível na internet via: <http://www.medcenter.com/medscape/Content.aspx?id=777> – Arquivo consultado em 2010.

ASSMANN, H. A metamorfose do aprender na sociedade da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 7-15, maio/ago. 2000

Associação Portuguesa de Ostomizados. **Figura ilustrativa do sistema digestivo e a localização das ostomias.** Disponível na internet via: <http://www.apostomizados.pt/ostomizados.asp?action=show&id=25> – Arquivo consultado em 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.

BOFF, L. **ESPIRITUALIDADE: um caminho de transformação.** Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra.** 7ª ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1999. 34; 91p.

BRAGA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.3, p. 498-516, dez. 1997.

BUB, M.B.C.; MEDRANO, C.; SILVA, C.D.; WINK, S.; LISS, P.E.; SANTOS, E.K.A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – Brasília : Anvisa, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama do Saneamento Básico no País.** Brasília, 30 de novembro de 2007.

CARRARO, V. **O cuidado profissional e o cuidado de si.** Disponível na internet via: http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/cuidado_profissional.pdf - Arquivo consultado em 2009.

CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental; um ponto de vista. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 38 (1): 76-86, jan. / mar. 1985.

CARVALHO, F.P.; ANACLETO, J.C. & ZEM-MASCARENHAS, S.H. **Uso de Conhecimento de Senso Comum para Atender a Requisitos Pedagógicos no Planejamento de Ações de Aprendizagem.** Workshop em Informática na Educação (sbie) 2007 XVIII. Simpósio Brasileiro de Informática na Educação - SBIE - Mackenzie – 2007. 292-5p.

CASCAIS, A.F.M.V. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CONDIÇÃO DE ESTAR ESTOMIZADO POR CÂNCER.** [Dissertação] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2007. 27p.

COELHO, G.S. & ALVIM N.A.T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out; 57 (5): 541-4.

COMITÊ EXECUTIVO DA IOA – ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DOS OSTOMIZADOS. **Ostomizados.** Junho de 1993 e revisado em junho de 1997 – Canadá. Disponível na internet via: <http://www.cezarliper.com.br/LinkDefFisOstomizados.asp> - Arquivo consultado em 2009.

COSTA, R.H.R.; MEDRI, W.; SANTOS, D.M. **CONTROLE ESTATÍSTICO DE PROCESSO NA REDE PÚBLICA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.** XXVIII Congresso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental Cancún, México, 27 al 31 de octubre, 2002.

DECRETO Nº 5.296 - DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004 - DOU DE 3/12/2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível na internet via: <http://www.capital.ms.gov.br/egov/semadur/downloads/DECRETO-5296-04.pdf> - Arquivo consultado em 2010.

DIAS, L.M.C.; COSTA, C.H.F.; SOARES, E.; MOREIRA.A. **Qualitativo e quantitativo: Evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado.** R. de Pesq.: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 131-137, 1./2. sem. 2004.

DUARTE, A.C.S.; BARBOZA, R.J. Paulo Freire: o papel da educação como forma de emancipação do indivíduo. **Revista científica eletônica de pedagogia.** ANO V – NÚMERO 09 – JANEIRO DE 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O Minidicionário da língua portuguesa.** 4 ed. rev. Ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, S. **Capa para proteger a bolsa coletora no banho.** 2007. Disponível na internet via: http://www.ostomizados.com/acessorios/capa_bolsa/como_fazer.html - Arquivo consultado em 2010.

FIGUEIREDO, P.A. **O cuidado de enfermagem, na ótica de clientes hospitalizados e sua relação com as tecnologias leves em saúde.** [Relatório Final de Iniciação Científica e Trabalho de Conclusão de Curso] – Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

FIGUEIREDO, P.A.; SOARES, A.C.A.; SODRÉ, M.E.; OLIVEIRA, L.F.D. **O diagnóstico e a convivência com a ostomia: O enfrentamento do cliente e a enfermagem.** In: 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem – CBEn – Espaços de Cuidado, Espaços de Poder: Enfermagem e Cidadania. Belo Horizonte; 2008.

FONTES, C.A.S. **Concepções de clientes com câncer sobre a prática dialógica da enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica: subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial.** [Dissertação] - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

FONTES, C.A.S. & ALVIM, N.A.T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paul. Enferm.** v.21 n.1 São Paulo jan.mar. 2008a.

FONTES, C.A.S. & ALVIM, N.A.T. Cuidado humano de Enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16 n.2 Rio de Janeiro. abr/jun. 2008b. p.193-9.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 2001a.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001b.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** 20ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

FREITAS, F.V.; SABÓIA, V.M. Vivências de Adolescentes Diabéticos e Contribuições da Prática Educativa da Enfermeira. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007, out/dez; 15(4):569-73.

GEMELLI, L.M.G. & ZAGO, M.M.F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: Um estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.10 no.1 Ribeirão Preto Jan. 2002.

GEORGE, J.B. et all. **Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 297-309p.

GOLDEMBERG, R. & OTUTUMI, C. **Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da Percepção Musical nos cursos de graduação em música do Brasil**. Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais — maio 2008.

HABR-GAMA, Angelita; ARAÚJO, Sérgio. Estomas Intestinais: Aspectos Conceituais e Técnicos. In: SANTOS, Vera; CESARETTI, Isabel. **Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado**. São Paulo:Atheneu, 2005, p.39-54.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2007**. Disponível na internet via: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1065 – Arquivo consultado em 2010.

Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde. **Orientações sobre ostomias**. 2003. Manual de orientações aos clientes estomizados disponível na internet via: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf> - Arquivo consultado em 2010.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1969). *On death and dying* [ed. ut.: *On death and dying*. New York: Touchstone, 1997].

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M. **Part I: The theory of culture care and the Ethnonursing Reserch Method in Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice**. New York: John Wiley. Edição 3. 2002.

MACEDO, J.C.G.M. **Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte**. [Dissertação] - Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Portugal, 2004.

MARTIN, D.F. **A Aprendizagem em Paulo Freire e Piaget**. Trabalho de Conclusão do Curso de Pedagogia da Faculdade de Ciências UNESP – campus de Bauru. 2007. 53p.

MENDES, G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 165-9.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas para enfermagem**. Tradução Ana Maria Thorell. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

Ministério da Educação – INEP. **Relatórios dinâmicos – indicadores municipais**. Disponível na internet via: www.portalodm.com.br – Arquivo consultado em 2010.

Ministério da Previdência Social. **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência**. 2009. Disponível na internet via: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23> – Arquivo consultado em 2010.

MODESTO, A.P. **O cuidado cultural de enfermagem “com” o idoso renal crônico em tratamento hemodialítico**. Dissertação. Paraná. Universidade Federal do Paraná; 2006.

Mundo Ostomias. **Cuidados de higiene à ostomia**. Disponível na internet via: <http://mundostomias.blogspot.com/2007/05/cuidados-de-higiene-ostomia.html> - Arquivo consultado em 2009.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, L.M.N.; QUELUZ, D.P.; PEREIRA, A.C. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999 – 2004. **Rev Bras Epidemiol**. 2007; 10(1): 109-16.

OLIVEIRA, P.C.; CARVALHO, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. **Paidéia**. v.17 n.37. p.219-230, 2007.

OLIVEIRA, C.A.G.S.; RODRIGUES, J.C. & SILVA, K.N. Identificação do Nível de Conhecimento de Pacientes com Colostomias para a Prevenção de Possíveis Complicações. **Rev. Estíma** – vol 5 (4) 2007 p.26-30.

OREM, Dorothea E. **Nursing: concepts of practice**. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book Inc.; 1991.

ORÍÁ, M.O.B.; XIMENES L.B. ; ALVES, M.D.S. **Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview**. Online Braz J Nurs (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] 2005 August; 4(2) Available in: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 312-8.

SANTOS, V.L.C.G. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 59-63, mar. 2000.

SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SANTOS, J.S.; BARROS, M.D.A. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(3):177-186, jul-set 2008.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. & FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.** v.12 n.2. jun. 2008. p. 291-8.

SOARES, N.V.; LUNARDI, V.L. Communication, the information as a possibility for reducing the asymmetry between the health professional and the client. In: Proceedings of the 8. **Brazilian Nursing Communication Symposium** [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [cited 2009 Aug 31]. Available from: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100027&lng=en&nrm=van. p.1.

STELLET, G.V.A.; BORBA, R.C. **Campos dos Goytacazes: cidade dos contrastes – um estudo da paradoxal realidade socioeconômica do município fluminense.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

STUMM, E.M.F.; OLIVEIRA, E.R.A.; KIRSCHNER, R.M. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan./mar. 2008.

TEIXEIRA, M.L.O. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso:** Contribuições à clínica do cuidado de enfermagem. [Tese de Doutorado] - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do Idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 750-8.

TRENTINI, Mercedes; PAIM Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ª ed. (Revisada e ampliada). Florianópolis: Insular, 2004.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, vol.8, nº 1, 2008.

Anexo

ANEXO A – PARECER DO CEP EEAN/HESFA

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº 052/2009

Título do Projeto: COMPARTILHANDO SABERES E PRÁTICAS COM CLIENTES ESTOMIZADOS ACERCA DA MANUTENÇÃO DA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO: UMA PERSPECTIVA EDUCATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMBULATORIAL.

Responsável: PAULA ALVARENGA DE FIGUEIREDO MARTINS
Instituição onde a pesquisa será realizada: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes
Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 17/08/09

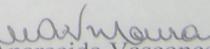
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 25 de agosto de 2009.

Caso o pesquisador altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que o pesquisador deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, em CD - indicando em carta de encaminhamento o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 03 de setembro de 2009.


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

Apêndices

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTOMIZADO

Entrevista nº: ____ Data da entrevista: __/__/____

1. Dados de Identificação:

Identificação: _____ Sexo: () F () M Idade: _____
 Data de confecção do estoma: __/__/____ Data de inserção na Instituição: __/__/____
 Bairro em que reside: _____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

2. Dados sócio-econômicos:

- 2.1-Situação conjugal: () casado(a) ou vive maritalmente () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a)
 2.2-Escolaridade: () analfabeto(a) () alfabetizado(a) () antigo ensino fundamental completo
 () antigo ensino fundamental incompleto () antigo ensino médio completo
 () antigo ensino médio incompleto () ensino superior completo () ensino superior incompleto () outro.
 Qual? _____
 2.3- Profissão: _____ Atua na profissão atualmente () sim () não. Em caso negativo, em
 quê? _____
 2.4- Situação ocupacional: () empregado () desempregado () aposentado () nunca trabalhou () autônomo
 () estudante
 2.5- Número de filhos: () nenhum () 1 filho () 2 filhos () 3 filhos () 4 filhos ou mais.
 2.6-Recebe algum tipo de benefício governamental? () sim () não. Em caso positivo, qual?
 () bolsa família () auxílio desemprego () aposentadoria () pensão () bolsa escola. () Outro.
 Qual? _____
 2.7- Quantas pessoas contribuem com a renda familiar total? () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais.
 2.8- Renda familiar total: () apenas auxílio () < 1 salário mínimo () 1 salário mínimo
 () de 1 a 3 salários () de 3 a seis salários () de 6 a nove salários () mais que nove salários () variável
 2.9- Habitação: () própria () alugada () favor () posse () outra.
 2.10- Tipo de construção: () alvenaria () outro: _____ nº de cômodos: _____
 2.11- Pessoas residentes no domicílio: () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 a 12 () > 12
 2.12- Luz elétrica: () sim () não
 2.13- Procedência da água de consumo na moradia: () rede pública () poço a céu aberto () poço
 tubular/artesiano () não possui atendimento de água interno.
 2.14- Destino dos dejetos: () rede pública () fossa séptica () céu aberto () rios
 () outro. Qual? _____
 2.15- Tipo de instalação sanitária: () unifamiliar com água () unifamiliar sem água
 () coletiva com água () coletiva sem água
 2.16- Possui coleta de lixo? () sim () não
 2.17- Possui animais em casa? () sim () não. Quais? _____
 2.18- Religião: Católica () Evangélica () Espírita () Outras () Não possui ()

3. Dados sobre a estomia:

- 2.1. Tipo de estoma 2.2. Tempo de permanência do estoma
 Colostomia Permanente
 Ileostomia Temporária
 Urostomia

3.3- Causas da estomia: _____

3.4- Recebe algum tipo de ajuda/apoio nos cuidados relativos à manutenção da estomia? () SIM () NÃO

Em caso positivo, de quem? De que tipo?

OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE DISCUSSÃO COM OS CLIENTES (3ª etapa)

Dados de Identificação: _____

Data: ___/___/_____

Horário: início:_____ término:_____

Perguntas-chaves:

1) **Você sabe o que aconteceu com você?**

2) **O que é estomia para você?**

3) **Descreva, diga, fale como você cuida de você? E da sua estomia?**

4) **Fale como você faz quando cuida de sua estomia? O que você sabe sobre os cuidados necessários à manutenção da estomia?**

5) **Como você cuida da sua estomia?**

- **O que você faz? Por quê?**

- **O que você utiliza? Por quê?**

- **Você aprendeu com quem a fazer desta forma? Onde?**

6) **Em que momento você troca essa bolsa? Por quê?**

- **Como você sabe da necessidade da troca?**

- **Como você faz essa troca?**

7) **O que você pensa/sente quando cuida da sua estomia?**

8) **Com que frequência você cuida de sua estomia?**

9) **Quando você está cuidando de si, faz isso só ou acompanhado? Explique.**

10) **O que pode ocorrer se esses cuidados não forem feitos?**

11) **Já ocorreu algum problema com a sua estomia? O que ocorreu? Como cuidou? Aprendeu com quem? Onde aprendeu?**

Observações do Pesquisador:

**APÊNDICE C – MATERIAL DE AUXÍLIO PARA O AQUECIMENTO E DISCUSSÃO
COM OS CLIENTES ESTOMIZADOS**



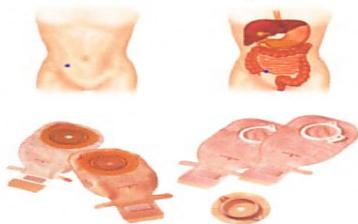
Características normais de um estoma (Comitê executivo da IOA, 1997).

