

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO OSTOMIZADO
PRATICANDO E DIVIDINDO A EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA O AUTO-CUIDADO
ESTAR OSTOMIZADO – O OUTRO LADO DO ESPELHO**

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998

SABRINA ROSSO

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0436
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0436

Autor: Rosso, Sabrina

Título: Assistência ao indivíduo ostomiz



972492708

Ac. 241850

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO OSTOMIZADO
PRATICANDO E DIVIDINDO A EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA O AUTO-CUIDADO
ESTAR OSTOMIZADO – O OUTRO LADO DO ESPELHO

Trabalho de Conclusão de Curso da
VIIIª Unidade Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem

Orientadora: Margareth Linhares Martins

Supervisoras: Paula Stela Leite
Valéria Cyrillo Pereira

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998

NOSSA AMIZADE ...

"... SE FEZ ASSIM, AS

CONTAS
LÁGRIMAS, SU



RE
VOCÊ V
DAD
O

QUANDO EM PLENA FELICIDADE

ESTENDEU O BRAÇO SOLIDÁRIO

PARA A MINHA MOMENTANEA

TRISTEZA. OBRIGAD

MILAGRE DA SUA

(AUT

QUEVINO

(DO)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me fez com um caminho à seguir e este caminho seguiu por aqui, cruzou vidas e continua seguindo. Por muitas vezes senti-me fraca, sem estímulos e de repente aparecia uma luz que tornara-me forte e persistente. Esta luz era VOCÊ, que me deu o Dom da vida e a possibilidade de ser quem sou. OBRIGADA!!!

À meus pais, Adair e Beatriz, que num momento de amor, fizeram-me e tonaram possível a minha existência. Por muitas vezes reclamei, esperneeiei, chorei por achar que a atenção não me era dada, mas hoje percebo que nas suas personalidades quietas, sempre existiu e existirá um grande pedaço de seu amor, carinho e orgulho para mim. Quero que saibam que o que hoje sou, faço e conquisto não só é vitória minha, mas o produto de toda a educação, amor e dedicação, à que vocês me dispensaram. MUITO OBRIGADA! AMO MUITO VOCÊS!

À meu irmão, Fabrizio, que serviu muitas e muitas vezes de molde e cobaia para meus estudos, não somente agora na VIIIª fase, mas durante todos os quatro anos e meio em que estive na universidade. Mano, não sei como você aturou meu mau humor, dores de cabeça e chatices, mas muito obrigado do fundo do meu coração. Pode Ter certeza que você mora dentro dele. Te amo!

Ao meu amor, Emídio, que mesmo não se dando muito bem com meu ambiente de trabalho, o hospital; que mesmo não podendo nem ouvir falar de sangue, doenças e tantas outras coisas que eu sempre insisti em comentar com tanta

empolgação, estive ao meu lado. Sei que não foram uma e nem duas as vezes que te troquei pelos livros, principalmente realizando este relatório, mas podes Ter certeza que em nenhum momento tirei você de meus pensamentos. TE AMO!

À minha orientadora, Margareth, que primeiro de tudo tornou-se amiga, companheira e um pouco mãe. Se consegui realizar o relatório sozinha, enfrentei todas as dificuldades e venci, você teve uma grande e importante participação nisto. Obrigada por acreditar em mim, no meu potencial como profissional e pessoa. Você mora no meu coração!

Às minhas supervisoras, Paula e Valéria, que mesmo não me conhecendo, receberam-me de braços e peito aberto, sempre dispostas à ensinar, à trocar, à ouvir, à falar e como sou eu, Sabrina, à chorar. Vocês são muito especiais. Ainda bem que existem pessoas como vocês no mundo!

Aos clientes que entenderam o meu trabalho, respeitaram, ouviram, falaram e colaboraram. Sem vocês nada disso teria acontecido. Podem Ter certeza que se eu marquei suas vidas, da minha vocês fazem parte! Muito obrigada!

Aos funcionários da UIC II, Denise, Cida, Cleide, Nazareth, Augusta, Marivone, Márcia, ao pessoal da limpeza, da copa... Obrigada! Vocês são ótimos! E aos amigos do PAO, Fabíola e Gabriela; da ACO, Roberto, Anita, as meninas da parte burocrática. Continuem, pois o trabalho de vocês é especial. Obrigada!

Aos meus colegas, que tornaram-se a outra metade do meu grupo de uma pessoa, ouvindo as reclamações, dando opiniões, me empurrando para frente e para cima. Conseguimos!

Às duas amigas que são irmãs; Sarita e Shyka. Obrigada por me ouvir tantas vezes, mesmo não estando com vontade ou paciência. Não sei como seria minha vida sem as duas. Amo vocês!

Ao sr. Paulo Viana por estimular-me, dar-me material, ler o projeto, emprestar o computador e Ter paciência de me agüentar fora de hora. Espero poder corresponder às suas expectativas. Lembrarei sempre do senhor. Obrigada!

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO OSTOMIZADO

- *Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma ostomia.*
- *Ter um ostoma bem feito, em local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente.*
- *Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades.*
- *Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis em seu país.*
- *Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para ostomia sem preconceitos ou constrangimento.*
- *Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos.*
- *Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidados pessoais e dos amigos a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com a ostomia.*

(Crema e Silva, 1997)

✓

RESUMO

Trata do relatório da prática assistencial desenvolvido pela acadêmica de enfermagem, na Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário e na Policlínica de Referência Regional, mais precisamente no Programa de Assistência ao Ostomizado. O objetivo principal é o de assistir ao cliente ostomizado, inserindo no seu cotidiano as ações de auto-cuidado através da educação em saúde. Tem como marco conceitual a Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem e estudos sobre educação de Paulo Freire. Utiliza como linha de pensamento os conceitos de Dorothea E. Orem onde o indivíduo deve ser co-responsabilizado pelo seu tratamento e como o ser humano é passível de refletir, escolher e decidir sobre o que é de importante em sua vida, será participativo no seu processo saúde-doença. Apresenta as experiências vivenciadas pela acadêmica durante os períodos de março, abril, maio e junho de 1998, na assistência prestada aos indivíduos ostomizados à nível hospitalar, acompanhamento do cliente nos períodos pré, trans e pós-operatório, encaminhamento destes clientes para o nível ambulatorial e acompanhamento nas reuniões dos grupos de vivência. Observa a importância dos serviços de enfermagem, relatando as vivências da acadêmica e analisando a realização dos objetivos propostos. Conclui que é necessário utilizar-se de teoria e prática para a realização da assistência de enfermagem e para subsidiar esta assistência é necessário um referencial teórico; é preciso acrescentar aos serviços de enfermagem o olhar holístico, procurando visualizar o cliente no seu todo, na sua forma física, emocional e social, além de introduzir a família na sua reabilitação.

SUMÁRIO

	Pg.
1 – INTRODUZINDO O TEMA.....	08
2 – REVISANDO A LITERATURA.....	13
3 – DESENVOLVENDO O MARCO REFERENCIAL.....	24
3.1 – <i>Pressupostos da Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem.....</i>	25
3.2 – <i>Teoria de Dorothea E. Orem.....</i>	27
3.2.1 – Teoria do Auto Cuidado.....	27
3.2.2 – Teoria do Déficit do Auto-Cuidado.....	28
3.2.3 – Teoria dos Sistemas de Enfermagem.....	28
3.2.4 – Sistemas de Enfermagem.....	29
3.3 – <i>Conceitos de Acordo com a Teoria de Dorothea E. Orem.....</i>	29
3.4 – <i>Processo de Enfermagem.....</i>	35
3.4.1 – Diagnóstico e Prescrição.....	35
3.4.2 – Projeção e Planejamento do Sistema de Assistência de Enfermagem....	36
3.4.3 – Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem.....	37
4 – DESENVOLVENDO A METODOLOGIA.....	39
4.1 – <i>Questões Éticas do Relatório.....</i>	41
4.2 – <i>Objetivo Geral.....</i>	41
4.3 – <i>Objetivos Específicos - Estratégias de Ação.....</i>	42
5 – AVALIANDO E REFLETINDO SOBRE OS OBJETIVOS PROPOSTOS... 50	
6 – APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
7 – APONTANDO AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
8 – ANEXOS.....	83

1 – INTRODUZINDO O TEMA

Este relatório diz respeito as ações inerentes à enfermagem, mais precisamente à enfermeiros(as). Mas como a ação da enfermagem é algo grandioso e que está freqüentemente em metamorfose, aplicou-se esta “arte, serviço e tecnologia”, segundo Dorothea E. Orem apud George, 1993, a um determinado grupo de indivíduos.

A enfermagem vê (ou deveria ver!) os indivíduos não só como seres compostos por uma estrutura física e fisiológica. Estes indivíduos a que vamos dirigir a nossa arte, são compostos de histórias de vida, experiências boas e ruins, de um lado emocional e afetivo muito forte e de uma vida sócio-cultural.

O primeiro encontro que tive com indivíduos ostomizados, ou seja, aqueles indivíduos que por algum motivo (patológico, traumas ou medidas paliativas) tiveram seu trânsito intestinal desviado, necessitando o uso de equipamentos específicos para coletar os desejos do seu aparelho digestivo, se deu no ano de 1996, durante o primeiro semestre, equivalente a VIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, onde os acadêmicos passam pelo estágio em Clínica Cirúrgica.

Neste estágio tive a oportunidade de trabalhar com indivíduos ostomizados, percebendo a necessidade de cuidados que estes pacientes apresentam desde a confirmação do diagnóstico, quando para o indivíduo é um choque a constatação de que ele possui uma doença grave como o câncer, por exemplo, que ainda causa pavor nas pessoas, aliada ao fato que em razão desta patologia, necessitará o desvio de seu trânsito intestinal e conseqüentemente incontinência, exigindo o uso de

equipamentos específicos. Em conversas informais, pude perceber a necessidade de haver profissionais preparados para trabalhar nesta área e a importância de manifestar ajuda e boa vontade a estes clientes. Para assisti-lo, deve-se ter a capacidade de compreender os períodos de adaptação que este indivíduo passa e durante estes períodos, fazer com que seja possível o aprendizado de forma horizontal, entre cliente e enfermeiro(a). É preciso assegurar ao cliente ostomizado que ele terá uma vida completamente normal e para isso, ensiná-lo a cuidar de si mesmo é o primeiro passo (Gill, s/d).

No período pré-operatório, vi a necessidade que o indivíduo apresenta em ter informações acerca do que é e como é feita uma ostomia. Este preparo é importante, pois o cliente sofre perda corporal tanto no aspecto físico quanto nas suas funções. Todas estas transformações que necessitam de uma readaptação, tanto no que diz respeito à ele mesmo quanto aos outros, trazem consigo emoções muito fortes, como a negação dos eventos que vem ocorrendo, passando pela transferência do problema a outros, até o momento da aceitação da nova condição existencial.