The Digestive System and location of ostomies

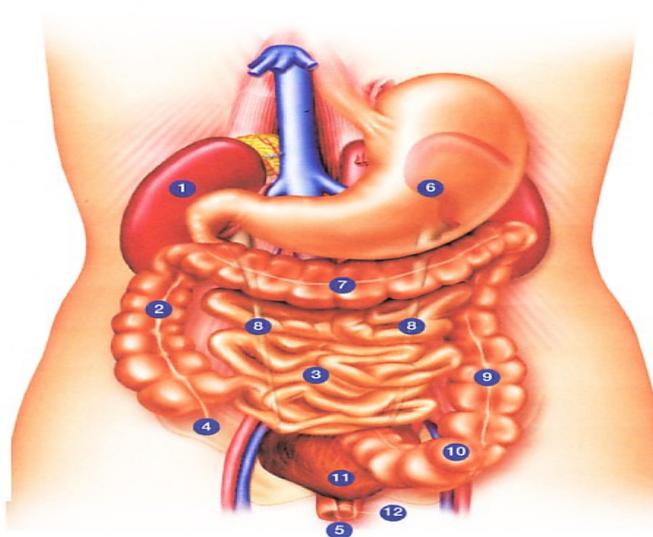
Colostomy



Ileostomy



Urostomy



- | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Kidney | 5. Rectum | 9. Descending colon |
| 2. Ascending colon | 6. Stomach | 10. Sigmoid colon |
| 3. Ileum | 7. Transverse colon | 11. Bladder |
| 4. Appendix | 8. Ureters | 12. Urethra |

COMPLICAÇÕES TARDIAS

- **Dermatite:** é a irritação da pele causada pelo contato com o fluido intestinal;



- **Estenose:** diminuição do orifício externo do estoma;

- **Hérnia:** é a saída de vísceras abdominais pelo trajeto do estoma, formando um abaulamento em torno do estoma.



Figura 1 - Hérnia periestomal, vista de perfil

- **Prolapso:** é a saída parcial ou total da alça intestinal pelo estoma.



Figura 2 - Prolapso de estoma, visto de frente

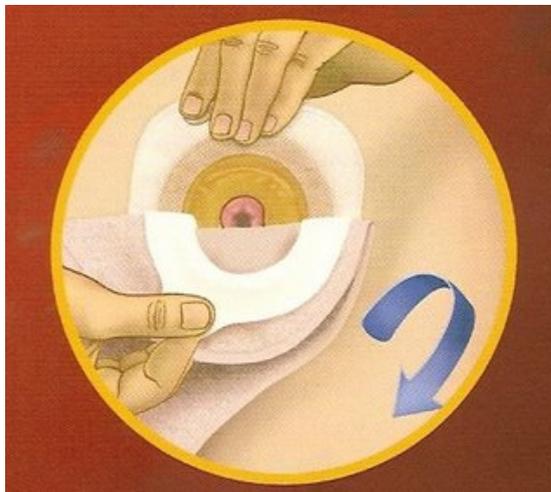
OS CUIDADOS COM O SISTEMA COLETOR

Figura 05 – Deslocamento do adesivo microporoso a partir da lingüeta lateral, de cima para baixo (Mundo Ostomias, 2007).

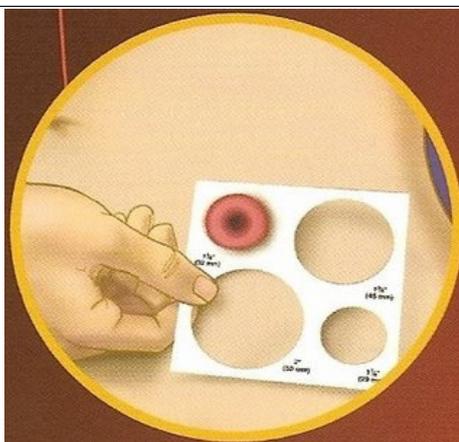


Figura 06 – Utilização de réguas específicas para a confecção do molde e consequente recorte da bolsa compatível com o tamanho do estoma (Mundo Ostomias, 2007).



Figura 07 – Início da aplicação da bolsa coletora, de baixo para cima, na pele.
(Mundo Ostomias, 2007).

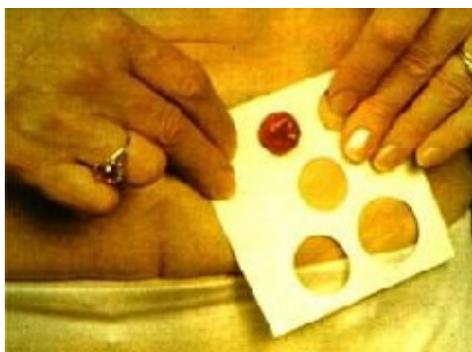
A manutenção da integridade da pele é de suma importância para a reabilitação, “e pode ser alcançada por intermédio de condições adequadas de higiene e de uso do sistema coletor apropriado” (SANTOS & CESARETTI, 2005, p. 128).

A ALIMENTAÇÃO

VIDA SOCIAL E FAMILIAR

VESTUÁRIO

CUIDADOS COM A PELE PERIESTOMAL





É importante determinar o diâmetro do saco/placa a utilizar
(que pode variar ao longo do tempo)



Em resumo, o que você necessita é um sistema que proporcione:

- Segurança
- Máxima proteção da pele
- Recuperação da pele danificada
- Conforto
- Discrição

EXERCÍCIOS

O CONHECIMENTO COMO MECANISMO DE COMPREENSÃO E TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE É CONSIDERADO “PRODUTO DE UM ENFRENTAMENTO DO MUNDO REALIZADO PELO SER HUMANO” E SÓ TEM SENTIDO SE FOR PRODUZIDO E UTILIZADO PARA ENTENDER A REALIDADE, FACILITAR E MELHORAR O MODO DE VIVER E CONVIVER NO MUNDO E COM O MUNDO. É CAPAZ DE TRANSFORMAR A REALIDADE, FAZENDO COM QUE SE TORNE MAIS CLARA, POSSIBILITANDO-NOS “AGIR COM CERTEZA, SEGURANÇA E PREVISÃO”.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**1. Dados de Identificação:**

Nº da Observação: _____

Data: ___/___/_____

Horário: início: _____ Término: _____

2. Registros sobre a evolução da estomia no decorrer dos encontros.

3. Registros sobre a posição assumida do cliente no processo de cuidado durante os encontros com a enfermeira e/ou pesquisadora.

4. Outros registros considerados relevantes:

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA CONDUZIR A DISCUSSÃO (6ª etapa)**Dados de identificação:**

Data: ___/___/_____

Horário: início: _____ Término: _____

Avaliação sobre o processo de cuidado

Perguntas-chaves:

Como foi participar do processo de cuidado à sua estomia junto com a enfermeira e/ou pesquisadora no ambulatório?

Quais foram as suas facilidades e quais as dificuldades que você sentiu/encontrou?

Participar do cuidado à sua estomia junto com a enfermeira contribuiu com a manutenção da estomia em casa? Por quê? Como?

Avaliação da metodologia utilizada

Perguntas-chaves:

Como foi para você participar do cuidado e da discussão que estabelecemos?

Você tem alguma sugestão ou comentário a fazer?

APÊNDICE F – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Enfermeiro estomaterapeuta, responsável pelo Núcleo de Estomizados de Campos dos Goytacazes - RJ.

Venho por meio desta, solicitar a V.S^a. autorização para desenvolver, no setor de estomizados desta Instituição, a pesquisa “*Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Ostomia de Eliminação: Uma perspectiva educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial*”, que dará origem a uma Dissertação de Mestrado.

Este projeto tem como objetivos: 1) Descrever os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 2) Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 3) Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar.

Em linhas gerais, visa contribuir com a ação educativa do enfermeiro no contexto ambulatorial e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si.

A pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos clientes estomizados acompanhados no ambulatório de estomia. A produção de dados será conduzida por encontros individuais periódicos, através de entrevista semi-estruturada e observação de campo. Os sujeitos também responderão a um formulário de identificação com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a estomia. Para discussão com os sujeitos sobre a temática, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que auxiliarão no processo de educar-cuidar.

Certa de contar com o apoio de V.S^a, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins
EEAN-UFRJ

Enfermeiro estomaterapeuta

APÊNDICE G – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Coordenador do Núcleo de Estomizados de Campos dos Goytacazes - RJ.

Venho por meio desta, solicitar a V.S^a. autorização para desenvolver, no setor de estomizados desta Instituição, a pesquisa “*Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Ostomia de Eliminação: Uma perspectiva educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial*”, que dará origem a uma Dissertação de Mestrado.

Este projeto tem como objetivos: 1) Descrever os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 2) Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 3) Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar.

Em linhas gerais, visa contribuir com a ação educativa do enfermeiro no contexto ambulatorial e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si.

A pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos clientes estomizados acompanhados no ambulatório de estomia. A produção de dados será conduzida por encontros individuais periódicos, através de entrevista semi-estruturada e observação de campo. Os sujeitos também responderão a um formulário de identificação com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a estomia. Para discussão com os sujeitos sobre a temática, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que auxiliarão no processo de educar-cuidar.

Certa de contar com o apoio de V.S^a, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins
EEAN-UFRJ

Coordenador do Núcleo de Estomizados

APÊNDICE H – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Diretor da Coordenação de Enfermagem – Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – RJ.

Venho por meio desta, solicitar a V.S^a. autorização para desenvolver, no Núcleo de Estomizados, a pesquisa “*Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma perspectiva educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial*”, que dará origem a uma Dissertação de Mestrado.

Este projeto tem como objetivos: 1) Descrever os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 2) Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 3) Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar.

Em linhas gerais, visa contribuir com a ação educativa do enfermeiro no contexto ambulatorial e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si.

A pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos clientes estomizados acompanhados no ambulatório de estomia. A produção de dados será conduzida por encontros individuais periódicos, através de entrevista semi-estruturada e observação de campo. Os sujeitos também responderão a um formulário de identificação com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a estomia. Para discussão com os sujeitos sobre a temática, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que auxiliarão no processo de educar-cuidar.

Certa de contar com o apoio de V.S^a, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins
EEAN-UFRJ

Diretor da Coordenação de Enfermagem

APÊNDICE I – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Senhor Secretário Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – RJ.

Venho por meio desta, solicitar a V.S^a. autorização para desenvolver, no Núcleo de Estomizados, a pesquisa “*Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: Uma perspectiva educativa do cuidado de enfermagem no contexto ambulatorial*”, que dará origem a uma Dissertação de Mestrado.

Este projeto tem como objetivos: 1) Descrever os saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 2) Analisar a pertinência de tais saberes e práticas na manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária. 3) Discutir as condições de inserção desses saberes e práticas nos cuidados fundamentais de enfermagem desenvolvidos junto a esses clientes no contexto ambulatorial e suas possíveis repercussões no contexto domiciliar.

Em linhas gerais, visa contribuir com a ação educativa do enfermeiro no contexto ambulatorial e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si.

A pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos clientes estomizados acompanhados no ambulatório de estomia. A produção de dados será conduzida por encontros individuais periódicos, através de entrevista semi-estruturada e observação de campo. Os sujeitos também responderão a um formulário de identificação com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a estomia. Para discussão com os sujeitos sobre a temática, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que auxiliarão no processo de educar-cuidar.

Certa de contar com o apoio de V.S^a, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Paula Alvarenga de Figueiredo Martins
EEAN-UFRJ

Secretário Municipal de Saúde



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está convidado (a) para participar de uma pesquisa sobre os saberes e práticas de clientes estomizados acerca da manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária no contexto ambulatorial. A finalidade é discutir com você e outros clientes sobre como cuidam da estomia, de modo a contribuir com o cuidado realizado por você em casa.

A pesquisa será realizada em dois anos e se configura em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery. Em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

Você participará desta pesquisa individualmente, dizendo o que sabe e como cuida da manutenção da estomia. Nos encontros com você, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que poderão colaborar com a discussão. Tudo que for falado será registrado por escrito e gravado. Ninguém do ambulatório terá acesso aos registros e gravações. Estas gravações serão destruídas após 5 (cinco) anos do término da pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza.

Não haverá risco de qualquer natureza seja ele: físico, mental ou moral. Porém, com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e assistência de Enfermagem poderão ser muito grandes, pois na pesquisa serão enfocados os aspectos da educação em saúde no ambiente ambulatorial. Deste modo, a pesquisa também poderá trazer benefícios aos cuidados prestados a você.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Paula Alvarenga de Figueiredo Martins
Telefone: (21) 9916-4333
e-mail: eaepaula@yahoo.com.br

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim
Telefone: (21) 9918-6587
e-mail: titonelli@terra.com.br

Telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro: Tel.: (21) 2293-8148. R: 228.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim sobre o estudo citado.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

APÊNDICE L

QUADRO 1 – PRINCIPAIS ASPECTOS PONTUADOS DA REALIDADE CONCRETA DE CADA CLIENTE, RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DE SUA ESTOMIA DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO: AS ORIENTAÇÕES DIALOGADAS E REPERCUSSÕES NO CONTEXTO DOMICILIAR

Obs. Quadro elaborado por mim, autora desta dissertação.

<i>Realidade Observada da Cliente 01</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Recorta o micropore da bolsa coletora pela metade.	<p>É importante lembrar que a C1 precisou fazer a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) novamente devido ao primeiro arquivo gravado ter sido corrompido.</p> <p>C1: _ (...) Até recortar eu recorto essas beiradas aqui (micropore), eu tô até diminuindo!</p> <p>P: _ Na verdade, esse micropore é o que geralmente causa alergia e você diminuindo e a bolsa adaptando bem, colando direitinho, acho válido você cortar, porque geralmente isso é que causa alergia na pele. Porque essa parte grossinha, esse disco, é o que protege a pele... Mas assim... ela não descola?</p> <p>C1: _ Não, às vezes mesmo eu tendo desarranjo, pra tirar a bolsa tenho que tirar devagarinho porque ainda está bem aderida. Então como diz o ditado: time que está ganhando não se mexe.</p>	<p>MANTÉM o recorte do micropore pela metade. Começou a recortar porque no início, depois da cirurgia, o micropore batia na cicatriz cirúrgica. Depois disto, manteve o hábito do recorte, mas de qualquer forma, foi bom porque é justamente este material que causa mais irritação na pele e ainda a cliente não se queixa da falta de adesividade da bolsa – penso que seja o motivo do micropore compando a estrutura da bolsa coletora, um complemento da estrutura para ajudar na adesividade e aumentar a segurança do cliente.</p>
Utiliza bolsa coletora pré-recortável com tamanho muito superior à medida do seu estoma, não atentando para o recorte que deveria estar rente ao estoma.	<p>P: _ E a sua bolsa é pré-recortável, né?</p> <p>C1: _ pré-recortável.</p> <p>P: _ e você costuma medir antes de...</p> <p>C1: _ não. Não estou medindo. Esse que é o problema!</p> <p>P: _ é... porque a gente conversou outro dia que esse recorte tem que ficar bem rentinho ao estoma, né.</p> <p>C1: _ Ela está maior e meu estoma está menorzinho! Mas o problema que eu acho, é o tipo da bolsa.</p> <p>P: _ é porque a gente conversou que não tem aqui para distribuir uma bolsa com o seu número correto, que foi essa que você acostumou, né, pré-recortável, e com essa</p>	<p>MANTÉM a colocação da bolsa pré recortável NÃO justa ao contorno do estoma, coloca o recorte inferior da bolsa rente à borda inferior do estoma – sugeriu fazer desta forma durante a nossa conversa – o restante do recorte não fica rente à borda do estoma, deixando pele exposta. A justificativa foi coerente pois alega que</p>

	<p>marca. Aí você falou que está um pouquinho maior e você pelo menos já percebeu isso e aqui não tem uma bolsa apropriada para você, né.</p> <p>C1: _é...</p> <p>P: _ Aí vc vai e faz uma adaptação aí na hora de colocar, como é que faz?</p> <p>C1: _é...eu procuro colocar ela de baixo pra cima, mas a parte de baixo mais rente à ostomia.</p> <p>P: _ Mas antes você fazia isso?</p> <p>C1: _ Não, porque não estava tanto assim não. Entendeu? Eu não fazia isso! Até porque antes eu usava essa que é recortada, aí o enfermeiro daqui viu que já estava num tamanho que dava pra eu usar essa pré-recortável, aí eu já acostumei com ela! Até mesmo porque a qualidade do material é melhor também. (...) Então mesmo estando um pouquinho maior, eu prefiro usar esta bolsa pela qualidade do material.</p> <p>P: _ é aquilo que a gente conversou, até então você não se atentava pro tamanho e tal, de todas as implicações disso, que a gente conversou, aí você, durante a nossa conversa, deu idéia de colocar...</p> <p>C1: _mais pra cima.</p> <p>P: _mais pra cima e ficando rente ao estoma na parte inferior, as fezes tem a tendência de cair mesmo e não vai grudar ali na pele podendo causar alguma irritação. Isso se confirmou?</p> <p>C1: _Não... com certeza! Não fica na pele, fica às vezes na ostomia, mas não fica na pele.</p> <p>P: _ Então vc lançando mão dessa adaptação, vc achou que ficou bem..</p> <p>C1: _ Com certeza! Dei até graças a Deus nessa parte aí porque não tive problema nenhum!</p> <p>P: _ Porque é interessante porque vc mesma deu a idéia da adaptação...</p> <p>C1: _é... [risos] é... porque a gente vai vendo as coisas, né. Porque trocar, trocar, não.</p> <p>P: _ Pois é, porque não tem uma bolsa do seu tamanho à princípio certinho, né?</p> <p>C1: _É. Tem para recortar, mas o material... a qualidade é ruim.</p>	<p>quando as fezes saem do orifício, elas tendem a cair dentro da bolsa, encostando mais na borda inferior – motivo que deixou rente apenas neste local. Mas o motivo da adaptação mesma foi a falta de bolsa pré-recortável coerente com o tamanho do seu estoma e também da mesma marca que usa (a que gosta – não gosta do material da outra marca y que é distribuída no local). Mas procura observar qualquer tipo de anormalidade.</p>
<p>Retira a cola da pele periestoma forçando a gaze.</p>	<p>P: _ E essa cola você tira como?</p> <p>C1: _ Então, a cola a princípio eu estava utilizando as gazes...[risos]. Mas agora eu não utilizo mais. Porque já conversamos outra vez e você pediu para não utilizar mais com força...aí eu passo o dedo ao redor de vagarinho, bem de levinho.</p>	<p>AGORA está retirando a cola devagar com água morna e sob o chuveiro.</p>

<i>Realidade Observada do Cliente 04</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Utiliza éter para a retirada da cola da bolsa coletora.	<p>C4: _ Detalhadamente... Bom, lá em casa eu faço de um jeito, que o enfermeiro (referindo-se ao enfermeiro do núcleo de ostomizados) advertiu para eu não fazer. Eu acho um meio mais prático: Eu coloco um pouco de éter na parte da cola, tem uma cola forte tipo esparadrapo. Só no começo para poder soltar, por cima, e demais vai saindo normalmente. E não tenho nada. Eu não aplico nem nada. Coloco assim, na pele, entre o esparadapo e a pele...quando eu sinto que o esparadrapo umideceu, muda de cor, aí eu puxo com facilidade. Não dói nada e não machuca.</p> <p>(...)</p> <p>P: _ E tenta evitar esse éter, porque pode machucar a pele. Porque assim... você falou que essa bolsa é definitiva.</p> <p>C4: _ É definitiva.</p> <p>P: _ Geralmente a gente usa o éter no hospital para tirar o esparadrapo.</p> <p>C4: _ É o que eu faço. Por isso faço desse jeito.</p> <p>P: _ Mas a colinha da bolsa não é tão forte como o esparadrapo.</p> <p>C4: _ Mas em outra ocasião eu não aguentava.</p> <p>P: _ Mas você pode umidecer com água morna.</p> <p>C4: _ Eu vou fazer uma experiência.</p> <p>P: _ Tenta tirar o éter da sua vida, porque não é uma coisa que você pode usar direto para trocar a bolsa.</p> <p>C4: _ Já aconteceu alguma coisa com você?</p> <p>P: _ Não, não. É o que eu aprendo com a profissão.</p> <p>C4: _ [risos] Estou brincando... só para descontrair.</p> <p>P: _ [risos] Então tenta para me contar depois como foi, ok? Já que o senhor tira com água morna... Mas tem gente que gosta de trocar com soro! Mas não tem tanta necessidade, com água mesmo vai fazer efeito!</p> <p>C4: _ Arram, arram...</p>	PAROU de utilizar o éter! Agora utiliza água morna sob o chuveiro para auxiliar na retirada da cola.
Não observa o tamanho do orifício da placa da bolsa pré-recortável antes de	<p>P: _ E na hora de colocar a bolsa? O senhor me contou que ela é pré-recortada, não é isso?</p> <p>C4: _ É.</p> <p>P: _ O senhor já reparou que tem que ver o</p>	Bolsa descartável usa em torno de um a dois dias e também utiliza a bolsa pré-recortável drenável, mas

acoplá-la.	<p>tamanho do estoma, tem que ficar bem rentinho...</p> <p>C4: _ Essa que estou usando, fica bem rentinho.</p> <p>P: _ É sempre bom observar isso. Porque pode variar o tamanho do estoma. Se ficar uma pele exposta, pode dar irritação. Você observa sempre que for trocar, observa o tamanho.</p> <p>C4: _ Dependendo do tamanho, posso trocar!</p> <p>P: _ Se não tiver, você pode recortar. Do senhor é bem redondinho (o estoma)?</p> <p>C4: _ É. O meu é muito prático. Por isso eu adaptei com ele.</p>	apesar de ser pré-recortável, AGORA sempre observa o tamanho do estoma.
<i>Realidade Observada do Cliente 05</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Baixa auto-estima e Isolamento.	<p>C5: _ Eu fiquei muito deprimido quando eu tive a conversa com o doutor. Eu ia a psicóloga daqui sempre às quartas-feiras. Eu não gosto de ficar num lugar onde tem muita gente... acho que todo mundo fica me olhando...</p> <p>P: _ Você tinha medo?</p> <p>C5: _ Eu tinha medo de ter uma resposta negativa. Esta semana vai ser aniversário da minha sobrinha. Quando chegar sábado, eu saio de casa. Eu procuro outra casa. Eu não quero mais ninguém não, sabe.</p> <p>P: _ Você não quer ficar na sua casa?</p> <p>C5: _ Não.</p> <p>P: _ Na verdade você não tem aonde ir?</p> <p>C5: _ Eu tenho a casa da minha avó e dos meus parentes.</p> <p>P: _ Por quê? Você não vive bem com a sua mãe?</p> <p>C5: _ Nãoooo... vivo com minha família, mas não gosto de ficar num lugar onde tem gente.</p> <p>P: _ Mas você acha que o pessoal vai te olhar de outra maneira?</p> <p>C5: _ é isso daí!!!</p> <p>P: _ Mas você pode utilizar um tipo de roupa que não dá para aparecer... Você acha que as pessoas tem muita curiosidade?</p> <p>C5: _ As pessoas têm. Na rua mesmo, as pessoas logo olham para minha camisa. Com os pensamentos deles: aquilo ali não está normal, ele tem alguma coisa. Eu tenho uma camisa que quando eu boto fica a marca do curativo certinho.</p> <p>P: _ Urrum, urrum...</p> <p>C5: _ Ficam com curiosidade.</p>	FOI ao aniversário da sobrinha. Relatou AUMENTO da auto-estima e REINSERÇÃO social. Relacionou isso à conversa que estabelecemos e à manutenção do equipamento coletor por mais dias.

	<p>P: _ Você não se sente bem assim, mas não pode olhar isso como se fosse uma coisa ruim. E que as pessoas que estão ali estão desdenhando de você... É curiosidade mesmo dela! Mas não é por mal, eu penso assim. Mas você tem que tentar conviver com isso, realmente é difícil. Depois que a pessoa passa por este tipo de cirurgia, realmente é difícil a pessoa inserir novamente na profissão, mas tem que tentar recuperar e viver o melhor possível. Quando você se sentir mal, quando as pessoas te olharem, tenta colocar uma camisa mais larga e mais longa, para disfarçar um pouco. Mas tem que ter cuidado com a sua ferida também. Tentar viver socialmente... Quantos anos tem sua sobrina?</p> <p>C5: _ Três anos.</p> <p>P: _ É claro que ela vai ter curiosidade, mas tenta conviver. Não é que falo para esconder, tem que tentar superar isso tudo. Se você começar a se esconder, vai só piorar, concorda comigo?</p> <p>C5: _ Urrum...</p> <p>P: _ Então tenta colocar uma roupa mais larga, adequada para as pessoas não perceberem. E até esquecer e conversar outras coisas. Você tem que ir superando a cada dia...Tem que levantar a cabeça, você não pode viver assim. Eu vejo que você está triste, entendeu? Tem que tentar superar... Claro que eu não sei que é difícil, pois graças a Deus não passei por isso. É claro que eu tenho que ficar preparada com essas alterações... Que alterações falo? Por exemplo: Da parte social, da parte física... o seu corpo está diferente! Alterações de todos os níveis... Sua vida familiar também... Eu percebi que não foi bom devido a isso... foi o que eu entendi. Mas tem que tentar superar, porque na verdade foi o que te salvou. Se não tivesse esse artifício, de colocar a bolsinha, como é que você iria eliminar as suas fezes? É para você sobreviver, tem que encarar e ir superando os obstáculos. Já como você não pode trabalhar como pedreiro, tente arrumar um outro tipo de serviço que você não pega peso, entendeu? Tente fazer uma atividade alternativa, nem precisa ser de trabalho. Mas para você desaparecer, não só ficar dentro de casa, entendeu?</p> <p>C5: _ Entendi!</p> <p>P: _ Porque vai te ajudando e ajuda também a você enfrentar melhor. Vai se</p>	
--	--	--