Após esta estadia a nível hospitalar, o indivíduo deve voltar ao seu cotidiano, seu trabalho/escola e ao convívio com outras pessoas. Neste momento, a carga emocional acaba direcionando-se a este convívio e causando conflitos no próprio indivíduo. Para esta volta ao "mundo real", o indivíduo deve e precisa exercitar seu auto-cuidado, transformando-se novamente em um ser independente e "capaz de levar uma vida completamente normal, respeitando suas limitações", conforme Norma N. Gill (s/d) Michael P. Kelly (1985), que vivenciaram como indivíduos ostomizados e descrevem em seus estudos.

Observando estas limitações e barreiras a serem transpostas, é relevante lembrar a importância do apoio a indivíduos ostomizados. A família, os amigos, pessoas próximas e a enfermagem ocupam um importante papel na adaptação destes indivíduos ao seu novo modo de vida. A participação extra-hospitalar em grupos e associações de auto-ajuda e a certeza de ter um serviço competente e de fácil acesso a nível ambulatorial, tornam esta nova vida à sociedade mais fácil e com a certeza

de poder contar além do apoio emocional dado pela família, com o apoio técnico e especializado oferecido por enfermeiros(as) e outros profissionais na área da saúde.

Levando todos estes aspectos em conta, quando se observa um indivíduo ostomizado e percebendo quão importante é o trabalho do(a) enfermeiro(a), ficou mais fácil despertar meu interesse para a assistência a estes clientes.

Meu interesse por este tipo de cliente, começou com o contato direto que tive com eles na IVª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem e acentuou-se quando do contato com uma pessoa que trabalha diretamente com indivíduos ostomizados e profissionais da saúde, representando uma empresa de equipamentos.

Para desenvolver este trabalho, procurei uma teoria que auxiliasse no alcance de meus objetivos e que abordasse conceitos que subsidiassem-me para o direcionamento do cuidado. Resolvi, então, pela Teoria do Auto-cuidado de Dorothea E. Orem, compartilhando com ela a visão de que o indivíduo necessita de aprendizagem para desenvolver o auto-cuidado. Como Orem não desenvolve um conceito sobre educação, procurei conciliar sua teoria com os estudos pedagógicos de Paulo Freire, já que o auto-cuidado deve ser aprendido e um de meus objetivos era auxiliar e apoiar este aprendizado. Para Freire a aprendizagem deve ser feita de forma participativa, onde educador e educando trocam conhecimentos. No caso do cliente alvo deste estudo, o cliente ostomizado, deve aprender e praticar o auto-cuidado, sendo assim co-responsabilizado pela sua melhora. O indivíduo ostomizado precisa adaptar-se novamente ao seu cotidiano e para isso, aprender a lidar com a sua ostomia e com todos os conceitos que a sociedade impõe aos indivíduos, que dela fazem parte.

O meio-ambiente onde nos encontramos, acadêmica e cliente, foi primeiramente a nível hospitalar, mais precisamente no Hospital Universitário (HU), na Clínica Cirúrgica II, estendendo-se ao Centro Cirúrgico. A nível ambulatorial, na Policlínica de Referência Regional, no Programa de Assistência ao Ostomizado (PAO) e no Grupo de Vivência.

Já que o meio-ambiente sofre e realiza influência na vida e neste caso, no processo saúde-doença do indivíduo, é importante acompanhá-lo durante o processo hospitalar e na sua reintegração à sociedade .

Usando todos estes passos, pude alcançar o objetivo geral que é o de assistir o indivíduo ostomizado, durante seu processo hospitalar e ambulatorial, visando inserir em seu cotidiano a execução do auto-cuidado com a participação do(a) enfermeiro(a) na educação em saúde.

Tendo o indivíduo ostomizado e a educação em saúde para o alcance do auto-cuidado como meta principal, posso citar como objetivos específicos:

Objetivo 1 – Reconhecer o meio ambiente aonde está inserido o indivíduo ostomizado;

Objetivo 2 – Revisar as bibliografias existentes sobre o assunto, relacionando-as com a realidade do meio ambiente em que se realizará o estudo;

Objetivo 3 – Aprofundar estudos sobre a teoria de enfermagem utilizada no relatório;

Objetivo 4 – Promover a troca de conhecimentos entre cliente/estudante, a nível hospitalar e ambulatorial, através do processo de educação em saúde;

Objetivo 5 – Aplicar, na íntegra, o processo de enfermagem, no períodos pré, trans e pós-operatório, incluindo nesta fase o período ambulatorial;

Objetivo 6 – Apresentar estudos de casos de três clientes à orientadora/supervisora e interessados;

Objetivo 7 – Desenvolver habilidades técnicas com clientes em outras situações de saúde-doença;

Objetivo 8 – Participar das reuniões na Policlínica, dos Grupos de Vivência.

Este relatório diz respeito ao trabalho de conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Foi realizado dentro das 220 horas de estágio previstas,

mais a construção do relatório, tudo isso dentro da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada.

Se poderá ter noção do que ocorreu durante os estágios, como foi minha interação com clientes e equipe de saúde de ambos os campos de estágio (UIC II e PAO), como conduzi os objetivos a que havia me proposto. Apresento uma discussão de como pude chegar ao alcance destes objetivos, de forma sucinta, sempre relacionando teoria e prática e procurando abstrair-me de forma a exercitar um pensamento reflexivo visando a formação profissional. Além dos objetivos propostos, faço alusão à atividades não programadas e que foram desenvolvidas, tendo relação direta ao indivíduo alvo deste trabalho.

Consta, também, de considerações finais, avaliando meu desempenho durante o período de trabalho e, de bibliografias utilizadas para que se tivesse um suporte teórico no desenvolvimento deste.

2 – REVISANDO A LITERATURA

Devido a um novo estilo de vida causado por rupturas com o meio social e com as relações interpessoais, o indivíduo portador de uma condição crônica de saúde, e aqui entra o indivíduo em destaque deste relatório, o indivíduo ostomizado, apresenta suas relações sociais modificadas, muitas vezes, pelo estigma e visão que a sociedade tem em relação a ele. Esta nova visão poderá repercutir em sua vida e relacionamento com amigos, familiares, no trabalho e no convívio associativo (Martins, et al, 1995).

Esta nova visão que a sociedade tem e que o próprio indivíduo tem de si mesmo, vem devido ao fato da pessoa ostomizada ter que lidar com um novo aspecto nas eliminações corporais. Os excrementos são eliminados do corpo através de um orifício situado na parede abdominal, chamado ostoma ou ostomia.

A palavra ostomia deriva-se do grego "stomoum", significando abertura ou boca. Cirurgias ostômicas são realizadas há longo tempo, podendo-se constata-las desde 350 a.C., registrados na Bíblia onde dizia (Juízes 3-21/25) "... e Aod estendendo sua mão tirou uma adaga e lha cravou no ventre (de Eglon, rei de Moab) com tanta força que os copos entraram com a folha pela ferida ... e logo os excrementos do ventre surgiram pela ferida" (Crema e Silva et al, 1997. p. 15).

As cirurgias para realizar um "ânus artificial", segundo Zampieri e Jatobá (1997), podem ser uma das operações mais antigas e sua origem se perde nos tempos e na história. Em 1709 um médico alemão chamado Heister, realizava

cirurgias ostomias em soldados com ferimentos intestinais. Em 1710 começam a aparecer registros médicos sobre colostomias, onde Littré examinando um recém-nascido morto com imperfuração anal, observou que "o reto estava dividido em duas porções, ambas fechadas, separadas por um tecido com cerca de uma polegada de espessura e que o segmento proximal apresentava-se cheio de mecônio e a distal vazio". Surge, então, a possibilidade de realização de cecostomia, posta em prática por Pillore em 1776.

Daí por diante, novas técnicas na realização de ostomias foram testadas e aprimoradas. Este tipo de técnica cirúrgica é realizada por uma variedade de motivos, entre eles, desviar o trânsito intestinal devido a obstrução, para proteger suturas/anastomoses ou desviar o trânsito de segmentos distais comprometidos, em pacientes incontinentes, falta de condições para realizar anastomose, criar "neo-ânus" em amputações e como técnica cirúrgica de abaixamento (Crema e Silva et al, 1997). Para Ortiz et al (1994), além destes motivos, existem certas patologias que com frequência levam a uma técnica cirúrgica de ostomia, que são os cânceres de cólon e reto (que são as patologias mais frequentes), doenças de Cröhm, doença diverticular, perfurações infecciosas, traumatismos pélvicos, retocolite ulcerativa inespecífica, polipose adenomatosa, entre outras.

De acordo com Martins Júnior e Rocha (1997) as ostomias podem ser realizadas em quaisquer partes do intestino delgado ou do intestino grosso, levando o nome do local em que é realizada. As mais comuns são as colostomias, que se definem com a exteriorização do cólon através da parede abdominal, criando uma nova saída para as fezes (efluente). As colostomias podem ser definitivas, ocorridas mais frequentemente entre a 6ª e 7ª décadas de vida, onde comumente o efluente é pastoso ou sólido, ou podem ser temporárias, realizadas para resolver fases agudas de patologias, proteger anastomoses, medidas paliativas, entre outros. O efluente é líquido no pós-operatório, tornando-se sólido com o tempo. Os demais locais onde se realizam os ostomas são o íleo (ileostomia), que podem ser definitivas ou temporárias como as colostomias, e o ceco (cecostomia) que pode fechar-se espontaneamente após a retirada da sonda; tal qual as cecostomias, as jejunostomias (jejuno) fecham-se espontaneamente. O local escolhido para a realização da ostomia

depende dos aspectos patológicos anteriormente citados e da anatomia, a qual faremos uma breve revisão.

Segundo Martins Júnior, et al (1997), o aparelho digestivo inicia-se na boca e tem seu término na região anal. O intestino está dividido em duas partes, intestino delgado e intestino grosso. O intestino delgado situa-se entre o estômago e o intestino grosso, dividindo-se em três partes: duodeno, jejuno e íleo. O duodeno tem comprimento médio de 26 cm (vinte e seis centímetro) e contorna a cabeça do pâncreas em forma de "U" ou "V". É a primeira área do intestino delgado que recebe o conteúdo ácido-gástrico conferindo a esta região, grande capacidade de absorção. O jejuno e o íleo apresentam várias diferenças de anatomia e fisiologia, mas algumas características conferem a eles aspectos de um único órgão. As alças jejunais e íleais, tem calibre aproximado de 2 cm e um comprimento médio de 7 m. A principal função do intestino delgado é o de continuar o processo digestivo até que os alimentos tenham condições de serem absorvidos. Para facilitar o processo da digestão, o intestino inicia movimentos de propulsão que facilitam a mistura do quimo com os sucos intestinais. O intestino grosso tem um comprimento que pode variar de 120 a 150 cm, dividido em três porções distintas: abdominal, pélvica e perineal. No abdômem divide-se, ou seja, tem comprimento de 8 a 10 centímetros; cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e sigmóide. Na porção pélvica localiza-se o reto com extensão de 13 a 15 centímetros. por final, existe o canal anal com cerca de 3 centímetros de extensão que é de grande importância no mecanismo de continência. O conteúdo que chega do íleo para o intestino grosso é absorvido e este funciona como reservatório de material fecal. O ceco recebe de 800 a 1.000 ml de líquido diariamente, sendo que deste total, 150 ml são eliminados nas fezes. A eliminação destas fezes só será realizada após os produtos da alimentação percorrerem todo o trânsito intestinal. Mas em algumas situações patológicas ou por deficiências congênitas, há que se realizar cirurgia para o desvio deste trânsito, cirurgia a qual chamamos de ostomias.