<p>Uso inadequado da barreira protetora de pele em pó. Não retira o excesso do pó antes de colar a bolsa.</p>	<p>cuidando para melhorar a sua auto-estima. P: _ Você disse que tem uma feridinha em volta do estoma... Você utiliza alguma coisa nesta ferida? E você tem umidade na pele por causa da ferida? C5: _ Tenho... E utilizava esse pozinho aqui (apontando para o produto sobre a mesa). Mas não utilizo mais... Porque eu boto isso daí e fica saindo, soltando a bolsa! P: _ Mas como você coloca esse pozinho? C5: _ Eu coloco em cima da ferida, vou jogando aos poucos e depois colo a bolsa... P: _ Mas não tem outra coisa que você faz nesse processo de jogar o pozinho... e depois de jogar, o que faz? C5: _ Colo a bolsa... P: _ Hummm... Não seria interessante então você retirar o excesso desse pozinho com uma gaze sobre a pele machucada, só fazendo um “ventinho” para sair o pó em excesso? (demonstração e explicação de o porquê e para quê fazer desta forma) C5: _ Hummm... Faz sentido!!! (sorriu)</p>	<p>AGORA está retirando o excesso da barreira protetora de pele em pó, consequentemente mantendo o equipamento coletor por mais dias. Disse que está durando até mais (mais de oito dias) do que é preconizado (em torno de três dias). Conversei dizendo que “demais também não é bom” e o porquê disso. Para ele deixar de 3 a 4 dias e trocar (refletimos sobre). Está se sentindo mais seguro também.</p>
<p>Não conhece a barreira protetora de pele em pasta, sendo considerado cliente apto a utilizá-la.</p>	<p>P: _ Você conhece a pastinha? C5: _ Não. P: _ A pastinha ajuda a nivelar e proteger a pele e na sua aderência também. Só que isto aqui (pozinho) tem a mesma finalidade...só que este pó é usado quando a feridinha tem umidade. A pasta você tem? C5: _ Não. P: _ Pior que eles já foram embora (funcionários)! C5: _ Amanhã eu posso vir! P: _ Amanhã você pode vir? C5: _ Posso! P: _ Então tá! Aí isso é o pozinho... você tem em casa. Você passa porque está vermelho, ferido, onde você cola a bolsa. Você tira o excesso do pozinho passando a gaze... Você também pode colocar a pomada porque dura mais tempo...Você pode usar essa pasta, sabe como? Você vai colar dentro da bolsa, no disco ou em sua pele (demonstração). C5: _ Isso! P: _ Aí você vai sem encostar e coloca aqui uma camadinha da pasta e vai e gruda... porque aí vai grudar e ficar mais tempo grudada a bolsa... entendeu? C5: _ Entendi. P: _ Você pode sem problema nenhum utilizar o pozinho e a pastinha, tá? Porque também vai ajudar a cicatrizar a sua pele.</p>	<p>AGORA está utilizando a pasta protetora devidamente e até consegue avaliar!!! ALCANÇOU a autonomia do seu cuidado!!! Disse que utilizou e não está mais utilizando a pasta porque a ferida já está “sequinha” e o equipamento durando mais tempo!</p>

	<p>O pó que você tem em casa... mas a pastinha você não tem, não é isso? Amanhã eu vou estar aqui também...</p> <p>C5: _ Amanhã você vai estar aqui na parte da manhã?</p> <p>P: _ Vou estar a partir das dez horas da manhã.</p>	
<p>Não mede o estoma frequentemente antes de recortar a placa da bolsa. Estabele e fixa determinada medida, seguindo uma mecanicização contínua desta prática com a mesma numeração de recorte dada pelo enfermeiro (molde).</p>	<p>P: _ Você utiliza a bolsinha da marca y... ela vem cortada ou tem que cortar do tamanho?</p> <p>C5: _ Ela tem que cortar do tamanho.</p> <p>P: _ E como você faz?</p> <p>C5: _ No caso eu panho aqui, no dois. Tá vendo...</p> <p>P: _ Urrum, urrum...</p> <p>C5: _ Venho até o 44... não só sigo esta linha e aí chego um pouco para frente.</p> <p>P: _ Você faz isso porque tem o molde?</p> <p>C5: _ Eu tenho o molde.</p> <p>P: _ Quem te deu o molde?</p> <p>C5: _ O enfermeiro.</p> <p>P: _ O enfermeiro x?</p> <p>C5: _ é.</p> <p>P: _ Ainda você continua com o mesmo molde ou tem que estar sempre medindo?</p> <p>C5: _ Não, tenho o mesmo molde.</p> <p>P: _ Eu queria só te falar para você ficar sempre atento para este recorte que você faz. É necessário que esteja sempre rentinho.</p> <p>C5: _ Tá.</p> <p>P: _ Porque se tiver, por exemplo, se você cortar muito grande, as fezes vão sempre ter contato com a pele. Porque quando as fezes sair... isso é para não ter contato das fezes com a sua pele.</p> <p>C5: _ Entendi!</p> <p>P: _ Mas o que você pode fazer: pode utilizar a régua... porque o seu estoma é irregular, né? Assim, pode também usar um pedacinho de plástico transparente e com uma canetinha você faz o risco e corta antes de colocar a bolsinha.</p> <p>C5: _ Sei como...</p> <p>P: _ Quanto mais rente ficar, você evita complicações, entendeu?</p>	<p>AGORA mede o estoma frequentemente antes de recortar a placa da bolsa.</p>
<p>Nem sempre utiliza sabonete para a higienização necessária na troca da bolsa coletora.</p>	<p>P: _ (...) Você também utiliza algum sabonete?</p> <p>C5: _ Às vezes utilizo quando está muito gorduroso...</p> <p>P: _ Que tipo de sabonete é?</p> <p>C5: _ Sabonete normal...</p> <p>P: _ Você faz isso às vezes ou sempre?</p> <p>C5: _ Às vezes...</p> <p>P: _ Você pode utilizar o sabonete normal, mas geralmente a gente indica o neutro.</p>	<p>AGORA está utilizando sabonete para higiene e consequente troca.</p>

	<p>C5: _ Sei qual.</p> <p>P: _ É bom que seja neutro, mas se você não tiver dinheiro para comprar pode usar o normal. Como você falou que nunca teve problema... tudo bem. Mas sempre que for trocar a bolsa, tente usar o sabonetinho para poder lavar. Mas assim, você tem mais alguma dúvida?</p> <p>C5: _ Não.</p>	
Não pratica o banho de sol.	<p>P: _ Sempre quando você fizer essa troca, tente trocar pela manhã. Tente tomar um solzinho alguns minutos, só para dar uma refrescada na pele. (explicação do porquê tomar o banho de sol e como) Você tem alguma dúvida, quer falar mais alguma coisa?</p> <p>C5: _ Não, não... Só essa bolsa aqui (apontando para uma bolsa de colostomia infantil) o material dela é o mesmo?</p> <p>P: _ É o mesmo. Só que esta aqui é própria para criança. Só que essa aqui é de recém-nascido. Aqui tem criança pequenininha...</p> <p>C5: _ Que usa isso?</p> <p>P: _ É...</p> <p>C5: _ No caso dele foi o que?</p> <p>P: _ Geralmente é mal formação congênita. Por exemplo: não formou o reto. Geralmente é disso, entendeu?</p>	AGORA está fazendo o banho de sol.
<i>Realidade Observada da Cliente 06</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Não mede o estoma antes de recortar a placa da bolsa coletora.	<p>P: _ (...) A sua bolsa você tem que recortar, não é isso?</p> <p>C6: _ Isso!</p> <p>P: _ E como é que você recorta? Você tem um molde, como é que é?</p> <p>C6: _ Eu já tenho a numeração, identifico aqui, já tenho a tesourinha própria pra isso. Antes de eu entrar no banho eu já levo tudo cortadinho pro banheiro, porque o banheiro é so meu mesmo, meu marido tem o dele e eu tenho o meu... aí já levo pro banheiro o que vou usar, e ali mesmo eu fico e só saio dali quando tiver tudo pronto!</p> <p>P: _ urrum.. E a senhora acha que fica bem rentinho o seu estoma?</p> <p>C6: _ Fica! (convicta)</p> <p>P: _ Fica?! Porque isso que eu ia falar pra senhora, você disse que sempre recorta no 25, mas é bom que sempre observe o tamanho, porque o tamanho do estoma pode variar, ficar um pouquinho maior ou menor...</p> <p>C6: _ urrum... o meu fica menor...</p>	AGORA está medindo sempre (com a régua que vem na caixinha da bolsa coletora marca y) o tamanho do estoma para posterior recorte. Disse que parou de infiltrar as fezes sob a placa. Está sempre observando o tamanho...

	<p>P: _ Então... sempre antes de colocar... (explicação do recorte da placa, o porquê de tudo...)</p> <p>C6: _ é... vou procurar fazer o que você está falando porque realmente tem lógica!</p> <p>P: _ Não tem?!!! Então a sra tem a reguinha em casa?</p> <p>C6: _ tenho!</p> <p>P: _ O seu é redondinho certinho?</p> <p>C6: _ É certinho...</p> <p>P: _ Então tem a reguinha ou se a senhora quiser também pode pegar um plástico transparente (explicação)</p> <p>C6: _ Ahhh!!! Não tinha pensado nisso não! [risos]</p> <p>P: _ Explicação de novo! [risos]</p> <p>C6: _ Mas estou pensando aqui que nunca fiz isso com a régua, é só no 25 mesmo e pá, pum!</p> <p>P: _ Pois é... então a senhora tem que atentar para essas coisas... não é?</p> <p>C6: _ Pois é...</p> <p>P: _ Porque é muito importante, porque aí você evita complicação no futuro... (explicação).</p>	
<p>Esfrega a pele periestoma com toalha frásqueira após o banho para a retirada da cola remanescente.</p>	<p>P: _ Qual é a temperatura da água?</p> <p>C6: _ Morna. Essa bolsa que estamos usando agora... todo mundo está reclamando! Tem bem uma cola... só falta arrancar a pele da gente!</p> <p>P: _ Qual você utiliza? Da marca x ou da marca y?</p> <p>C6: _ Da marca y. É terrível! Não... é essa parte aqui do paninho. Você acredita que quando vai tirar, o paninho fica na pele da gente... É tanta cola!</p> <p>P: _ Mas a senhora não procura molhar...?</p> <p>C6: _ Molho! Vou passando o sabonete neutro... A água quanto mais quente for, vai ajudando... É de ficar tudo vermelho!</p> <p>P: _ Está vermelho?</p> <p>C6: _ Agora não, só quando eu troco.</p> <p>P: _ Mas a senhora força?</p> <p>C6: _ Tenho que forçar... Depois que saio do banho tenho que pegar uma toalha frásqueira porque na água não sai.</p> <p>P: _ Isso que eu queria falar! Não é bom forçar para retirar a cola. Tem até um produto da marca z que ele ajuda a tirar a cola, entendeu? Mas aqui não é dado não. A enfermeira x, que está indo nas casas das pessoas, acho que ela tem esse produto. Você coloca e tira a cola rapidinho! Entendeu? Só que a gente fala para ir com a água morna e tirar bem devagarzinho, aos poucos. Quando ficar com um pouco</p>	<p>NÃO está esfregando mais para retirar a bolsa. Retirando lentamente com água morna sob o chuveiro (disse que quando fazia esfregando chegou a sangrar, mas agora tudo ok).</p>

	<p>de cola, mesmo tentando desta forma, não tentar tirar. Isso pode prejudicar a pele. Imagina se todas as vezes você tirar forçando!</p> <p>C6: _ Eu tenho vontade de tirar isso daqui (relacionando-se ao adesivo microporoso do equipamento).</p> <p>P: _ Pode ser, tem umas bolsas dessas, que isso daqui (placa) é maior.</p> <p>C6: _ Eu queria tirar.</p> <p>P: _ Pode tirar. Você sabe que quando a gente estuda, essa parte mais fina da cola (adesivo microporoso) que causa mais a irritação, quando fica vermelho. Isso daqui (placa) já protege mais a pele. Tão é que umas bolsas têm isso daqui purinho (sem adesivo micropore). Não tem essa parte mais fininha em volta!</p> <p>C6: _ Essa bolsa, tem um mês que estou usando dela. As minhas geralmente eram de outra, ela era mais curta.</p> <p>P: _ Era da marca y?</p> <p>C6: _ Não lembro... Era uma beleza!</p> <p>P: _ Tinha essa parte aqui dentro, dava pra drenar? E fechadinha aqui para drenar embaixo?</p> <p>C6: _ É.</p> <p>P: _ Tinha isso aqui em volta, realmente.</p> <p>C6: _ Ela tinha o paninho em volta, só que não tinha tanta cola! Não ficava nada. Eles (profissionais do núcleo) falaram que não tinha mais dela.</p>	
<p>Não retira o excesso da barreira protetora de pele em pó antes da colagem da bolsa coletora.</p>	<p>P: _ Quando está irritada (pele), como faz para colocar o pozinho?</p> <p>C6: _ Eu boto um pouquinho no pano, vou passando e depois passo o dedo em volta. Tem que estar bem seco! Se ficar molhado, fica igual um grude.</p> <p>P: _ Isso que eu ia falar: Esse pozinho é usado quando está com irritação na pele com umidade. Quando começar a dar um liquidozinho próprio da ferida da pele, aí você coloca. Não sei se você já reparou! Esse pozinho se aglomera onde está a umidade. E como pode fazer? Colocar o pozinho sobre o local irritado e com uma gaze passar bem de leve só para retirar o excesso...</p> <p>C6: _ Uhmmm... ah tah!</p> <p>P: _ Entendeu? (explicação do porquê da retirada do excesso e do uso, demonstração também).</p>	<p>RETIRANDO o excesso da barreira protetora de pele em pó. Fazendo adequadamente, sem problemas.</p>
<p>Utiliza a bolsa coletora colada na pele em uma</p>	<p>C6: _ (...) aí algumas pessoas falam que a bolsa tem que ser reta, não tem que ser reta! Foi o que eu me adaptei...</p> <p>P: _ Pois, é, foi uma adaptação sua, né?</p>	<p>MANTÉM a bolsa coletora a 45° (pertinente).</p>

<p>inclinação de 45°.</p>	<p>Mas que não está causando nenhum pejuízo... eu gostei porque ela não fica totalmente de lado, ela fica um pouquinho inclinada, então, com a ação da gravidade, as fezes ficam retidas ali. Realmente embaixo, né, se a senhora acostumou assim, eu gostei.</p> <p>C6: _Eu quase morde o senhor enfermeiro x aqui porque ele queria porque queria que eu usasse essa bolsa pra baixo! Foi onde começou... “ahhh a gente usando de um jeito é muito bom, queria ver você ostomizado usando do jeito que eu uso! Uma coisa é a teoria, outra coisa é a prática, você está falando com uma ostomizada... mas, graças a Deus você não é ostomizado!”</p> <p>P: _ Bateu o pé, né! Mas eu gostei dessa adaptação sua! É o que eu falo pra todo mundo, a gente tem que ver as coisas de uma forma individualizada também... você é uma ostomizada, o outro é outro, cada um tem a sua cultura, tem seus limites... se não está te prejudicando, eu... pra mim, tudo bem! Eu estava só preocupada quando você falou: _coloco de lado. Mas coloca de lado como? Mas como fica inclinado e as fezes caem no fundo sem acumular na parte de cima, tudo bem! Entendeu? (...)</p>	
<p><i>Realidade Observada da Cliente 07</i></p>	<p><i>Orientações Dialogadas</i></p>	<p><i>Repercussões no Domicílio</i></p>
<p>Depende da cunhada somente para colar a bolsa coletora na pele.</p>	<p>P: _Aí está na hora de colocar como a senhora faz... e a sua cunhada. Vamos tentar fazer?</p> <p>C7: _ Eu estou deitada, na cama, e ela coloca.</p> <p>P: _ Como ela coloca? De baixo para cima? A senhora já reparou?</p> <p>C7: _ Eu acho que ela tem mania de começar aqui do lado...</p> <p>P: _ É?</p> <p>C7: _ É.</p> <p>P: _ E ela vai com o clampezinho fechado ou ela coloca depois?</p> <p>C7: _ Não, ela coloca depois.</p> <p>P: _ Ela só põe a bolsa?</p> <p>C7: _ É. Eu coloco, eu gosto.</p> <p>P: _ Enche de ar nada, tudo certinho...</p> <p>C7: _ Tudo certinho.</p> <p>P: _ Tudo certinho, aí ela coloca. Mas eu queria que a senhora tentasse colocar. Fazer essa experiência amanhã. Tomar banho de sol...</p> <p>C7: _ Mas eu faço o quê? Deitada</p>	<p>Está fazendo todos os cuidados de manutenção, inclusive colar a bolsa. NÃO depende mais da cunhada. Disse que com a nossa “conversa”, criou coragem, foi criando coragem... disse: - Um alívio! (Independência) Falou em efeito psicológico da nossa “conversa”.</p>

	<p>também?</p> <p>P: _ A senhora quem sabe. Em pé ou deitada. A senhora tem que esticar bem a pele para não poder ficar nada grudado.</p> <p>C7: _ A gente faz como? Eu pego e faço assim: na hora que estiver tudo preparadinho, eu vou ter que olhar para o buraquinho...</p> <p>P: _ Isso...</p> <p>C7: _ Tenho que acertar o buraquinho certinho, não é isso?</p> <p>P: _ É isso... tentar colocar. Já pensou não depender de ninguém!? Não é uma coisa boa!?</p> <p>C7: _ Às vezes a pessoa está viajando, tem que ficar dependendo...</p> <p>P: _ Pois é!!! Imagina!??</p> <p>C7: _ Aí tenho que ficar com a bolsa ou trocar agora...</p> <p>P: _ Repetindo... em pé ou deitada a senhora vai, pode até deixar meio tiradinho para ajudar né...</p> <p>C7: _ Urrum...</p> <p>P: _ Aí a senhora, de baixo para cima, começa a colocar...</p> <p>C7: _ Urrum... de baixo para cima.</p> <p>P: _ Isso... e a senhora começa a colocar, gruda. E a senhora tira o adesivo em volta e gruda mais um pouco. E faz a adaptação do vãozinho...</p> <p>C7: _ Então eu tenho que colocar no buraquinho...</p> <p>P: _ Isso.</p> <p>C7: _ Aí eu venho colocando de baixo para cima e cola... que bom menina!</p> <p>P: _ Aí em volta tira isso daqui (demonstração) e cola mais um pouquinho para alinhar, bonitinho...</p> <p>C7: _ Eu vou tentar amanhã...</p> <p>P: _ Isso aí!!! Aí a senhora me conta!</p> <p>C7: _ Háaaaaaaa...</p> <p>P: _ Tenta fazer amanhã... aí a adaptaçãozinha a senhora pode continuar fazendo.</p> <p>C7: _ é, eu tenho em casa ainda.</p>	
<p>Não mede o tamanho do estoma sempre antes de recortar a placa da bolsa coletora. Estabelece e fixa determinada numeração do estoma ora dada, praticando</p>	<p>C7: _ Tem coisinha (régua) dentro da caixinha. Ela (cunhada) mede direitinho e passa a caneta em volta aqui (disco). Ela vem cortada, vem 25.</p> <p>P: _ Mas ela sempre mede antes de estar recortando?</p> <p>C7: _ Mede. Ela coloca outra e vai cortando...</p> <p>P: _ Ahh sim! Isso é importante colocar para a senhora porque o estoma pode alterar o tamanho. Vamos dizer assim...</p>	<p>SEMPRE medindo antes de recortar.</p>

<p>o recorte sempre com a mesma medida.</p>	<p>ahh eu tenho um molde que o enfermeiro me deu na consulta. Vou utilizar para sempre? Não. É bom que sempre antes de colocar, observar o tamanho do estoma e medir, porque....</p> <p>C7: _ Tem que botar aqui, para poder... é isso que você quer dizer?</p> <p>P: _ Isso! Na reguinha! Se a senhora observar que não tem uma medida direito...</p> <p>C7: _ Tem bastante tempo que está 25.</p> <p>P: _ Então tem muito tempo, né? Com 25... A senhora pode também medir com um plástico transparente, coloca ali e com uma canetinha, por cima, faz o molde. Na hora de recortar, coloca em cima da bolsa. É muito importante essa medida antes do recorte... Não sempre utilizar o molde... Pode ter mudança no tamanho...</p> <p>C7: _ Ahh sim!</p> <p>P: _ é muito importante que fique bem rentinho da pele. Por quê? Vamos dizer que aqui tem o estoma redondinho (demonstrando sobre a mesa), se a senhora cortar maior, o que vai acontecer, vai ficar pele exposta, essa pele vai entrar em contato com as fezes e pode irritar... Tem que ficar bem rentinho. Essa parte grossinha da cola (disco) protege a pele e se ficar para o lado de fora assim, essa pele exposta, mesmo dentro, pode ser que entre fezes e comece a ferir.</p> <p>C7: _ Acontece mesmo!</p> <p>P: _ Então é muito importante que faça esta medida, a senhora concorda comigo?</p> <p>C7: _ Concordo! É o que acontece! Isso mesmo! Tem vez que entra...</p> <p>P: _ Então, tem sempre que estar medindo e essa beradinha grossa protege, tem substância que ajuda a proteger, entendeu?</p> <p>C7: _ Tem que medir todos os dias?</p> <p>P: _ Quando for trocar, é bom medir porque pode ter alteração de tamanho. Se usar sempre o moldezinho pode ter alguma alteração de tamanho e deixar a pele exposta. Aí entra as fezes ali e faz a festa! Para evitar complicação no futuro. Todo detalhe que a senhora atentar, é importante! Estar evitando qualquer tipo de complicação.</p> <p>C7: _ Sei.</p>	
<p>Dermatite instalada e dor na região periestomal proveniente desta. Não</p>	<p>P: _ Tem esse pozinho, é um pozinho que é protetor e cicatrizante da pele. É para esses casos mesmos... Ele é utilizado quando tiver essas irritações mesmo! Quando esta irritação está úmida, a gente joga esse pozinho... tem que aglomerar</p>	<p>AVALIANDO o uso da barreira protetora de pele em pó. Usou adequadamente e melhorou a dermatite (disse que está sequinha!).</p>

<p>conhece a barreira protetora de pele em pó e em pasta.</p>	<p>onde está a umidade, aí a senhora vai com uma gaze e só tira assim (demonstração) o excesso, tá? Para evitar que esse excesso não deixe a bolsa colar direito. Esse também é muito utilizado. Tem também uma pastinha, ela também é protetora. É para esse caso também, mais para ferida sem umidade. Mas a senhora pode usar junto, os dois produtos, aí depende do caso (expliquei). Essa pastinha é usada para nivelar a pele e para irritação na pele, para firmar bem a bolsa na pele. É tipo um cimentinho que gruda na pele.</p> <p>C7: _ Urrum, urrum...</p> <p>P: _ Aí, por exemplo, se estiver irritado, com aguinha, a senhora pode utilizar...</p> <p>C7: _ A pomadinha quando não está com aguinha e o pozinho quando estiver com aguinha saindo.</p> <p>P: _ Isso! Quando estiver muito irritado, com aguinha saindo, a senhora ver que está bem crítico, pode utilizar os dois juntos. Começa a retirar um e depois a senhora retira o outro produto. Até melhorar...</p> <p>C7: _ Nossa!!! Por que o enfermeiro não me falou isso!!!</p> <p>P: _ Não sei. Às vezes no dia não estava mesmo precisando ser utilizado.</p> <p>C7: _ É, É... Do jeito que eu fiquei!</p> <p>P: _ Isso é dado aqui!</p> <p>C7: _ Que bom, menina.</p>	<p>AGORA, sem dor também ao colar a bolsa.</p>
<p>Utiliza a solução desodorante, porém indaga sobre detalhes de utilização.</p>	<p>P: _ A senhora utiliza algum produto? Como a senhora faz?</p> <p>C7: _ Coloco isso (apontando para o produto sobre a mesa: CH3-) assim: um pouquinho no fundo da bolsinha para poder descer rápido as fezes.</p> <p>P: _ Isso aqui é uma solução desodorizante, para diminuir o odor das fezes, e higienizante, mata as bactérias e lubrifica.</p> <p>C7: _ Não tem problema lavar e botar por cima? Tenho medo por causa de aumentar a assadura...</p> <p>P: _ Até que não.</p> <p>C7: _ Não tem nada a ver não?</p> <p>P: _ Não, você pode até balançar, porque é tipo um detergente, você pode jogar...</p> <p>C7: _ Pode lavar a bolsa toda?</p> <p>P: _ Não tem não...</p> <p>C7: _ Arram, arram...</p> <p>P: _ Tem que ter cuidado para manter o recorte bem juntinho, para não ter pele exposta, nada. A senhora só vai ter que lavar direitinho. A senhora pode colocar assim: ½ tampinha do produto mais ½</p>	<p>ESTÁ USANDO a solução desodorante – gostou. Disse que deixa mais lubrificada a bolsa.</p>

	<p>tampinha de água. A senhora joga dentro da bolsa, tira o excesso e fecha.</p> <p>C7: _ ahhh sei!</p> <p>P: _ E também fica lubrificado. Por exemplo, essa bolsa aqui é plástica, não é?</p> <p>C7: _ é.</p> <p>P: _ Tem perigo de colabar também... (...)</p>	
<i>Realidade Observada do Cliente 09</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
<p>Usa a bolsa coletora para urostomia com defeito e não consegue deixá-la acoplada à pele no tempo estipulado.</p>	<p>P: _Aí no caso da troca da bolsa o senhor faz de quanto em quanto tempo?</p> <p>C9: _Isso foi bom você falar, porque essas bolsas me atrapalham porque eu boto ela de manhã e tá arriscado ela sair à tarde...</p> <p>P: _Eu posso dar uma olhadinha?</p> <p>C9: _Pode, mas não é essa não, essa aqui já é um outro tipo que apareceu, mas da mesma marca, ela cria um negócio aqui, a outra é diferente, mas acabou o estoque...</p> <p>P: _O senhor usa fechada? Ahh não, tem aqui uma...</p> <p>C9: _Tem tipo uma torneirinha, encheu, eu vou ali e solto, mas essa aqui tem um problema, ela deu pra encher a urina e eu fico sufocado, já a outra que eu usava é pior, ela não faz isso, mas por outro lado ela descola, aí você bota de manhã, quando chega na hora do almoço ela descolou.</p> <p>P: _Essa aí é da marca z?</p> <p>C9: _Não</p> <p>P: _É da marca y?</p> <p>C9: _É da marca y...</p> <p>P: _O senhor tá achando que não tá drenando a urina pra baixo?</p> <p>C9: _É...</p> <p>P: _Porque a gente sabe que a bolsa de urostomia tem essas válvulas de refluxo, que se o senhor colocar pra cima, a urina não vai entrar em contato com o estoma, faz essa experiência aí, ela não volta né?</p> <p>C9: _Mas essa aqui volta.</p> <p>P: _Então tem algum problema nessa bolsa...</p> <p>C9: _Eu ia até falar isso com o enfermeiro hoje, porque ela tá prendendo e me deixando sufocado, porque a outra não era assim, eu tinha uma dessa aqui, só que acabou...</p> <p>P: _A mesma bolsa?</p> <p>C9: _A mesma bolsa, só que com algumas coisas diferentes, e ela não prende...</p> <p>P: _É de outra marca?</p> <p>C9: _Não, da mesma.</p> <p>P: _Só que outro tipo.</p>	<p>AGORA, usa bolsa de duas peças da marca z. Troca de 7 em 7 dias, mais ou menos de 2 em 2 dias troca a parte de fora, acoplada ao sistema. Mantendo a bolsa coletora fixa à pele em tempo estipulado de acordo com o equipamento.</p>