Existe um outro lado nas cirurgias ostomais que não se pode ver, tocar ou medir. Este lado, quase sempre é tratado como se não fosse de responsabilidade dos profissionais da saúde, como se o indivíduo tivesse seu corpo separado de qualquer

sentimento: é o lado emocional. "A cirurgia que conduz a confecção de um ostoma, produz mudanças na imagem corporal da pessoa que irá influenciá-la em vários aspectos de sua vida futura" (Crema e Silva et al, 1997, p. 195). O indivíduo combina a sua patologia com a cirurgia, o que ocasiona uma avalanche de emoções as quais este mesmo indivíduo não estava acostumado. No caso do cliente portador de câncer, que ainda é uma patologia que apresenta um grande tabu e conforme estudos realizados por Alterescu (1987), onde constatou que a razão mais comum para a realização de ostomias são os carcinomas. O conhecimento de ser portador de câncer causa um grande impacto, mas a depressão é identificada pelo estabelecimento da colostomia" (Wirsching apud Crema e Silva et al, 1997 p. 195). Na verdade, o indivíduo ostomizado sofre muito com a mudança do seu corpo. As mudanças ocorrem devido a mutilação corporal, a perda de controle sobre a continência intestinal, a possível disfunção sexual, alteração da imagem corporal e auto-estima.

Em bibliografias sobre ostomias, não se encontra uma visão do corpo e do que vem a ser saúde-doença, somente como algo puramente social, mas como um assunto que engloba grande carga emocional e afetiva (Santos, 1996). Na sociedade atual, incluindo nesta sociedade os serviços e profissionais de saúde, o corpo é visto como algo que deve apresentar beleza, saúde e não apresentar imperfeições, "anormalidades". Santos (1996), acredita que a imagem corporal tem alguns aspectos principais, como ver, sentir e perceber o próprio corpo. "A imagem corporal é a figura mental ou a percepção que alguém faz ou tem de seu corpo" (Schilder apud Santos, 1996); ou para Gauiron apud Santos, 1996, "é uma experiência individual, subjetiva, que é dinâmica e sujeita a influências do crescimento e desenvolvimento, do ambiente e da sociedade". Para Novaes (1975) "o corpo é uma experiência psicológica, focalizada nos sentimentos e atitudes do indivíduo com o próprio corpo influenciando e sendo influenciado pela auto-percepção e relações com o mundo externo".

Segundo Santos (1996), o indivíduo começa a perceber o seu corpo quando ainda é um recém-nascido. Neste período, o indivíduo percebe seu corpo como sensações de fome, sede. Conforme vai evoluindo o seu desenvolvimento, começa

a perceber partes do seu corpo, como as mãos, pés, cabeça... Com o passar do tempo, percebe volume, espaço e extensão que seu corpo ocupa. Durante sua participação social começa a adquirir trejeitos, gestos, postura de outras pessoas ou seja, começa a incorporar "partes" dos corpos dos indivíduos com quem ele convive. Na fase adulta da vida de um indivíduo, ele começa a organizar sua imagem corporal através de sentimentos e de novas experiências como traumas, seqüelas, doenças. Isso quer dizer que a imagem corporal não é estática e está sujeita a mudanças.

A imagem corporal varia de acordo com as classes sociais. Conforme Santos (1996), nas classes baixas, o corpo é visto como "máquina" ou seja, o indivíduo deve ser forte para poder trabalhar, produzir. Conforme eleva-se a classe social, a visão de corpo saudável muda. Começa-se a dar valor a beleza e a força física, ao corpo "malhado". Mas há algum tempo vêm-se percebendo a disseminação da beleza corporal entre as classes mais baixas. A mídia apregoa que o corpo bonito é o corpo "malhado", saudável, forte. Os corpos diferentes, com alguma anormalidade tornam-se intoleráveis e inúteis. O indivíduo que apresenta algum desvio desta imagem ideal projetada pela sociedade, é conhecido como indivíduo desviante, que para Rocha apud Santos 1996, é ... "aquele que não está fora de sua cultura, mas faz uma leitura divergente, estando só ou compondo uma minoria". Então o tal "indivíduo desviante" que não corresponde aos padrões sociais acaba adquirindo sentimentos de inadequação e discriminação, criando o estigma. Vê-se que o portador do estigma, seja por crença, condição tribal (raça, cor, nação...) , desvio de caráter, acaba sendo responsabilizado pelo seu "defeito" , pela sua "anormalidade". O estigma torna-se tão forte, que o indivíduo passa não mais a ser conhecido pela sua identidade, seu nome, mas passa a ser conhecido pelo seu "defeito". Os indivíduos ostomizados passam a ser conhecidos não por ser o Sr/Sra.. Fulano de Tal, mas por o homem/mulher ostomizados, tanto para a sociedade em geral como para os profissionais da saúde.

Quando este algo, este "diferente" passa a ser percebido pelo outro, o indivíduo passa a sentir e ter sua privacidade invadida, apresentando assim, sentimentos como o medo, vergonha, agressividade, depressão. Começa a absorver

e aceitar o estigma. (Santos, 1996). Para o indivíduo ostomizado, esta constatação do "diferente" também se faz através da bolsa de ostomia e pela sua incontinência intestinal. Segundo Santos apud Sada (1997, p. 15) "a bolsa que leva o indivíduo 'normal' a tornar-se ostomizado, passa a ser uma extensão com o mundo, ao substituir provisoriamente ou definitivamente o seu aparelho esfínteriano".

Durante o processo entre o diagnóstico e a cirurgia para a realização do ostoma, o indivíduo passa por seis períodos de ajustamento, de adaptação, O primeiro momento é o da negação (Não eu!). O segundo é a cólera (Porque eu?) Logo após, o terceiro momento é o de revisar as relações (Talvez eu...), o quarto, afirmação de mudanças, resolução (Sim, eu). O indivíduo então, passa para um quinto momento que é de incorporação das mudanças no seu estilo de vida (O novo eu) e o último e sexto momento, é o da aceitação e adaptação, de viver uma vida satisfatória (Shipes, 1987). Este viver satisfatoriamente, ou seja, a qualidade de vida, tem sido galgado pela nossa sociedade oriental, segundo Hashimoto, et al (1996), desde o fim da II Grande Guerra. Mas os indivíduos ostomizados desenvolvem alterações as quais influenciam na qualidade de vida. Para a satisfação de viver destes indivíduos, é necessário que eles se tornem novamente independentes através do auto-cuidado e da relação de ensino-aprendizagem trocados entre cliente e enfermeiro(a). Para isto é necessário que a enfermagem observe o indivíduo como um todo, de forma holística.

No início da realização de cirurgias ostomais, pouco se fazia para o controle destas ostomias e além disso, a enfermagem não tinha contato com indivíduos ostomizados. A parte da enfermagem que a tinha, não conseguia visualizá-lo de uma forma mais holística. Começaram a levar então, alguns clientes recém cirurgiados aos hospitais para que orientassem aqueles que se submeteriam à cirurgia (Shipes, 1987). Percebeu-se quão importante seria prestar ensino a estas pessoas que cuidaram diretamente dos indivíduos ostomizados. Para Gill (s/d), que além de ser a primeira estomaterapeuta também possui uma ostomia, é importante assegurar através da prática e ensino do auto-cuidado, que os indivíduos ostomizados terão uma vida normal. Enfatizando o que Norma Gill expõem, outro indivíduo ostomizado e estudioso sobre este assunto, Kelly (1985) expõem suas

dificuldades em lidar com o desconhecido e a importância de aprender a cuidar de si mesmo. Entra então o processo de ensino em saúde.

Segundo Martins (1995) o ensino foi implantado desde a civilização greco-romana, tendo influência no atual sistema de ensino. A educação utilizada desde aquela época e nos atuais sistemas de ensino, é a educação tradicional, ou seja, onde o professor é o detentor de todas as sabedorias e o aluno, o educando, é o depósito de todos este saber. Alguns autores se contrapõem a este tipo de educação, sendo um deles Freire. Freire (1980) apud Martins (1995) propõe que “o educando tenha liberdade de pensamento, liberdade de ação, liberdade de decisão, e ele, o educando, participe de todo o seu processo de aprendizado”. Para Freire (1980) e (1980 b) e Saviani (1991) apud Martins (1995) a educação tem como ponto de partida a prática social, que parte de uma realidade concreta.

Na educação em enfermagem, Saupe apud Martins (1995) diz que, para que o enfermeiro se desenvolva no seu intelecto é preciso que ele seja um ser pensante, crítico, perceptivo, criativo, investigativo, que busque e compartilhe soluções. Que tenha conhecimentos científicos através da realidade dos sistemas de saúde e da realidade onde esta saúde está inserida. Para Nascimento e Rezende apud Martins (1995) p. 13, a educação em enfermagem é o "caminho para a práxis através de uma proposta de educação participativa. Como compromisso solidário, ele pressupõem a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular".

As ações da educação em enfermagem começam no dia a dia, no cotidiano do indivíduo, permitindo reflexão da realidade vivenciada no momento, do sujeito com o profissional, procurando ver e analisar a realidade de forma diferente. A educação em saúde pode ser individual ou em grupo, sendo que os indivíduos no grupo participam de um objetivo comum. Na educação dirigida aos indivíduos ostomizados, os grupos são muito importantes, pois os indivíduos podem trocar experiências, expor suas idéias e procurar ultrapassar seus limites (Martins, 1995). "Enfermeiras informadas, assertivas, que avaliam a complexidade de adaptação à uma ostomia, e que se comprometem em oferecer cuidados abrangentes de maneira

terapêutica, aumentam o potencial de reabilitação de todos os seus pacientes" (Shipes, 1987).

Quando um indivíduo sofre um acidente, seu restabelecimento depende imensamente de como ele entenderá esta mudança ocorrida em sua vida e como esta mudança irá afetar seu modo de vida. "Os pacientes ostomizados precisam especialmente ser assegurados que podem levar uma vida normal. Ensiná-los a cuidar de si mesmo é o primeiro passo" (Gill s/d). Este cuidar de si pode ser aprendido e pode ser auxiliado. O auto-cuidado faz parte do processo de tornar-se independente, afinal, o ser humano é capaz e deve exercer o ato de decidir, aprender e ensinar. Para Gill (s/d) "o medo de não obter uma resposta, pode ser o maior obstáculo para a reabilitação, que visa ensinar ao paciente a viver tão intensamente quanto lhe permite sua nova condição".