	<p>C9: _É, ela é toda branca.</p> <p>P: _Essa aqui é transparente.</p> <p>C9: _E a outra não dá mal cheiro, essa aqui dá, mas não tem nenhuma.</p> <p>P: _Acabou?</p> <p>C9: _Acabou da outra, só que essa aqui dura uns três dias e a outra não dura nem 50 minutos às vezes.</p> <p>P: _Sabe o que está acontecendo aí, essa válvula não está funcionando, a gente fez a experiência, toda bolsa de urostomia tem que ter essa válvula... faz de conta que essa aqui é uma bolsa de urostomia, quando você faz isso a urina não pode passar essa barreirinha aqui, essa aí tá ultrapassando, já começa errado, isso é falha no equipamento, outra coisa, isso aqui tá bem rentinho, tá bonitinho porque o senhor corta, mas... eu posso dar só uma olhadinha aqui?</p> <p>C9: _Pode...</p> <p>P: _Essa aqui é retinha, mas seu estoma não está estufado pra fora, como eu te mostrei naquela foto, está?</p> <p>C9: _Está, ele fica estufadinho, ele se tirar ele fica certinho.</p> <p>P: _Mas ele não tá vazando pra dentro não tah?</p> <p>C9: _Eu acho que não...ele fica bem coladinho, eu faço o corte direitinho, mas eu acho que tem alguma coisa de anormal aqui, porque a outra não faz isso, ela não sobe e essa aqui sobe...</p> <p>P: _Mas essa aí não tá descolando?</p> <p>C9: _Não descola.</p> <p>P: _Mas o senhor acha que é o que o problema, o senhor reparou alguma coisa diferente?</p> <p>C9: _A outra é simplesmente ruim, eles já provaram aqui que o material é um dos piores, mas tem gente que se dá muito bem, mas no meu caso que o meu é urina, a urina pra mim só ficou presa quando eu usei da marca z, apesar de terem pedido pra mim a da marca n, dizem que é muito boa, mas eu nunca usei pra ver se ela emplaca assim.</p> <p>P: _Mas ele já pediu o material?</p> <p>C9: _Sim, ele pediu, mas esse negócio da prefeitura tá tudo enrolado, e isso aqui é uma bomba!</p> <p>P: _Porque na verdade, o senhor tá fazendo os cuidados direitinho pelo que eu percebi... (...)</p>	
Utiliza esparadrapo para	P: _Aí você falou que já usou a pastinha e essa fitinha adesiva...	NÃO está colocando mais

<p>fixação da bolsa coletora.</p>	<p>C9: _Já usei, mas não segura. Sabe outra coisa que eu uso e às vezes fere a pele, é o esparadrapo. Eu compro daquele hipoalérgico e boto por cima... P: (explicação do não uso do esparadrapo para segurar a bolsa e para tentar usar o adesivo fixador porque foi feito próprio pra isso).</p>	<p>esparadrapo.</p>
<p>Não mede o tamanho do estoma sempre antes de recortar a placa da bolsa coletora. Estabelece e fixa determinada numeração do estoma, praticando o recorte geralmente com a mesma medida.</p>	<p>C9: _Bem devagarzinho, eu sempre fui devagar com essas coisas, limpo direitinho, tenho uma toalhinha, enxugo, depois que tá bem enxuto, eu pego a caixinha, abro ela, corto direitinho, aliás, eu já levo ela cortada pra lá, já tiro aquela planta... P: _Mas já tem uma medida? C9: _Tem, geralmente é de 25 que eu boto. P: _Mas é isso que eu queria falar com o senhor, porque geralmente o estoma muda um pouquinho de tamanho , então é sempre bom medir, porque ele tem que ficar bem rentinho à pele, porque se o senhor cortar maior, essa urina pode entrar em contato com sua pele, ainda mais que essa bolsa não está segurando a urina na hora que ela volta, pode entrar em contato com a pele e começar a ferir, então o senhor tem que cortar sempre rentinho. C9: Foi bom você lembrar disso, porque a outra eu cortava sempre rentinho, mas minha esposa faz sempre o acompanhamento, porque ela é muito preocupada comigo, aí ela achou que era melhor abrir mais um pouquinho, mas eu falei com ele que se abrisse tava dando mau cheiro, mas eu achei que ele diminui com o tempo, nunca aumentou, mas aí eu só coloco 25 porque dá certinho pra mim, tanto que na outra eu diminui um pouquinho, eu vou de acordo mesmo, mas ela não sai disso, a média dela é 25. P: É a média, mas isso que eu estou querendo colocar pro senhor, porque o senhor tem que estar sempre medindo, o senhor não disse que ela diminui um pouquinho, então é importante por causa disso, porque se ela entrar em contato com a pele do estoma, pode começar a ferir, então é necessário que para o senhor evitar complicações futuras, cortar sempre rentinho. O senhor já mediu alguma vez? C9: _Eu meço, porque sempre quando a gente leva a receita, tem um negócio pra medir. Mas eu já habituei que é 25 então tanto faz eu medir ou não, porque eu já sei que é 25, porém essa que eu estou usando</p>	<p>TODA VEZ mede antes de recortar.</p>

	<p>eu estou botando a maiorzinha, eu devia ter perguntado isso ao enfermeiro, agora que você tá me alertando, porque a enfermeira quando foi lá em casa ela me orientou a colocar bem justinho, mas eu e minha esposa achamos que estava muito justinho e resolvemos colocar maiorzinha, mas eu acho que melhor é justinho.</p> <p>P: _Isso mesmo, então antes do senhor cortar o senhor vai e mede, a sua é a redondinha né!?</p> <p>C9: _Isso...</p> <p>P: _Então o senhor vai e mede ali, mas se o senhor não tiver hábito de medir com a régua, o senhor pode fazer com um plástico transparente, o senhor coloca em cima e com uma canetinha o senhor vai e mede, aí você coloca aqui o plástico, faz o risco aqui e corta, isso se o senhor tiver dificuldade de usar isso aqui, mas isso aqui dá certinho porque o do senhor é redondinho né!?</p> <p>C9: _Dá sim... Então o ideal é ficar bem rentinho né?</p> <p>P: _É sim, porque a urina é ácida, então imagina isso em contato com a pele toda hora, porque já tem a cola, apesar de que essa parte durinha aqui da bolsa até ajuda no cuidado com a pele, mas é uma coisa que está ali abafando a pele, imagina só, você cola, cola, cola e ainda tem mais urina ali em cima da pele!</p> <p>C9: _É verdade...</p> <p>P: _Então eu acho que seria bom, sempre que o senhor for trocar, fazer essa medida.</p> <p>C9: _Eu vou fazer isso...</p> <p>P: _Porque se o senhor ficar fazendo sempre a 25 pode dar uma diferença, e nessa diferença pode ser que entre urina ali, e isso também pode estar interferindo também até na retirada da bolsa, porque o senhor falou que ela está soltando com facilidade, pode ser porque ela está entrando em contato com esse disco, aí fica sempre molhando aí acaba ficando solta.</p> <p>C9: _Mas veja bem, a outra que eu coloco sempre certinha, ela às vezes vaza até com 45min, mas a outra já acabou, essa aqui eu sempre coloco uma abertura maiorzinha, não sei porque eu optei por isso, e ela demora mais, 48 horas.</p> <p>P: _Mas não deve ser por conta disso, deve ser por conta do material da bolsa, porque a outra o senhor até falou que era mais fraquinha.</p> <p>C9: _É verdade.</p>	
--	--	--

	<p>P: _Então o senhor tem que levar tudo isso em consideração, porque essa entradinha da urina pode estar influenciando na cola, porque por exemplo, isso aqui cola aqui e aqui tem um estoma, se o senhor deixar aberto, vai entrar na pele, essa parte da cola não está em contato com a pele!?</p> <p>Começa como se fosse uma infiltração de uma parede, aí ela vai começar a descolar, além do prejuízo da pele, porque a urina é ácida.</p> <p>C9: _Por isso que é sempre bom conversar, porque eu vou aprendendo!</p> <p>P: _Por isso que eu peço sempre pra pessoa falar detalhadamente como que ela cuida, porque é nesses detalhes que pode ter uma complicação futura.</p> <p>C9: _É verdade...</p>	
<p>Indeciso sobre a utilização da barreira protetora de pele em pasta e seus efeitos terapêuticos.</p>	<p>P: _Certo, mas o senhor não falou da pastinha, o senhor disse que sempre usa a pastinha não é? Aí como o senhor faz, antes de colar a bolsinha o senhor...</p> <p>C9: É, eu já chego com ela no banheiro cortada, às vezes eu corto duas porque eu já sei que é problemático, aí depois que eu tomei banho, já está tudo lavadinho, eu tiro isso aqui, abro ela, aquele papelzinho em cima, vou naquele lugarzinho e coloco um filetezinho, se precisar às vezes apertar com o dedo um pouquinho eu aperto, senão às vezes que eu boto certinho, não deixo engrossar muito, deixo aquele altinho...</p> <p>P: _E na mesma hora o senhor vai e cola?</p> <p>C9: _Aí dou uma sopradinha, vejo se tá limpinho porque às vezes pode urinar, aí eu dou outra limpeza, aí depois eu vou no lugar e coloco.</p> <p>P: _Essa sopradinha, muitas pessoas já me falaram dela, porque essa pastinha tem álcool, aí é bom quando a gente colocar assim em volta esperar de 30 a 40 segundos pro álcool evaporar um pouquinho, mas aí essa sopradinha ajuda o álcool evaporar...</p> <p>C9: _É, eu vi o enfermeiro fazendo comigo, por isso eu fiz também, mas eu devia ter perguntado, mas eu não sou curioso, aí deixei pra lá.</p> <p>P: _Essa sopradinha é mais pra ajudar a retirar esse álcool, porque ele em contato com a pele com dermatite pode ser que arda, por isso que a gente tem que esperar, mas não pode demorar muito não porque se não endurece... e quando o senhor uso o pozinho?</p>	<p>AVALIOU que vai parar de usar a pasta: “sem necessidade”. Coloca agora uma porção bem “fininha”, mas vai experimentar sem – avaliou.</p>

	<p>C9: _Só no caso de trocar muito, por exemplo trocou de manhã e trocou à tarde, aí no outro dia ele pode machucar aí eu coloco o pó, dou uma sopradinha, aí depois eu coloco a bolsa.</p> <p>P: _Então o senhor coloca só quando dá o machucadinho, mas o senhor dá a sopradinha por quê?</p> <p>C9: _Porque eu fico com medo do pozinho ficar entranhado aqui e dar uma abertura pra urina sair.</p> <p>P: _Tá certo, porque esse pozinho tem a mesma função da pastinha, mas essa pastinha é usada mais para nivelar a pela e ajudar na adesão da bolsa e ajudar também a proteger a pele e esse pozinho ele tem a mesma função, só que ele é usado quando esse machucado tá um pouco úmido, porque quando ele tá um pouco úmido, o senhor coloca esse pozinho e ele fica mais aderido onde tá úmido, e essa sopradinha é na verdade pra poder tirar o excesso do pozinho, a gente orienta a tirar com uma gaze só por cima, até a sopradinha você consegue tirar o excesso, porque senão ela pode dificultar na colagem da bolsa, mas o senhor pode até usar os dois juntos quando for utilizar.</p> <p>C9: _Posso fazer uma pergunta?</p> <p>P: Pode...</p> <p>C9: _Eu poderia usar a bolsa sem colocar isso aqui?</p> <p>P: _Poderia.</p> <p>C9: _Não fica mais fácil de vazar não?</p> <p>P: _Como o senhor falou que tá descolando mais fácil, então como eu falei, ela ajuda a nivelar, colar e proteger a pele, você pode até fazer um teste de não utilizar porque o senhor falou que não tá vermelho em volta então o senhor pode tentar uma vez sem utilizar essa pastinha, porque ela só é indicada nesses casos, quando tá com dermatite, às vezes a pessoa não tem o abdômen todo plano aí ela ajuda no nivelamento, mas não tem a necessidade.</p> <p>C9: _O meu abdômen é meio altinho.</p> <p>P: _Ele é meio arredondado, mas é reto na pele né?</p> <p>C9: _É...ele é certinho.</p> <p>P: _Então o senhor pode tentar, faz um teste.</p> <p>C9: _É...um dia que eu não for sair eu for ficar em casa...</p> <p>P: _Mas é assim, não tem a necessidade, como tá descolando pode utilizar só pra ajudar na aderência, mas se quiser pode</p>	
--	---	--

	fazer um teste de não utilizar, porque o senhor não tem machucado nenhum em volta, não é um abdômen irregular que tenha que fazer nivelamento de pele, então não tem necessidade.	
<i>Realidade Observada do Cliente 11</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Utiliza equipamento com data de fabricação antiga prejudicando na aderência da bolsa à pele.	<p>C11: _Quando a bolsa é nova, ela dá pra 3 dias, mas estou usando bolsa com fabricação de 2006...</p> <p>P: _Aí o senhor acha que ela está ficando mais frágil?</p> <p>C11: _Ela tá dando a média de 2, não chega a 3 dias, 2,5 dias mais ou menos... se você me oferecer uma bolsa 2008, 2009, 10 bolsas dá, mas eu recebi bolsas de 2006, ela não dá 10 bolsas pra 1 mês, ela dá 12, 13 bolsas. Isso depende muito da fabricação da bolsa, porque bolsa velha...</p> <p>P: _Mesmo sendo de uma marca boa, ela...</p> <p>C11: _Vai perdendo a dureza.</p> <p>P: _Então o senhor troca numa média de 2,5 ou 3 dias, mas se ela for mais nova, dá pra trocar de 3 em 3 dias. (...)</p>	Com o equipamento mais novo, validade mais nova, a FREQUÊNCIA DE TROCA DA BOLSA ESTÁ MENOR.
Não mede o tamanho do estoma sempre antes de recortar a placa da bolsa coletora.	<p>P: _Que bom. Mas é uma outra forma. O senhor falou que recorta a bolsa né? Mas qual a medida?</p> <p>C11: _Eu meço a ostomia.</p> <p>P: _Mas o senhor sempre mede ou vai com a medida certa?</p> <p>C11: _A pessoa quando está com o intestino cheio, a colostomia está pequena e gorda, quando o intestino está vazio, a colostomia está comprida e fina.</p> <p>P: _É mesmo? Mas antes de recortar o senhor mede?</p> <p>C11: _Não eu corto 2, 3 e deixo. A média é sempre 2. Mas quando é a tarde, eu sinto que ela tá cheia eu pego outra bolsa e boto maior um pouco.</p> <p>P: _Tá, mas o senhor mede ou é por olho mesmo?</p> <p>C11: _Só por olho mesmo. Eu vou colocando, se eu achar que está com dificuldade pra entrar, eu tiro e corto mais um pouco com a tesoura... minha tesoura é curva.</p> <p>P: _Então uma coisa que eu vou só colocar pro senhor, que como o senhor mesmo falou tem uma certa variedade de tamanho do estoma, às vezes ele fica menorzinho um pouquinho, às vezes maiorzinho... então é muito importante que o senhor sempre antes de recortar, medir o estoma.</p>	AGORA está observando a estomia para posterior recorte.