Após o período hospitalar, onde o indivíduo passa pelo preparo pré-cirúrgico, a cirurgia em si e reabilitação, tentando engajar-se no seu novo estilo de vida, ele terá que retornar a sua vida anterior, terá que retornar ao convívio com a sociedade. Para esse retorno lento do indivíduo ostomizado à sociedade, ele conta com apoio principalmente, dos familiares, amigos e pessoas mais próximas. Com isso, foi observado "no indivíduo a utilização de grande número de estratégias de enfrentamento, que pode ser atribuído ao suporte social, seja ele proveniente de familiares, de profissionais de saúde ou de grupos de auto-ajuda" (Vieira, 1991. p. 30).

Durante o período de readaptação à sociedade, pode-se notar comportamentos interessantes e importantes nos indivíduos ostomizados, que são, segundo Vieira (1991), apoio dos familiares e amigos no que diz respeito à readaptação à sociedade, "nojo" da ostomia, ajuda de um familiar para usar os equipamentos, impotência sexual e disfunções gastrointestinais.

Hirsh apud Shipes (1987) relata que existem quatro áreas atingidas no indivíduo ostomizado. Primeiro o fato da ostomia afetar, atingir o seu "eu" físico, psicológico e o "eu" social, à curto, médio e a longo prazo. A segunda área é a sexualidade, onde a função sexual é comprometida, atingindo o amor próprio, os

relacionamentos. Terceiro, é a família: compreensão familiar, cultural e comunitária que levam a um impacto profundo sobre o indivíduo e por quarta e última área, é o trabalho/escola, onde o contato pessoa a pessoa é feito, sendo que estas pessoas não estão à par do que é um ostomia. Devido ao receio de detecção do odor ou ruídos, o indivíduo acaba por se afastar do contato de outros indivíduos.

O indivíduo ostomizado, como qualquer indivíduo com uma patologia crônica, apresenta a necessidade da presença familiar, pois este indivíduo adaptar-se-á melhor, quando membros da família são incluídos no ensino e no cuidado. O estudo de Kobza apud Shipes (1987) diz que as famílias relatam a falta de informação e apoio. Para isso são necessários serviços estruturados e eficientes e de fácil acesso no período pós-hospitalar. É preciso salientar a importância de organizações de auto-ajuda, reuniões em grupo e atendimento ambulatorial. Estes serviços dão aos indivíduos ostomizados a oportunidade de encontrar pessoas com os mesmos problemas, as mesmas dificuldades, que utilizam suas experiências de vida para ajudar outras pessoas a lidar com o ostoma e vencer os obstáculos da doença.

No estado de Santa Catarina podemos destacar o trabalho da Associação Catarinense dos Ostomizados (ACO), fundada em 1984. Antes da existência da ACO, os indivíduos ostomizados eram orientados por um programa geral de assistência no extinto INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). O programa era chamado Programa de Assistência Domiciliar (PAD) onde o indivíduo que era atendido não poderia deslocar-se de sua residência para ir em busca de orientações. Começaram a restringir o atendimento domiciliar devido a falta de verba, por deslocar funcionários e despender tempo, a indivíduos acamados e impossibilitados de procurar os serviços de apoio, o que não é o caso do indivíduo ostomizado.

Sentiu-se então, a necessidade de haver uma estrutura de apoio ao indivíduo ostomizado e criou-se então a ACO e um Grupo de Apoio ao Ostomizado (GAO), formado por profissionais da saúde engajados com a questão do "estar ostomizado". Como o equipamento utilizado pelos indivíduos é de alto custo, os associados compravam plástico e adesivo para confeccionar seus equipamentos que eram distribuídos entre os sócios. Com o passar do tempo, percebeu-se a importância de

divulgar e atender um maior número de pessoas na mesma situação, ou seja, que apresentavam uma ostomia. A luta teve um período de quatro anos, aproximadamente, até que se conseguiu a organização do Programa de Assistência ao Ostimizado (PAO) fundada no ano de 1988.

Desde então, vem-se fazendo esforços para se ter um serviço de qualidade e que possa abranger cada vez mais, um maior número de indivíduos. São prestados apoio técnico e psicológico por profissionais da saúde e pelos próprios indivíduos ostomizados, com suas trocas de experiências. Durante este tempo de existência do PAO, foram feitas expansões no cuidado ao indivíduo ostomizado, com a criação dos núcleos regionais, que hoje são em número de dezoito. Cada núcleo possui uma área de abrangência para os atendimentos e distribuição de equipamentos. Também de grande importância foram os Seminários realizados para a integração e troca de experiências e idéias entre as Regionais.

No ano de 1994, a ACO visitou de 75 à 80% das Regionais para a constatação da realidade em outras cidades. Em 1995, realizou-se o I^o Seminário de Intercomunicação de Pacientes Ostimizados com participação de dois representantes de cada Regional. O II^o Seminário foi realizado em quatro grandes regiões: Joaçaba, Rio do Sul, Joinville e Araranguá. O III^o Seminário foi realizado em novembro de 1997, Florianópolis, com um evento mais divulgado, onde poderiam participar os indivíduos que fizessem suas inscrições, sendo que assim se poderia contemplar um maior número de pessoas atingidas.

Em estudos realizados na cidade de Florianópolis em 1996 por profissionais da saúde que atuam com os indivíduos ostomizados, pôde-se efetuar um levantamento da situação destes pacientes no Estado de Santa Catarina. No estado, existem aproximadamente 700 pacientes, sendo que deste total, 48,7% são do sexo masculino e 51,3% do sexo feminino. Destes pacientes apenas 44,99% participam em grupo de crônicos e os outros 55,01% não participam. Pode-se perceber que a participação em grupos é pequena, mesmo sabendo que o apoio de pessoas com a mesma situação é de grande valia para a reintegração do indivíduo à sociedade.

Por isso é importante salientar o quanto é válido para o processo de educação em saúde dentro do hospital fazendo com que o paciente participe de sua recuperação e torne-se independente para um retorno tranquilo à sociedade. No âmbito extra-hospitalar, a nível ambulatorial o indivíduo que teve uma boa troca de informações e experiências dentro do hospital, poderá engajar-se em grupos de auto-ajuda, contribuindo para solucionar eventuais dúvidas de indivíduos na mesma situação.

Para Izzo apud Santos, 1996, "... o corpo que somos, depende de complexas ligações entre o eu e o mundo social ... O contato corporal (visual, tátil, palavra) funciona como que para confirmar a presença do ser humano e da aceitação deste, pelos outros".

3 – DESENVOLVENDO O MARCO CONCEITUAL

Para que a prática de enfermagem seja realizada de forma organizada e esteja guiada por uma metodologia científica, faz-se necessário a escolha de uma teoria, desenvolvendo assim, uma enfermagem eficaz, procurando observar e auxiliar nas necessidades do paciente, sejam elas físicas, emocionais ou psico-sociais.

No que diz respeito à marco conceitual, destacam-se Stevens (1979) e Neuman (1982) apud Kamers e Ramos (1997, p. 20) onde dizem que marco conceitual é "o conjunto de definições e conceitos inter-relacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente".

Souza (1984) apud Martins (1995, p. 37) enfatiza que, "para construir marcos conceituais, o enfermeiro pode utilizar dedutivamente conhecimentos gerais e de outras ciências ou partir indutivamente da prática profissional no sentido de construir explicações sobre o homem, saúde e a natureza da enfermagem".

Então, neste trabalho, os conceitos e definições estão baseados na Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem, a Teoria do Auto-cuidado e nos estudos sobre educação, desenvolvidos por Paulo Freire.

Dorothea E. Orem iniciou seus estudos na área de enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, EUA, e os concluiu no início do anos 30. O conceito de enfermagem de Orem foi publicado pela primeira vez

em 1959. Na terceira edição da sua teoria, Orem apresentou a teoria geral de enfermagem, formada por três construtos que são: Teoria do Auto-cuidado, Teoria das Deficiências do Auto-cuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (George, 1993).

George (1993) apud Quadros (1997, p. 28) diz que a teoria de enfermagem de Orem baseada nos três construtos é bem definida. "O construto do auto-cuidado divide-se nos três requisitos de auto-cuidados: Auto-cuidado Universal, Auto-cuidado de Desenvolvimento e Auto-cuidado que se desvia da saúde. O construto da deficiência do auto-cuidado é a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, porque ele identifica quando há necessidade da assistência de enfermagem. O construto dos sistemas de enfermagem divide-se nos sistemas de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação".

3.1 - PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA E. OREM APUD DUDAS ET AL (1994).

- "Os seres humanos requerem continuidade de informações para si mesmo e seu ambiente a fim de permanecerem vivos.
- Ação humana, ou poder de agir deliberadamente é exercitado na forma de cuidados consigo mesmo e com os outros nas necessidades identificadas.
- Os enfermeiros são caracterizados por seus conhecimentos de enfermagem e sua capacidade de usar este conhecimento e habilidade especializadas para exercer a enfermagem para outros numa variedade de situações.
- Auto-cuidado requer auto-administração.
- O auto-cuidado como uma forma de auto-regulação é necessário para a vida em si, para a saúde, para o desenvolvimento humano e para o bem estar geral.
- O auto-cuidado e os cuidados aos membros da família são aprendidos no contato dos grupos sociais, por meio de interações e comunicação.

- Alguns requisitos para o auto-cuidado são comuns à todos os seres humanos; outros são específicos dos estados de saúde dos indivíduos.
- Todo ser humano tem o potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas e a motivação essencial para o auto-cuidado e os cuidados de membros dependentes.
- Os pacientes tem requisitos de auto-cuidado projetados e existentes.
- Enfermeiros e pacientes agem juntos para atribuir os papéis de cada um na produção de cuidados e na regulação das capacidades de cuidados dos pacientes.
- Os sistemas de enfermagem são constituídos pelas ações das enfermeiras e dos pacientes que regulam a capacidade de auto-cuidado do paciente ao encontro de suas necessidades.
- A enfermagem é uma forma complexa de ação deliberada, executadas pela enfermeira durante algum tempo por causa de outros”.

Tendo como base os pressupostos de Orem, acredito que:

- O ser humano é capaz de tornar-se participativo no que diz respeito ao seu processo saúde-doença promovendo o seu bem estar;
- O indivíduo ostomizado deve ser responsabilizado, juntamente com os profissionais da saúde, pela evolução do seu quadro patológico;
- O auto-cuidado deve ser exercitado pelos indivíduo ostomizados, para que o seu retorno à sociedade seja mais fácil, devido a apresentação de um certo grau de independência;
- O(a) enfermeiro(a) deverá apresentar certo conhecimento sobre o "estar ostomizado" para entender os períodos de adaptação pelos quais este cliente passa;
- O ser humano é passível de mudanças e adaptações às novas situações existenciais e ao seu meio-ambiente;
- O auto-cuidado é algo inerente aos indivíduos;

➤ A educação em saúde é fundamental para a troca de informações entre enfermeiro(a) e cliente levando em conta os aspectos técnicos-científicos sem desprezar o conhecimento popular;

➤ É de vital importância o apoio de familiares, amigos e equipe de saúde para a evolução do quadro clínico do paciente.