	<p>C11: _Mas eu conheço ela, eu sei quando ela tá desse tamanhozinho assim... tem hora que ela está desse tamanhozinho, agora tem horas que tá desse tamanho aqui... porque quando estou com o intestino cheio, ele tá movimentando, fica dessa grossura aqui.</p> <p>P: _Mas então, por que quando o senhor colar é importante que ela fique o que nesse recorte, como?</p> <p>C11: _Eu sei.</p> <p>P: _Ela tem que ficar como?</p> <p>C11: _Ela entra normal.</p> <p>P: _Porque não pode ficar pele sobrando.</p> <p>C11: _Não, ela entra folgada.</p> <p>P: _Mas ela tem que ficar bem juntinha, bem aderida aqui, o seu recorte tem que ficar bem do tamanhozinho dela.</p> <p>C11: _É, certinho.</p> <p>P: _O senhor imagina por quê?</p> <p>C11: _Quando eu entro aqui, eu não gosto de entrar com ela apertada não, eu entro ela folgada, como está aqui. Aqui não tá folgada?</p> <p>P: _Não muito folgada.</p> <p>C11: _Mas tá bom assim. Esse ponto aqui tá bom, mas esse ponto aqui não está.</p> <p>P: _Por que não tá bom assim?</p> <p>C11: _Porque essa aqui é 38.</p> <p>P: _Mas aí isso aqui vai ficar pele exposta.</p> <p>C11: _A parede vai ficar exposta.</p> <p>P: _Isso não pode.</p> <p>C11: _Não pode.</p> <p>P: _Por que não pode?</p> <p>C11: _Vamos dizer que ela está aqui, normal. Eu botei aqui normal. Com o decorrer do tempo, com 2 dias ela tá desse jeito aqui.</p> <p>P: _Como assim? Ela vai ficar mais grossa?</p> <p>C11: _Essa peça, isso aqui vai abrindo...</p> <p>P: _Vai abrindo?</p> <p>C11: _Você não entra com uma bolsa 32, mas quando for tirar ela tá muito mais larga.</p> <p>P: _Por isso que é importante o senhor recortar bem rentinho aqui. Não pode ficar pele periestomal, pele em volta exposta. Porque a pele já é...</p> <p>C11: _Mas eu não corto minha bolsa larga não...</p> <p>P: _É bem rentinho né... Porque se ficar isso tudo aqui de pele exposta, as suas fezes já são ácidas, vai entrar em contato com essa pele e vai ferir tudo, então tem que ficar rentinho.</p>	
--	--	--

	<p>C11: _Ela fica normal. Ela entra com facilidade. Não pode ficar apertado, nem largo demais. Pra isso eu corto já 1 ou 2 bolsas e deixo dentro da sacolinha.</p> <p>P: _Isso, mas seria interessante o senhor fazer o seguinte: toda vez o senhor vê direitinho o tamanho pra ficar sempre rentinho.</p> <p>C11: _Eu sei.</p> <p>P: _Ou medir... a sua é redondinha?</p> <p>C11: _É.</p> <p>P: _Ou medir com a régua mesmo ou pegar um plástico transparente e com um lápis você fazer o tamanho dela certinho pra medir. Pro senhor sempre garantir que não tenha nenhuma complicação.</p> <p>C11: _Mas até hoje não deu nenhum problema não.</p> <p>P: _Então tá bom, mas o senhor já tem isso que tem que ficar rentinho...</p> <p>C11: _Mas se eu botar a bolsa 2 ou 3 horas da tarde, eu sei que aquela bolsa não vai servir, porque tá mais grossa, aí eu corto mais larga. Quando ela tá normal aquela bolsa serve.</p> <p>P: _Mas o senhor sabe que tem que ficar bem rentinho né? Isso que eu quero lhe passar, pra não machucar a pele. (...)</p>	
<p>Não possui clareza total acerca do uso e finalidade dos adjuvantes.</p>	<p>P: _A cola pega na ferida?</p> <p>C11: _Pega, mas quando eu passo o estomahesive, aí abaixa e ela desaparece.</p> <p>P: _Então o senhor usa esse pó e a pastinha. A sua ferida tem umidade?</p> <p>C11: _Não, não tem nada, ela é vermelhinha, mas tem dia que eu olho, ela tá vermelhinha, mas eu vejo aquela pele branquinha por cima.</p> <p>P: _Geralmente, esse pó e essa pasta, o senhor acha que podem fazer o que na ferida?</p> <p>C11: _O pó seca a ferida e a pasta serve pra botar quando a pele tá vermelha, melhora, mas se botar na ferida, queima.</p> <p>P: _Sim porque a pastinha tem álcool, tem até que esperar um pouquinho ela secar pra poder botar...</p> <p>C11: _É quando a parede tá muito agitada, vermelha, aí eu passo a pasta com a pele molhada, ela passa e escorrega direitinho, fica aquele negócio certinho.</p> <p>P: _Então o senhor passa a pasta quando ainda tá úmido um pouquinho?</p> <p>C11: _É, porque se eu passar seco ela não corre.</p> <p>P: _Mas o senhor acha que tem que correr?</p> <p>C11: _Ela tem que correr, tem que</p>	<p>AVALIANDO o uso da barreira protetora de pele em pasta e da barreira protetora de pele em pó.</p>

	<p>escorregar direitinho. Se passar por aqui seco, a pasta não corre, porque ela tem uma cola.</p> <p>P: _É porque ela é tipo uma cola pra ajudar a aderir, nivelar a pele...</p> <p>C11: _Se a parede estiver seca eu não consigo colar.</p> <p>P: _Por que o senhor não consegue? O senhor demora muito?</p> <p>C11: _Não, eu não consigo moldar, ela pinica.</p> <p>P: _O senhor tem que ir moldando, mas é bom fazer com a parede sequinha, não?</p> <p>C11: _Não minha filha, pra passar a pasta aqui tem que estar molhado, estar úmido.</p> <p>P: _Quem ensinou isso pro senhor?</p> <p>C11: _O médico, a enfermeira lá no hospital falou, eu vi ela fazendo lá. Se você pegar a pasta, você não consegue correr com ela aqui assim, mas se você molhar ela corre.</p> <p>P: _Entendi, mas de qualquer maneira, quando o senhor vai colar a bolsinha, a parte onde o senhor cola tá seca?</p> <p>C11: _Tá seca, aí é seca...</p> <p>P: _Ah tá, essa é minha preocupação...</p> <p>C11: _Eu passo a pasta úmida e depois deixo secar, porque se eu botar ela molhada ela não pega.</p> <p>P: _Entendi, porque eu estava preocupada do senhor deixar uma coisa úmida né...</p> <p>C11: _A umidade é só pra passar a pasta.</p> <p>P: _Mas o sr espera um pouco pra secar?</p> <p>C11: _Espero secar pra botar a bolsa.</p> <p>P: _Aí o senhor acha que adere direitinho?</p> <p>C11: _Adere.</p> <p>P: _Ou ainda fica endurecido?</p> <p>C11: _Não, fica legal! Isso aqui, onde tá a ferida, eu passo isso aqui... e é até melhor que a pasta.</p> <p>P: _O senhor acha que isso aqui seca um pouco?</p> <p>C11: _Seca a ferida.</p> <p>P: _E quando o senhor passa isso aqui, tira o excesso?</p> <p>C11: _O excesso eu tiro por onde vai passar a bolsa. Porque fica aquele pó, aí eu venho com gaze e limpo. A parede aqui tá limpa, aí eu boto a bolsa. Se eu botar a bolsa onde a parede tá suja, a bolsa não agarra.</p> <p>P: _Isso mesmo, muito bem! Porque esse daqui é mais usado quando tá uma feridinha mais úmida, então quando o senhor coloca vê que o pozinho vai direto pra onde está a umidade. Aí o senhor tira o</p>	
--	--	--

	<p>excesso com a gaze senão não vai colar a bolsa e depois que o senhor faz isso coloca a pasta né?</p> <p>C11: _A pasta eu passo 1 vez por semana, só quando a parede está com irritação, está vermelha... quando está normal, eu só lavo. Essa pasta aqui dá uma média de 6 meses pra mim, esse aqui dá 2, 3 meses.</p>	
<i>Realidade Observada do Cliente 12</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
<p>Não retira a bolsa coletora com água morna. Sempre tenta retirar todo o resíduo de cola na pele periestoma.</p>	<p>P: _Então mais ou menos de 3 em 3 dias você troca. Aí você troca aonde, debaixo do chuveiro?</p> <p>C12: _Não precisa trocar embaixo do chuveiro. Você faz a higiene, pega aquele paninho, pra ostomia mesmo, tira a cola da bolsa antiga, limpa em volta da ostomia.</p> <p>P: _Que paninho é esse?</p> <p>C12: _Um paninho que parece um esparadrapozinho...</p> <p>P: _Então é uma gaze?</p> <p>C12: _Isso.</p> <p>P: _Mas você limpa forçando, tenta tirar a cola toda ou vai devagarzinho?</p> <p>C12: _Não precisa fazer força não que aquela água solta. Você molha na água morna e vai passando em volta. Não fere nem nada não. Água morna tira a cola toda, aí é só colar a bolsa.</p> <p>P: _Pra ter água morna, você vai no chuveiro ou em outro lugar?</p> <p>C12: _Dependendo, se tiver embaixo do chuveiro, molha o paninho e vai passando.</p> <p>P: _Aí você vai passando em volta pra soltar a cola?</p> <p>C12: _Ou também aquela água morna do chuveiro mesmo, vai passando e acontece a mesma coisa.</p> <p>P: _Aí aos poucos como acontece? Vai descolando?</p> <p>C12: _Ela solta. No caso já tirou a bolsa né.</p> <p>P: _Mas antes de você descolar a bolsa não joga água morna não?</p> <p>C12: _Não, ela sai normalmente. É só ir puxando que ela sai.</p> <p>P: _Sem dificuldade?</p> <p>C12: _Sem dificuldade, ela solta, não puxa a pele nem nada não. Só fica aquela cola.</p> <p>P: _Então, antes de você tirar a bolsa, é bom já passar um pouquinho de água morna em volta pra ajudar a descolar.</p> <p>C12: _Não, não passo não. Eu tiro direto.</p> <p>P: _Pois é, porque aí você pode cortar um</p>	<p>ESTÁ retirando a bolsa coletora e a cola remanescente com cuidado, com água morna. Disse que realmente ajuda a sair a cola, fazendo devagarzinho...</p>

	<p>pouquinho a pele... você acha que não?</p> <p>C12: _Acho que não.</p> <p>P: _Na sua pele sai sem dificuldade?</p> <p>C12: _Sai tranqüilo.</p> <p>P: _Qual bolsa que você usa?</p> <p>C12: _380.</p> <p>P: _É da marca y?</p> <p>C12: _É. Essa aqui já usei também, mas essa aqui é mais complicada que essa aqui.</p> <p>P: _Porque ela é fechada né?</p> <p>C12: _Ela é fechada embaixo.</p> <p>P: _É porque ela é descartável, aí tem que trocar todo dia.</p> <p>C12: _Quando não vinha dessa aqui, eu usava essa aqui.</p> <p>P: _É porque tem que ver também a disponibilidade de material. Aí você tira a bolsa sem dificuldade? Eu tenho que saber porque as vezes você força pra tirar e pode prejudicar a pele. Se estiver grudado, você pegar a água morna pra ajudar a tirar.</p> <p>C12: _Não, sabe por quê? O estomahesive que eu passo na bolsa quando vai colocar, ela não deixa a cola ficar colada mesmo na sua pele, só a beirada da bolsa que fica ao redor. Quando sair, a parte onde ta a cola, o stomahesive não deixa puxar a pele não. Ela sai livremente, tranqüila.</p> <p>P: _Mas você pode, mesmo sem grudar, usar água morna pra ajudar a tirar.</p> <p>C12: _Pode? Tem gente que não tem a pele certinho não né?</p> <p>P: _É isso que eu to falando. Qualquer coisa você já sabe. Em vez de usar a água morna depois, pode usar depois também, mas pode usar antes pra ajudar a descolar.</p> <p>C12: _É eu tiro assim mesmo.</p> <p>P: _Então tá, se não machuca, puxa a pele, tudo bem. É fácil de tirar né. Você tira a bolsa de cima pra baixo ou de baixo pra cima?</p> <p>C12: _Costumo tirar de cima pra baixo, aí é como você acabou de falar aí, se tiver puxando um pouco, aí eu vou soltando dos lados, de baixo pra cima, puxando um pouco.</p> <p>P: _Pois é, mas é por isso que tem colocar a água morna antes.</p> <p>C12: _Mas sai tranqüilo.</p> <p>P: _Então, mas você está com a água do lado mesmo, não custa nada você botar um pouquinho de água morna pra ajudar e evitar qualquer coisa, aí você fica com a cabeça tranqüila. Então ta, aí você tira de cima pra baixo e falou que ainda fica uma colinha?</p>	
--	--	--