3.2 - TEORIA DE DOROTHEA E. OREM

3.2.1 - TEORIA DO AUTO-CUIDADO

É a teoria que engloba o auto-cuidado, a atividade de auto-cuidado e a exigência terapêutica de auto-cuidado como também os requisitos para o auto-cuidado.

O autocuidado são as atividades exercidas pelo indivíduo e para ele mesmo, promovendo saúde e bem estar.

Para o indivíduo engajar-se ao auto-cuidado são necessárias as atividades de auto-cuidado, influenciadas pela idade, experiências, desenvolvimentos, entre outras.

Orem apresenta três requisitos, exigências para o auto-cuidado que são:

➤ *Requisitos universais para o auto-cuidado:*

Pertinentes a todos os seres humanos e associados a manutenção vital e funcionamento bio-psíco-emocional (ar, água, alimento, eliminação e excreção, atividade e descanso, solidão e interação social e funcionamento e bem estar humano).

➤ *Requisitos desenvolvimentais para o auto-cuidado:*

São as modificações e adaptações que sofremos durante nosso desenvolvimento e ciclo vital.

➤ *Requisitos por desvio de saúde:*

Aqueles exigidos quando do aparecimento de patologias, diagnóstico médico.

Nesta teoria, Orem explica o que ela quer dizer com auto-cuidado e o que implica em realizá-lo.

3.2.2 - TEORIA DO DÉFICIT DE AUTO-CUIDADO

É a essência vital da Teoria de Dorothea E. Orem, já que delinea as ações da enfermagem. A enfermagem faz-se presente no momento que o indivíduo não é capaz de exercer seu auto-cuidado ou, quando o indivíduo precisa incorporar medidas novas ao seu cuidado, necessitando assim, de habilidades especializadas para que as suas tornem-se aptas também.

Orem descreve, nesta teoria, cinco métodos de ajuda que são o fazer, guiar, apoiar, propiciar ambiente e ensinar.

3.2.3 - TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

Existem três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de auto-cuidado dos pacientes, identificados por Orem.

➤ *Sistema totalmente compensatório:*

Quando o indivíduo é incapaz de mover-se para a realização do seu auto-cuidado, seja por patologia ou prescrição médica. Neste caso a enfermagem desempenha o cuidado total ao paciente.

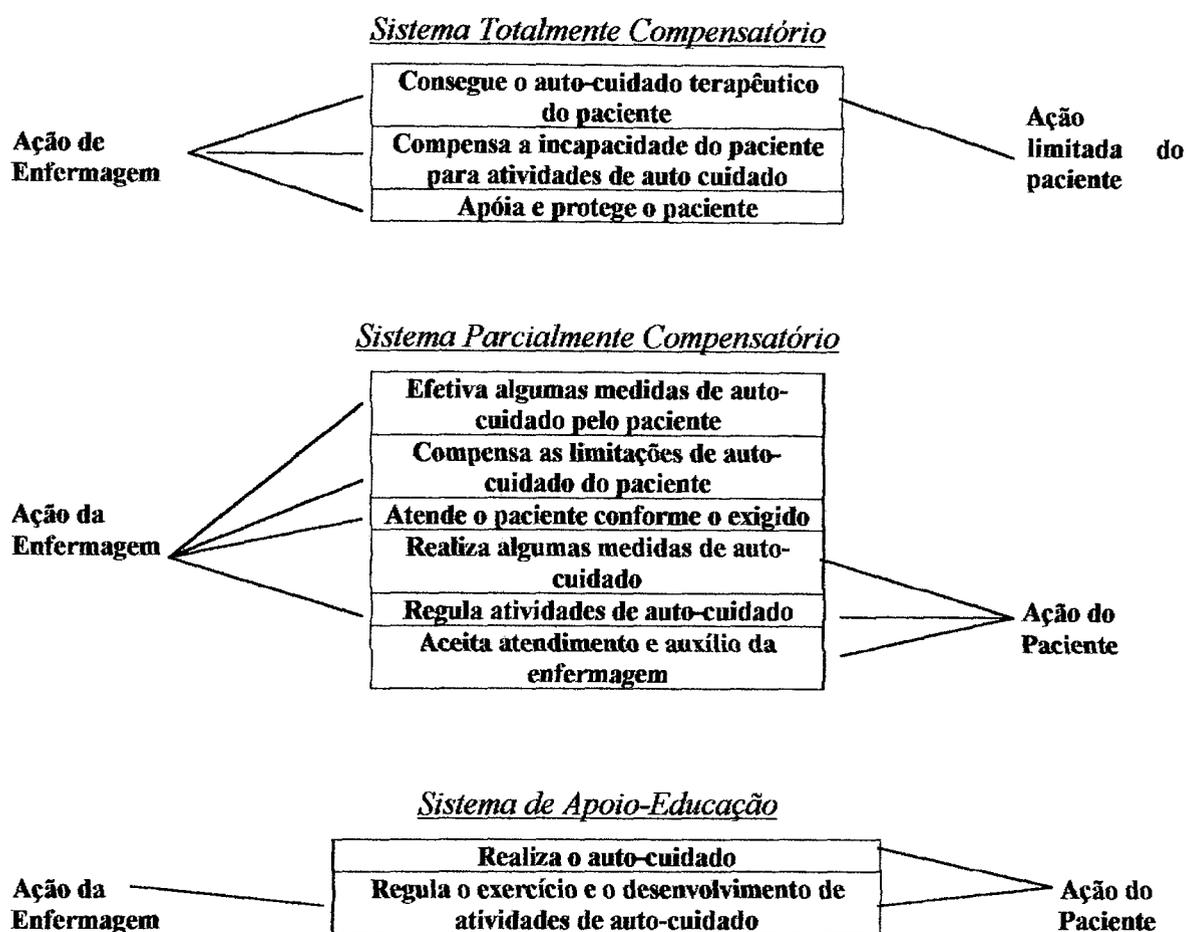
➤ *Sistema parcialmente compensatório:*

Quando o indivíduo e o(a) enfermeiro(a) desempenham o cuidado.

➤ *Sistema de apoio/educação:*

Quando o indivíduo pode exercer seu auto-cuidado e precisa de auxílio em cuidados específicos. O papel da enfermagem é de tornar o paciente responsável pelo seu cuidado.

3.2.4 - SISTEMAS DE ENFERMAGEM (George, 1993, p. 95)



3.3 - CONCEITOS DE ACORDO COM A TEORIA DE DOROTHEA E. OREM

Usando os conceitos que Orem aplica em sua Teoria de Enfermagem, poderemos adaptá-lo aos pacientes a que este trabalho está direcionado. Para Orem:

Ser Humano

"Seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos e ou a outros" (George 1993, p. 96).

Ainda de acordo com Orem, encontra-se em George (1993) que o funcionamento humano inclui além dos aspectos físicos, aspectos psico-sociais, interpessoais e sociais. Orem diz que o ser humano tem a capacidade para aprender e desenvolver-se, que a capacidade para o auto-cuidado não é algo inato e sim algo que se aprende.

O ser humano é "uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento humano está ligado ao seu ambiente e, junto, ser humano e ambiente formam um todo integrado ou sistema". Orem (1971) apud Kamers e Ramos (1997, p. 21).

Neste estudo o ser desenvolvido, o ser humano visado é o indivíduo ostomizado que tem sua auto-imagem distorcida, alterada e que para sua reintegração na sociedade tem necessidade de desenvolver seu auto-cuidado.

Meio Ambiente

Conforme Santos (1991) apud Kamers e Ramos (1997, p. 22) "meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas, ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. Qualquer alteração ou influência em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente) pode afetar o funcionamento dos indivíduos no desempenho das ações de auto-cuidado".

Para a realização do estudo junto ao indivíduo ostomizado, há que se levar em conta sua casa, seu trabalho/estudo ou seja, lembrar que este indivíduo faz parte

e ocupa um espaço físico/geográfico e que sua vida e as pessoas que fazem parte dela compõem um contexto sócio-cultural e histórico importante.

Acadêmica e cliente, encontrar-se-ão, em dois meio-ambientes distintos. Ambiente hospitalar, mais precisamente o Hospital Universitário, onde se pretende acompanhar desde a chegada do paciente à unidade, como no pré, trans e pós-operatório. Em ambiente ambulatorial, na Policlínica de Referência Regional (PAO) e grupos de vivência, dar-se-á continuidade ao trabalho de apoio e aprendizagem com o indivíduo ostomizado agora reintegrando-se à sua vida social.

Saúde

Segundo George (1993), Orem compartilha o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz que saúde é o bem estar físico, mental e social e não de simples ausência de enfermidades. Orem destaca que "os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo (George, 1993, p. 36). Ainda para George, Orem apresenta a saúde com base em cuidados preventivos nos três níveis.. Ao nível primário, fica a promoção e manutenção da saúde; ao nível secundário o tratamento da doenças/ferimento e a nível terciário a prevenção das complicações.

No caso do indivíduo ostomizado, a saúde está comprometida no que diz respeito ao aspecto biológico, psicológico, interpessoal e social, já que o início se dá no momento do diagnóstico até que o indivíduo retorne a sua vida social, carregando neste momento o conceito imposto pela sociedade sobre o que é ou não apresentar-se saudável.

Enfermagem

Orem declara, de acordo com George (1993, p. 97) que enfermagem é um "serviço humano. Um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser trocado". "Enfermagem é ação voluntária... uma função da inteligência prática dos enfermeiros... de causar condições humanamente

desejadas nas pessoas e seus ambientes... a enfermagem difere de outros serviços humanos... pela maneira como ela focaliza os seres humanos".

Para Orem, a enfermagem envolve arte e prudência, serviço, papéis e tecnologia. A arte abrange "a realização de uma determinação global das razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem" (Orem apud George, (1993, p. 96). A prudência diz respeito a qualidade dos profissionais, dando-lhes de buscar e aceitar conselhos em situações difíceis de trabalho, a julgar corretamente, a tomar decisões e a agir. Como serviço, funciona como ajuda aos indivíduos com funções desempenhadas por enfermeiros(as) no intuito de auxiliar estes indivíduos a realizar seu cuidado ou realiza por ele, modificando-o e ao seu meio ambiente.

Nos papéis, sabe-se que os papéis de enfermeiro e cliente são complementares ou seja, a reação de uma influencia na ação do outro. Ambos trabalham para alcançar a mesma meta, o mesmo objetivo. E nas tecnologias, Orem inclui como sendo fundamental a comunicação adequada à idade, desenvolvimento, saúde e orientação sócio-cultural; realizar e manter relações interpessoais e terapêuticas, doar, ajudar, manter e promover os processos vitais e promover o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Na enfermagem, as tecnologias são os sistemas de informação de um processo para alcançar um resultado desejado através de esforços, usando ou não materiais ou instrumentos (Kamers e Ramos, 1997 e George, 1993).

Neste estudo, a enfermagem que se preocupa com o bem estar do indivíduo e tem uma meta a alcançar, sendo o seu objetivo principal prestar ou ajudar a prestar o auto-cuidado, vem de encontro com o que o indivíduo ostomizado necessita. O objetivo da enfermagem é manter o indivíduo saudável mesmo estando em condição crônica e para isso, inclui-lo nas decisões sobre o seu corpo e fazê-lo co-responsável pelo avanço em sua melhora.

Além disso, pretender a inclusão da participação de familiares, amigos e/ou pessoas próximas na recuperação do estado geral do paciente, sendo que para isso é necessário a troca de informações. Esta troca, de forma horizontal, ou seja, troca de

conhecimentos técnico-científicos por parte da enfermagem e conhecimentos populares (crenças, valores...) por parte do paciente e família, proporcionando a educação em saúde, que deve ser uma função e meta do(a) enfermeiro(a).

Como relata Freire (1987), "o diálogo é uma exigência existencial". O diálogo é o encontro onde se confraternizam agir e refletir para transformar o mundo em humanizado. Não é a simples troca de idéias ou o depósito da idéia de um sujeito no outro. O importante da educação é que os "homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão do mundo manifestada, implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros". (Freire 1983, p.141).

Auto-cuidado

Em George (1993, P. 91) Orem diz que o auto-cuidado é a "prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar".

O auto-cuidado é o cuidado desempenhado pelo indivíduo para si mesmo e esta capacidade é condicionada pela idade, desenvolvimento, experiência de vida, nível sócio-cultural, saúde e recursos.

As ações de auto-cuidado são os requisitos de auto-cuidados ou exigências, tais como:

➤ Requisitos universais associados aos processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento humano. São comuns a todos os seres durante todo o ciclo de vida.

➤ Requisitos desenvolvimentais, são eventos que causam mudanças e exigem algum tipo de adaptação na vida dos indivíduos.

➤ Requisitos relativos aos desvios de saúde, são aqueles necessários quando em condições de doença, ferimentos ou seja desvios funcionais e seus efeitos.

O auto-cuidado executado pelos indivíduos ostomizados é aquele que diz respeito aos períodos de adaptação que envolve este tipo de paciente. O indivíduo

utiliza o auto-cuidado desde o momento em que deve formular um novo conceito de auto-imagem, quando tem que aprender o manuseio do equipamento que deverá usar até o momento em que se relacionará com os outros indivíduos se aceitando e procurando mostrar a si mesmo que pode levar uma vida perfeitamente normal. O auto-cuidado utilizado de forma eficaz e contínua é proveitosa, promovendo e mantendo a saúde do indivíduo que o utiliza (Kamers e Ramos, 1997 e George 1993).

Como Orem não apresenta conceito sobre educação e propus-me à utilizar Paulo Freire, desenvolvi segundo leituras deste autor e conceitos do mesmo, conceito sobre educação.

Educação

Para Freire (1983) a educação é a troca de conhecimentos entre educador e educando, sendo que este educador enquanto educa é também educado. Este autor ainda diz que para que haja educação, há necessidade de diálogo e comprometimento. A importância da educação é que os homens sentem-se sujeitos do que pensam, discutem seus pensamentos e sua visão de mundo, implícita ou explicitamente.

Levando-se este pensamento em consideração, posso direcionar a educação em saúde para o cliente ostomizado, como sendo a troca de conhecimentos entre cliente/profissionais da saúde, sendo estes conhecimentos específicos ou populares, buscando a promoção do auto-cuidado. Para que ocorra o engajamento para o auto-cuidado, é necessário saber das reais necessidades e interesses do cliente e levar em conta o conhecimento por ele já adquirido.

3.4 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem proposto por Dorothea E. Orem, propõem a determinação das deficiências de auto-cuidado e a definição de quem irá satisfazer estas exigências, o indivíduo ou o(a) enfermeiro(a) (Geroge, 1993).

Segundo Orem apud Santos (1991), o processo de enfermagem parte da premissa de que a enfermagem é mais do que as atividades desempenhadas pelo(a) enfermeiro(a) à seu cliente. Ressalta que somente as ações selecionadas para atingir um objetivo é que são inerentes à enfermagem. Orem ainda diz que os resultados alcançados pelos(as) enfermeiros(as), trarão benefícios ao cliente, quando se consegue o auto-cuidado terapêutico do cliente, as ações de enfermagem direcionam as ações responsáveis de auto-cuidado e quando membros da família, amigos ou qualquer outro indivíduo leigo, tornam-se progressivamente capazes de tomar decisões no auto-cuidado do cliente ou prover cuidado sob supervisão da enfermagem.

Resumindo, o processo de enfermagem para Orem apud Santos (1991), diz que as ações realizadas devem estar de acordo com os objetivos desejados, levar em conta os fatos tecnológicos, humanos e ambientais, serem realizadas de acordo com o planejado fazendo ajustes quando necessário e devem ser supervisionadas para o controle da realização ou não destas ações.

O processo de enfermagem, segundo Orem, divide-se em três etapas, que descreverei à seguir, observando a importância da compreensão das diferentes etapas.

3.4.1 – DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO

Segundo George (1993), Orem define como a fase onde se determina a necessidade ou não de cuidados da enfermagem. É a parte de investigação feita pelo(a) enfermeiro(a), fazendo julgamento da situação do cliente, podendo tomar

suas decisões sobre o que pode ou deve fazer (Orem apud Santos, 1991) Orem ainda sugere as seguintes perguntas:

- “Qual a demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente? Agora? Futuramente?”

- “O cliente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado de modo à satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado?”

- “Se tem, qual a natureza e as razões para sua existência?”

- “Deve o cliente ser impedido de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger capacidades de auto-cuidado já desenvolvidas para propósitos terapêuticos?”

- “Qual é o potencial do cliente para se engajar nas ações de auto-cuidado em período futuro? Aumentar ou aprofundar o conhecimento do auto-cuidado? Aprender técnicas de auto-cuidado? É benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado? Incorporações de medidas efetivas de auto-cuidado incluindo novas no sistema de auto-cuidado e na vida diária?”(Orem apud Santos, 1991)

3.4.2 – PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Em Dupas et al (1984), encontra-se que nesta etapa o(a) enfermeiro(a) descreve com detalhes as habilidades e dificuldades do cliente, família e outros na prestação de assistência. Esta Segunda etapa envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem, segundo Orem apud Santos (1991).

Para a teórica, utiliza-se dois tipos de conhecimentos para projetar-se sistemas de enfermagem válidos: o conhecimento factual que deriva do cliente e o conhecimento geral. Depois de adquiridos estes conhecimentos faz-se a passagem da projeção dos sistemas de enfermagem para modos e meios de sua produção.

É a fase de planejamento e assistência onde se deve especificar as condições de tempo, lugar, técnica, duração, ambiente para a realização do auto-cuidado (Dupas et al, 1984).

3.4.3 – PROVISÃO E CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

É a etapa que corresponde à fase prática do processo de enfermagem. Constitui um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas (Orem apud Santos, 1991).

O(a) enfermeiro(a) presta auxílio "ao cliente (ou à família)... no que se refere ao auto-cuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde e a ela ligados ... coletando evidências que descrevam os resultados dos cuidados ... utilizando tais evidências na avaliação dos resultados alcançados, em comparação com os resultados especificados no plano do sistema de enfermagem" (George, 1993, p. 102).

Durante o desenvolvimento do meu trabalho precisei fazer alguns ajustes do processo utilizado por Orem com o processo utilizado pela instituição, que é segundo Wanda Horta. Acabei, então, por adaptar as três etapas do processo de Orem, com as quatro etapas de Horta.

No decorrer do trabalho não tive a oportunidade de realizar nenhum histórico de enfermagem utilizado na unidade. Desenvolvia as etapas do processo na evolução diária do cliente que é feito através do método Weed (SOAP).

1ª ETAPA – Certificava-me dos dados expostos no histórico, utilizando-me das perguntas propostas por Orem, fazendo o julgamento sobre as necessidades do cliente para o auto-cuidado.

2ª ETAPA – Através de conversas com o cliente, sabia de suas capacidades, incapacidades e habilidades para engajar-se no auto-cuidado. Projetava os sistemas de enfermagem.

3ª ETAPA – Checava a resolutividade do plano traçado no dia anterior, alterando este plano se necessário.

4 – DESENVOLVENDO A METODOLOGIA

○ presente estudo foi desenvolvido em dois ambientes distintos.

Primeiramente, à nível hospitalar, no Hospital Universitário (H.U.). O indivíduo ostomizado, alvo do trabalho aqui mencionado, estava internado na Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II).

Durante o período de estágio, foram internados 06 clientes para cirurgia coloproctológica e confecção de ostomas. Atendi à toda a demanda da unidade, por vezes 02 clientes ao mesmo tempo.

Além destes clientes, pude acompanhar duas clientes internadas na Unidade de Internação Cirúrgica I (UIC I) e um cliente da Unidade de Clínica Médica I (UCM I).

A UIC II unidade situa-se no 4º andar do HU e é composto por 12 quartos, completando um total de 30 leitos. Nesta unidade são atendidos clientes no pré e pós-operatório das especialidades plástica, ortopedia, coloproctologia, urologia e vascular. Eventualmente são atendidos clientes de outras especialidades e de cirurgia geral. São atendidos clientes de cirurgias eletivas e de cirurgias emergenciais.

As visitas médicas são realizadas no período da manhã:

3ª feiras	- Urologia	- 09:00 horas
4ª feiras	- Vascular	- 10:15 horas
5ª feiras	- Ortopedia	- 08:00 horas
6ª feiras	- Proctologia	- 08:30 horas

As visitas de familiares são feitas no período da tarde, das 14:30 às 17:30 horas, todos os dias da semana.

A unidade de Internação Cirúrgica II é uma unidade bem iluminada, por iluminação artificial e por janelas amplas. Possui boa ventilação. O espaço físico é suficiente para uma boa mobilização de clientes e funcionários, bem como dos móveis, macas, cadeiras de rodas e outros equipamentos possíveis de movimentação.