	<p>C12: _Fica aquela colinha.</p> <p>P: _É isso que eu ia falar pra você, não forçar pra tirar aquela colinha. Vai tirar por cima o resíduo que ficar, mas não ficar tentando tirar toda a colinha porque essa fricção pode prejudicar sua pele.</p> <p>C12: _Eu tiro tudo, porque eu percebi que se você não tirar tudo ela solta mais rápido depois.</p> <p>P: _É porque aí vai juntar com outra cola né.</p> <p>C12: _Ela não cola só a pele depois, é por isso que eu tiro tudo.</p> <p>P: _A sua pele já ficou vermelha em volta?</p> <p>C12: _Mas não machuca a minha pele não, eu vou tirando sempre leve e devagar. Vai passando a água quente e ela vai enrolando tipo uma borrachinha aí vai saindo. Não força tanto a pele.</p> <p>P: _Isso aí, não pode esfregar. Tira só de levinho.</p> <p>C12: _De leve, isso aí.</p> <p>P: _Porque mesmo assim de levinho pode causar alguma coisa com o passar do tempo, mas procura só tirar aquele resíduo mesmo, por cima.</p>	
<i>Realidade Observada do Cliente 14</i>	<i>Orientações Dialogadas</i>	<i>Repercussões no Domicílio</i>
Não conhece o adjuvante lubrificante desodorante.	<p>P: _E o senhor usa isso aqui?</p> <p>C14: _Isso é o que?</p> <p>P: _É tipo uma solução pra diminuir o odor das fezes e ajudar a lubrificar a bolsa.</p> <p>C14: _Pra passar aqui em volta?</p> <p>P: _Não, pra deixar dentro da bolsa.</p> <p>C14: _Tem que botar dentro da bolsa?</p> <p>P: _O senhor já tinha visto isso antes?</p> <p>C14: _Não. Nunca me falaram nada sobre isso.</p> <p>P: _É uma solução desodorizante que ajuda a diminuir o odor das fezes, higienizante, germicida, ajuda a matar as bactérias e é lubrificante pra estomia, porque a bolsa é um plástico né.</p> <p>C14: _É mas já não tem aquela cola que protege?</p> <p>P: _Não, mas é aqui por dentro.</p> <p>C14: _Tem aquela massa né?</p> <p>P: _Isso.</p> <p>C14: _Que a cola é pra prender ela na beirada né?</p> <p>P: _Depois que o senhor lava ou até durante a lavagem o senhor pode usar até como um detergente.</p> <p>C14: _Eu sei, pra desinfetar.</p>	<p>ESTÁ usando o lubrificante desodorante. Gostou muito. Fazendo da forma que conversamos. Disse que limpa mais rápido, gasta menos água, aromatiza e lubrifica a bolsa.</p>

	<p>P: _Aí o senhor pega, coloca a metade de solução nessa tampinha com a metade de água, depois que o senhor elimina todas as fezes, coloca dentro da bolsa e mexe um pouquinho pra passar na bolsa todinha e tira só o excesso.</p> <p>C14: _É como eu faço com água mineral né.</p> <p>P: _Isso, tira só o excesso que esse produto vai ficar ali e à medida que forem entrando as fezes aqui vai ajudar a diminuir o odor, a lubrificar e até na hora de sair, quando o senhor for lavar de novo, vai melhorar a saída das fezes.</p> <p>C14: _Mas pode enxaguar e deixar um pouquinho de água ou tem que tirar ela toda?</p> <p>P: _Pode deixar um pouquinho.</p> <p>C14: _Posso deixar ela na água mineral quando for enxaguar. Aí quando acabar eu tenho que comprar?</p> <p>P: _Aqui a gente distribui.</p> <p>C14: _Porque nem falaram comigo.</p> <p>P: _É porque depende da pessoa, tem gente que nem gosta de usar, às vezes nem conhece, então é uma forma de ajudar na limpeza e a diminuir o odor.</p> <p>C14: _É, vai numa festa tá cheiroso, tá bonito né.</p> <p>P: _Mas o senhor entendeu direitinho como se usa?</p> <p>C14: _Entendi.</p> <p>P: _Então me fala, pode falar como é que faz.</p> <p>C14: _Eu tomo banho, deixo a água morna cair, passo sabonete em volta, aí depois que eu acabo de tomar o banho, que boto uma bolsa plástica, tiro, me enxugo e depois que eu vou passar o sabão neutro, o soro fisiológico com a gaze pra tirar por causa da cola.</p> <p>P: _Essa é a parte da troca da bolsa?</p> <p>C14: _É.</p> <p>P: _Não, eu quero só ver se o senhor aprendeu a botar.</p> <p>C14: _Isso aí eu aprendi, metade da tampa e completa com a água mineral e enxáguo.</p> <p>P: _Na verdade não tem necessidade de colocar mineral, mas o senhor gosta por causa da água do Paraíba né. Mas aí tudo bem, eu entendi porque o senhor faz isso. Aí coloca aqui dentro, mexe um pouquinho pra ela ir lubrificando a bolsa, aí o senhor tira o excesso e fecha.</p>	
--	--	--

<p>Não mede o tamanho do estoma sempre antes de recortar a placa da bolsa coletora. Estabelece e fixa determinada numeração do estoma, praticando o recorte geralmente com a mesma medida.</p>	<p>P: _O senhor corta antes de colar? C14: _Na hora que eu tiro pra colocar é o tempo que vai tomando ar, aí eu tiro aqui. P: _Mas o senhor tem uma medida certa? C14: _Tenho a medida. P: _Eu vejo que a sua bolsinha é meio de ladinho né. C14: _Se eu botar ela comprida, a camisa não tampa. E ela de ladinho, a camisa tampa. P: _Mas não é de ladinho não, é meio envergadinho pra baixo. Porque isso daí dá pra poder as fezes ficarem embaixo. Mas aí o senhor falou que já tem a medida pronta, mas eu quero que o senhor pense numa coisa: sempre antes de recortar o senhor olha o tamanho que está o seu estoma, porque esse recorte tem que ficar bem rentinho ao estoma. C14: _Geralmente eu vejo a medida, é isso mesmo. Ela é engraçada que dá cócegas. Quer ver eu ficar chateado é quando eu tenho que sair, eu vou lavar e não tem nada, aí eu tenho que ficar fazendo hora em casa, porque de repente começa a expelir a vontade. Parece que o organismo fala vai agora que tá tudo limpinho. P: _Tem que deixar rentinho aqui porque se ficar maior a pele vai ficar exposta, aí as fezes vão bater ali e vão machucar, por isso antes de cortar tem que ver a medida certa. (...)</p>	<p>OBSERVANDO o tamanho do estoma para posterior recorte da placa da bolsa coletora.</p>
<p>Realidade Observada do Cliente 16</p>	<p>Orientações Dialogadas</p>	<p>Repercussões no Domicílio</p>
<p>Não utiliza a barreira protetora de pele em pó de forma adequada.</p>	<p>P: _(...) Aí quando tem ferida o senhor usa esse pó né. E como o senhor usa? C16: _Depois que eu seco tudo eu coloco ele em cima da ferida. É muito bom. P: _Toda ferida que o senhor coloca ele? C16: _É. P: _Mas essa ferida tá úmida... tá seca...? C16: _Tá tipo uma bolha d'água. Depois estoura e eu coloco ele. P: _Mas esse pó o senhor tem que colocar em cima da ferida que está úmida. Não sei se o senhor reparou que o pó adere onde está a umidade, mas sobra um resíduo, fica um excesso. O senhor tira esse excesso? C16: _Tiro com papel. P: _O senhor pode me contar como faz? C16: _Pego um papel, molho ele e passo. P: _O senhor molha o papel, mas não tem necessidade de molhar. Porque se o senhor molhar o senhor vai tirar o produto que</p>	<p>ESTÁ utilizando a barreira protetora de pele em pó e RETIRANDO seu excesso durante a prática de cuidado de maneira adequada.</p>

	<p>está em cima da ferida. Não é um pó que só adere onde tá a umidade, então o senhor pode pegar o papel e fazer tipo um ventinho pra esse pó sair aí só vai ficar mesmo onde tá a ferida porque se o senhor deixar resíduo na pele na hora que o senhor colar a bolsa pode ser que não grude bem, porque o pó atrapalha a cola da bolsa, então quando o senhor utilizar o pó pensa nisso. Faz tipo um ventinho sem molhar o papel só pra sair o pó e a bolsa não ficar descolando. Isso aqui é utilizado na ferida que tem mais umidade e a pasta é na que tá mais seca. E como o senhor falou, o senhor utiliza mais como barreira por causa do muco, mas pode usar pra ferida também, porque ela protege a pele... Entendeu? O senhor concorda comigo?</p> <p>C16: _Sim.</p>	
<p>Não observa o tamanho do estoma sempre antes de recortar a placa da bolsa coletora.</p>	<p>P: _Ah tá, mas é com muito cuidado, então não vejo nada demais. Aí você tira e depois faz o quê?</p> <p>C16: _Pego e corto ela, tem que medir com a caneta.</p> <p>P: _Você vai com a medida certa ou você sempre mede?</p> <p>C16: _Sempre meço com a caneta.</p> <p>P: _Antes de cortar?</p> <p>C16: _Toda vez.</p> <p>P: _Muito bem. Tem gente que pega aquela medida e fica com ela pra sempre. Porque o seu estoma, todos os estomas, tendem a diminuir às vezes, aumentar um pouquinho, então é necessário que o recorte fique rentinho no estoma, porque se deixar pele exposta pode ser que as fezes entrem ali e machuquem a pele, então sempre antes de recortar tem que medir o tamanho. Mas como é que você mede?</p> <p>C16: _Toda vez que eu corto eu guardo aí da próxima vez eu boto essa medida em cima e recorto.</p> <p>P: _Mas aí essa medida já está pronta. Você não olha pra ele. Você vem sempre de uma medida pra outra.</p> <p>C16: _Sim, porque o problema da minha ostomia são as laterais, essas duas pontas aqui.</p> <p>P: _Eu sei, ela não é regular, redondinha, ela é irregular.</p> <p>C16: _Ela é como uma bola de futebol americano. Aí eu pego, recorto e na hora colocar eu procuro encaixar essas duas pontas aqui certinho e se faltar ou sobrar eu coloco aqui em cima, porque aqui não pega água. Então eu tenho essa parte aqui</p>	<p>SEMPRE medindo o estoma antes de recortar a placa da bolsa coletora considerando a sua singularidade.</p>

	<p>toda, essa parte aqui que eu procuro utilizar, daqui pra lá eu corto. Aí eu recorto, pego o estomahesive</p> <p>P: _E coloca na bolsa.</p> <p>C16: _Aí tem que pegar essa entrada e trazer pra cá...</p> <p>(...)</p> <p>P: _O senhor falou que pega o molde e recorta quando vai colocar. Na hora da troca o senhor pode pegar o molde e colocar do estoma pra ver se tá do mesmo tamanho.</p> <p>C16: _Aí não dá...</p> <p>P: _Ou fazer um molde novo, o senhor sabe?</p> <p>C16: _É difícil explicar, porque o meu estoma, pra cortar você se perde no meio dele. Então você for cortar ele, ele fica desse tamanho. Se você cortar desse tamanho, na hora que eu for colocar ele sai, aí eu me perco. Então isso aqui parece uma flor que desabrocha.</p> <p>P: _Então se o senhor for cortar e tiver pequenininho, imagine se de uma hora pra outra ele aumentar...</p> <p>C16: _Já aconteceu dele estar menor, eu cortar rentinho e aí ele ficou maior e feriu.</p> <p>P: _Isso que eu falei pro senhor que tem a singularidade de cada um. Se eu chegar pra todo mundo no dia da reunião e falar isso e o senhor pensar em fazer aí vai e machuca né. Se eu não abordar a pessoa na sua singularidade, tá vendo. Aí não vai fazer sentido, por isso é importante o senhor falar como é o seu. O que acontece com você não é o que acontece com a maioria das pessoas que tem geralmente aquele tamanhozinho ali, e ele não aumenta e nem diminui, aliás só aumenta e diminui coisa pouca e passando alguns dias, mas não é uma coisa constante essa alteração de tamanho. Então o senhor já conhece seu estoma e de uma hora pra outra ele pode ficar bem maior ou bem menor. Então é importante o senhor cortar na medida maior mesmo porque...</p> <p>C16: _Eu não jogo as medidas fora. Tem vezes que passa desse tamanho mesmo. Às vezes ele volta, mas o tamanho da pele é isso mesmo. Aí fica aquela parte exposta. Aí essa parte que fica pra fora a bolsa pega. A bolsa tem que pegar e acolher ele. Porque se a bolsa pegar por cima dele eu perco a bolsa.</p> <p>P: _Imagina se eu chegasse ali na frente e falasse pra todo mundo pro senhor levar</p>	
--	---	--

	<p>pra sua casa, mas por isso que eu falo que a abordagem tem que ser individual. O seu caso tem uma diferença porque acontecem essas coisas, mas isso não é normal em todas as pessoas. Por isso a gente tem sempre que conversar, o senhor concorda comigo?</p> <p>C16: _Sim.</p> <p>P: _Por isso a gente tem que negociar o cuidado. (...)</p>	
--	---	--