Outra unidade à ser utilizada durante o estudo é o Centro Cirúrgico. Este, tal qual a UIC II, localiza-se no 4º andar do Hospital Universitário. Para chegar à esta unidade, especificamente, existe um elevador com duas portas, sendo que um lado separa o corredor de circulação normal da parte interna da unidade. A unidade possui uma entrada restrita à funcionários e clientes, vestiários feminino e masculino, copa, sanitários e salas cirúrgicas.. Estas encontram-se em número de cinco, sendo que são mais utilizadas 4 delas. O Centro Cirúrgico possui também, a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), podendo ser ocupada por até 5 clientes. Nesta unidade são realizadas cirurgias de todas as especialidades e cirurgia geral, podendo ser cirurgias eletivas ou de emergência.

No que diz respeito ao nível ambulatorial o local de escolha é a Policlínica de Referência Regional, no Centro de Florianópolis, situada à rua Esteves Júnior. Na Policlínica funciona vários programas especiais como de diabetes, hipertensão arterial sistêmica, planejamento familiar, entre outros, sendo que um deles é o PAO (Programa de Assistência ao Ostomizado) objeto deste relatório. O PAO funciona no primeiro andar da mesma policlínica, próximo aos programas especiais. Existem salas onde são realizadas as consultas médicas e de enfermagem, marcação de horário, distribuição de bolsas e cadastramento de novos clientes no programa e toilette para utilização de funcionários e clientes. Além destes serviços, o PAO tem como atividade assistencial os grupos de vivência, onde ocorrem reuniões com a participação de clientes ostomizados, familiares e profissionais da saúde, entre eles enfermeira, nutricionista e psicóloga. As reuniões dos grupos de vivência realizam-se em salas pré-determinadas, mas não fixas, todas as terças-feiras do mês. Existem 4 grupos com aproximadamente 30 pessoas em cada grupo.

Os clientes que chegam ao programa, são provenientes de hospitais, clínicas ou por saber do programa através de outras pessoas. São atendidas, em média 80 pessoas por mês. Os clientes atendidos são de ambos os sexos e de todas as faixas sociais e etárias. Nos grupos de vivência são discutidos assuntos do dia-a-dia nas vidas dos indivíduos ostomizados, questões de cidadania, direitos e deveres, lazer e todos os assuntos apontados pelos indivíduos e profissionais como de grande importância à ser discutido pelo grupo.

4.1 – QUESTÕES ÉTICAS DO RELATÓRIO

É preciso salientar e lembrar os direitos reservados aos clientes, como o direito de receber tratamento sem discriminação de raça, cor, credo, sexo; receber assistência de boa qualidade sem correr o risco de imprudência, negligência; o cliente tem direito à adequadas informações sobre o benefício ou riscos do seu tratamento, de decidir sobre a sua pessoa. Deve, a enfermagem, exercer a profissão com competência, respeitar o pudor de seus clientes, manter sigilo, solicitar autorização do cliente para divulgar qualquer dado à ele referente.

Procurei respeitar a vontade do cliente de participar ou não deste estudo e sempre que a resposta foi positiva, garantir o sigilo, a individualidade e a privacidade.

4.2 – OBJETIVO GERAL

Assistir o indivíduo ostomizado, durante seu processo hospitalar e ambulatorial, visando inserir em seu cotidiano a execução do auto-cuidado com a participação do(a) enfermeiro(a) na educação em saúde.

4.3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS - ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

OBJETIVO 1

Reconhecer o meio ambiente (hospitalar-ambulatorial) onde está inserido o indivíduo ostomizado.

Estratégias:

➤ *Reconhecer área física do Hospital Universitário (HU), mais precisamente, a Clínica Cirúrgica II e a Policlínica de Referência Regional (PAO);*

➤ *Inteirar-se sobre o tipo de clientela, dinâmica de atendimento e encaminhamento de clientes em ambos os campos de estágio;*

➤ *Inteirar-se sobre o meio de onde esse cliente vem e para onde ele irá quando sair do ambiente hospitalar / ambulatorial;*

➤ *Conhecer o espaço físico / geográfico que este cliente ocupa.*

Avaliação:

➤ *Este objetivo terá sido alcançado quando puder visualizar o fluxo da clientela e seus encaminhamentos, dentro da unidade de internação ou no programa da Policlínica.*

➤ *Este objetivo terá sido alcançado quando na coleta de dados do cliente, a aluna puder certificar-se sobre o espaço físico / geográfico e sócio / cultural que o indivíduo ocupa.*

Aprazamento:

Meses de fevereiro à junho.

OBJETIVO 2

Revisar bibliografias existentes sobre o assunto, relacionando-os com a realidade do meio ambiente em que se realizará o estudo.

Estratégias:

➤ *Iniciar leitura e fichamento de bibliografias indicadas pela orientadora / supervisora, anteriormente ao início do estágio;*

➤ *Realizar leitura sobre o indivíduo ostomizado, tipo de equipamentos, recursos disponíveis para oferecer suporte a sua condição de crônico...;*

➤ *Procurar materiais específicos (material bibliográfico e equipamentos) conforme dúvidas vivenciadas durante o decorrer do trabalho;*

➤ *Procurar solucionar dúvidas com orientadora, supervisora e outros profissionais;*

➤ *Discutir assuntos técnicos-científicos com profissionais da área e de outros campos da saúde.*

Avaliação:

➤ *O objetivo será alcançado quando puder prestar cuidados inerentes à enfermagem, com segurança, criatividade e conhecimento técnico e científico;*

➤ *Alcançarei este objetivo quando diante de dificuldades apresentadas no manuseio e interação com o cliente, puder pesquisar e sanar dúvidas com profissionais mais experientes;*

➤ *Será alcançado quando puder discutir e trocar experiências com outros profissionais;*

➤ *O objetivo será alcançado quando puder relacionar a teoria lida e estudada em bibliografias específicas com a prática vivenciada no estágio (exemplo – cirurgia).*

Aprazamento:

No início do estágio, meses de fevereiro de 1997 e início de março de 1998 e durante toda a implementação do trabalho, quando houvesse dúvidas e reflexões à serem feitas. No dia-a-dia do estágio. Fevereiro / março / abril / maio e junho.

OBJETIVO 3

Aprofundar os estudos sobre a Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem e sobre a educação enfocada por Paulo Freire, utilizados no trabalho.

Estratégias:

- *Leitura da Teoria de Dorothea E. Orem;*
- *Leitura dos estudos de Paulo Freire;*
- *Avaliar e discutir a implementação da teoria dentro do contexto e metodologia da unidade;*
- *Revisar material da VIIIª Unidade Curricular, sobre teóricos da enfermagem;*
- *Discutir com a orientadora / supervisora sobre o andamento da aplicação da teoria e estudo.*
- *Consultar trabalhos já realizados (dissertações e monografias) com o suporte da teoria de Orem e dos estudos de Paulo Freire sobre educação*

Avaliação:

➤ Este objetivo terá sido alcançado quando os objetivos (estratégias) tiverem sido cumpridos.

Aprazamento:

- Meses de março, abril, maio e junho.

OBJETIVO 4

Promover troca de conhecimentos entre cliente / família / acadêmica à nível hospitalar e ambulatorial, através do processo de educação em saúde.

Estratégias:

- *Manter interação com cliente para saber as suas reais necessidades de informação / esclarecimento;*
- *Juntamente com os funcionários, aprender e aprofundar temas técnicos / científicos, sobre o indivíduo ostomizado.*
- *Promover troca de conhecimentos entre acadêmica – equipe – cliente, de maneira horizontalizada, onde a experiência de todos é levada em conta.*
- *Incluir a família no processo ensino aprendizagem.*

Avaliação:

- *O objetivo terá sido alcançado quando se puder estabelecer interação entre cliente / acadêmica, de forma à poder ouvir e tirar proveito das dúvidas alheias;*
- *Será alcançado quando a família tiver participação efetiva na melhora do cliente, incentivando o auto-cuidado, trocando idéias...*
- *Terá sido alcançado quando cliente e equipe puderem trocar conhecimentos sobre estar ostomizado.*

Aprazamento:

- *Durante todo o período de estágio, nos meses de março, abril, maio e junho.*

OBJETIVO 5

Aplicar na íntegra, o processo de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório, incluindo nesta fase o período ambulatorial.

Estratégias:

➤ *Aprofundar a implementação do processo de enfermagem segundo Dorothea E. Orem dentro da unidade;*

➤ *Adequar o processo de enfermagem de Dorothea E. Orem dentro do processo de enfermagem implementando na Unidade Cirúrgica do Hospital Universitário;*

➤ *Encaminhar cliente para a Policlínica de Referência Regional para que se dê continuidade ao processo de auto-cuidado, segundo Dorothea E. Orem;*

➤ *Observar coleta de dados, respeitando princípios e pressupostos da teoria de Orem, registrando estes dados com a maior fidelidade possível;*

➤ *Reunião com orientadora / supervisora para avaliar a operacionalização do processo de enfermagem;*

➤ *Conduzir a passagem de plantão;*

➤ *Participar das passagens de plantão.*

Avaliação:

➤ *Este objetivo terá sido alcançado quando os registros estiverem de acordo com a teoria de Orem;*

➤ *Terá sido alcançado o objetivo, se os três estudos realizados tiverem sido apresentados para orientadora, supervisora e equipe de saúde;*

➤ *Será considerado cumprido, quando a acadêmica participar dos plantões;*

➤ *O objetivo será alcançado, se as anotações do estudo de caso estiverem de acordo com o processo de enfermagem proposto por Orem.*

Aprazamento:

➤ *Durante os meses de maio e junho.*

OBJETIVO 6

Apresentar estudos de caso de três clientes à orientadora / supervisora e interessados.

Estratégias:

- *Coletar material para estudos;*
- *Comunicar ao cliente a divulgação do seu estudo de caso, pedindo sua permissão;*
- *Preparar apresentação para os estudos;*
- *Convocar reunião com orientadora / supervisora para acompanhamento do andamento dos estudos;*
- *Convocar orientadora / supervisora e interessados para apresentação.*

Avaliação:

- *O objetivo será alcançado quando os três estudos estiverem sido apresentados;*
- *Será alcançado quando se puder fazer uma avaliação da qualidade dos estudos.*

Aprazamento:

- *Durante o mês de abril, maio e junho.*

OBJETIVO 7

Desenvolver habilidades técnicas com clientes em outras situações de saúde-doença.

Estratégias:

- *Realizar procedimentos técnicos diversificados;*
- *Auxiliar a equipe em processos técnicos;*

Avaliação:

- Este objetivo terá sido alcançado quando puder realizar técnicas de enfermagem com supervisão;
- Estará cumprido quando a supervisora observar e orientar sobre o desenvolvimento de técnicas.

Aprazamento:

- Durante todo o processo de estágio, nos meses de março, abril, maio e junho.

OBJETIVO 8***Participar das reuniões da Policlínica, dos Grupos de Vivência.******Estratégias:***

- *Acompanhar reuniões do Grupo de Vivência;*
- *Participar das discussões do grupo;*
- *Levar para o grupo, conhecimentos adquiridos;*
- *Encaminhar clientes atendidos à nível hospitalar, para as reuniões e consultas na Policlínica;*
- *Auxiliar nas reuniões dos grupos;*
- *Propor dinâmica de grupo para o andamento das reuniões;*
- *Elaboração de cartaz contendo produto do desenvolvimento do grupo;*
- *Apresentar o cartaz levando resposta as dinâmicas apresentadas e aplicadas.*

Avaliação:

- Será cumprido o objetivo, quando souber o calendário das reuniões e datas e assuntos discutidos;

➤ Será alcançado quando a acadêmica tiver implantado alguma dinâmica de grupo;

➤ Se terá cumprido o objetivo, quando apresentar o cartaz elaborado pela acadêmica;

➤ O objetivo será cumprido quando a acadêmica tiver participação ativa nas reuniões dos grupos de vivência;

➤ Se terá cumprido o objetivo quando a acadêmica tiver participado de, no mínimo duas reuniões;

➤ Considerar-se-á o objetivo alcançado, quando alguns clientes encaminhados, apresentarem-se para reuniões, consultas no programa.

Aprazamento:

➤ Durante o decorrer do estágio, nos meses de março, abril, maio e junho.

5 – AVALIANDO E REFLETINDO SOBRE OS OBJETIVOS PROPOSTOS

5.1 – RECONHECENDO O MEIO AMBIENTE ONDE O INDIVÍDUO OSTOMIZADO ESTÁ INSERIDO

O contato com o indivíduo ostomizado já havia iniciado antes da proposta deste trabalho final. Este indivíduo que vive uma situação crônica de vida, carregando um equipamento que torna-se incômodo no seu cotidiano, tomou grande dimensão no meu processo profissionalizante e tornou-se assunto de grande interesse para mim. Por este motivo, antes mesmo de reiniciarem as aulas, procurei conhecer melhor a Policlínica de Referência Regional, mais precisamente o PAO (Programa de Assistência ao Ostomizado). Além deste programa, a Policlínica oferece à população outros programas, como o de hipertensão, diabetes, osteoporose, prevenção do câncer, tuberculose, planejamento familiar, adolescente, epilepsia, saúde comunitária, nutrição e assistência domiciliar. Nestes programas são atendidos clientes encaminhados de outros serviços de saúde e clientes encaminhados por outros indivíduos que conhecem o trabalho desenvolvido na Policlínica.

Quando da minha primeira visita ao PAO, falei com um enfermeiro que lá trabalhava e este não pode esclarecer-me e colocar-me à par do serviço prestado, pois sua experiência no programa era de pouco tempo, mas neste dia pude ter uma

melhor percepção da área física que ocupa. O PAO dispõem de um espaço físico, composto por consultório, sala de agendamento e entrega / recebimento de equipamento, sala de guarda de material e corredor onde estão dispostas cadeiras e sofá, funcionando como sala de espera. Esta estrutura localiza-se no primeiro andar da policlínica (anexo 1). Neste espaço físico são realizadas consultas de enfermagem e médica, mediante prévio agendamento. As consultas de enfermagem podem ser individuais ou com participação de familiares / amigos. Em outra sala são agendadas as consultas e são feitos os cadastramentos de novos clientes para as reuniões do grupo de vivência e recebimento de equipamentos.

Os grupos de vivência fazem suas reuniões uma vez por mês, sempre as terças-feiras. Estas reuniões ocorrem na própria Policlínica, no 6º andar em uma sala de reuniões. Nesta sala estão disponíveis cadeiras, uma mesa e televisão mais videocassete. Iniciam-se, as reuniões, as 14:00 horas e tem duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, podendo estender-se conforme assuntos à serem postos em pauta (anexo 2).

Assim está constituído o PAO, com as consultas, recebimento de equipamentos, conversas e com os grupos de vivência. Hoje o PAO possui em todo o estado de Santa Catarina, 700 clientes cadastrados aproximadamente e mais especificamente na cidade de Florianópolis, 130 clientes em média. Quando o cliente é encaminhado para o programa na cidade de Florianópolis, ele deve procurar a Policlínica e fazer seu cadastramento, participando das reuniões e para receber seu equipamento (anexo 3). Mas nem sempre o cliente atendido será proveniente desta cidade; então deve-se fazer um encaminhamento para a cidade mais próxima de sua ou para a sua cidade mesmo, onde fará o mesmo procedimento. O PAO preocupa-se em orientar os serviços de saúde à encaminharem seus clientes ostomizados. Para o encaminhamento, estão dispostos mapas com a representação dos núcleos do programa de acordo com suas regiões ou microrregiões, somando o número de 18 (anexo 4). O PAO tem como objetivo assistir as pessoas ostomizadas do estado de Santa Catarina e como ações, segundo Trentini e Martins (1997), a continuidade do cadastramento, garantindo assim, o controle e a organização dos ostomizados, e os suportes de saúde por eles utilizados

no estado de Santa Catarina; a articulação para a construção da rede de intercomunicação de clientes ostomizados através da formação e formalização dos núcleos; a construção de grupos de vivência, na busca de qualidade de vida da pessoa ostomizada; a viabilização do processo de e comunicação entre núcleos e hospitais, possibilitando um suporte adequado ao candidato a ostomia e a articulação da edição e publicação do jornal da Associação Catarinense de Ostomizados.

A nível hospitalar, a unidade que concentrei meus estudos foi a UIC II (Unidade de Internação Cirúrgica II). Nesta unidade estão disponíveis 12 quartos com 30 leitos, sendo que nestes leitos são atendidos clientes de diversas especialidades médicas, como ortopedia, plástica, coloproctologia, urologia e vascular. Nestes quartos estão dispostos até 04 leitos, separados por sexo (não se terá num mesmo quarto uma pessoa do sexo masculino e outra do sexo feminino) (anexo 5).

A enfermagem ocupa uma sala de chefia, posto de enfermagem, sala de medicação e de curativo, sala onde os funcionários guardam seus pertences e também são guardados materiais de utilização na unidade, como suportes de soro, biombos, aparelhos ortopédicos, colchões entre outros. Além disso a unidade dispõe de expurgo, copa (sala de lanche), banheiro para funcionários e no final do corredor da unidade fica um espaço para repouso dos clientes com mesa, bancos e algumas revistas. As passagens de plantão ocorrem em uma sala de aula, que situa-se no início da unidade, onde estão disponíveis mesas (02), cadeiras, quadro negro...

A unidade está situada no 4º andar do Hospital Universitário ao lado da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no mesmo andar do Centro Cirúrgico.

O Centro Cirúrgico também foi utilizado por mim como campo de estágio. Neste, estão disponíveis 5 salas cirúrgicas sendo que destas são utilizadas apenas 4. Possui dois corredores (1 interno e 1 externo), sala da chefia de enfermagem, sala para refeições, vestiários masculino e feminino, 2 expurgos, 2 elevadores internos para transporte de materiais, sala para guarda de material esterilizado, posto de enfermagem, sala de anátomo-patológico, sala de indução anestésica e sala de RX.

Pude perceber que toda a infra-estrutura oferecida para o atendimento do indivíduo ostomizado e não só para este tipo de cliente, é bastante complexa e equipada. Estão disponíveis materiais próprios para a cirurgia coloproctológica, e equipamento para colostomia para utilização dos clientes e da equipe de enfermagem. No geral, é uma boa estrutura para suprir as necessidades dos clientes, mas alguns erros são observados no manuseio de equipamento e treinamento dos profissionais, que deveriam ter uma melhor visão da complexidade que é a assistência à estes clientes, tanto no campo físico como emocional.

É preciso treinar mais o pessoal que está em contato com indivíduos ostomizados, tanto no Centro Cirúrgico, quanto na UIC II, principalmente a técnica da observação, de atendimento dos processos de adaptação do indivíduo, de garantir à ele uma reintegração à sociedade com garantia de continuação do serviço de saúde extra-hospitalar. E para garantir estes serviços, se faz necessário que o cliente tenha sido encaminhado de forma correta, ou seja, clientes de Florianópolis encaminhados para a Policlínica e os clientes que aqui não residirem, sejam encaminhados para seus núcleos espalhados por todo o estado.

Também ficou evidente para mim, a importância de conhecer o espaço, que esse cliente ocupa fora do contexto hospitalar / ambulatorial. Quando se trata de indivíduos não se pode esquecer que antes de ser alguém que necessita de cuidados, este indivíduo ocupava um espaço físico, ou seja, ocupava um lugar onde mora, trabalha, estuda... Que o indivíduo faz parte de uma comunidade, como cidadão, membro de associações, participante, pai/mãe de família. Este indivíduo quando necessita de uma intervenção especializada, não deixa de ser a pessoa que antes era. Deixa, sim, de ser participante em certas atividades, mas nós como profissionais não podemos nos esquecer que depois de sua estada em um hospital / clínica / ambulatório, ele necessitará retornar as suas atividades e para esta reintegração à sua vida anterior levará tempo e implicará em uma nova adaptação do indivíduo para com ele mesmo e a sociedade.

5.2 – REVISANDO BIBLIOGRAFIAS PARA QUE SE POSSA MELHOR ENTENDER O INDIVÍDUO OSTOMIZADO

Após conhecer a estrutura física onde o trabalho seria realizado, comecei a aprofundar-me nas bibliografias indicadas pela orientadora, supervisora, adquirindo assim, novos conhecimentos sobre indivíduos ostomizados. Antes mesmo do início dos estágios, comecei as leituras e fichamentos, observando que o assunto era mais complexo do que eu imaginara.

Comecei com fisiologia, anatomia do aparelho digestivo, técnicas operatórias, principais causas que levam à confecção de um ostoma, adaptação do indivíduo à nova condição vital, entre outras.

Na verdade, já no início dos estágios e agora escrevendo este relatório, pude perceber a importância de se ter conhecimento técnico, científico para iniciar-se um trabalho com clientes tão específicos. Tive que aprender à compreender as mudanças ocorridas física e emocionalmente pelos indivíduos, entendendo que, segundo Slipes (1987), “o estresse e a perda podem sobrepujar a pessoa a ponto dela ser incapaz de aprender, compartilhar preocupações e sentimentos, ou avançar na reabilitação”.

Foi de vital importância colocar-me a par dos recursos disponíveis para minimizar a dor destes indivíduos em sua condição de cronicidade, sabendo encaminhá-los à grupos de auto-ajuda, associações onde conseguiriam seus equipamentos e conversas amigas para partilhar seus problemas com outras pessoas nas mesmas condições de saúde.

Quando iniciei meu período de estágio propriamente dito, confesso que senti medo, receio, não sei explicar bem qual o sentimento. Durante a primeira semana senti-me um “peixe fora d’água”, alguém que estava caindo de paraquedas em uma unidade que antes eu nunca havia pisado. Nesta semana não havia aparecido nenhum cliente ostomizado e nem havia perspectiva de cirurgias proctológicas. Aproveitei então, para me aprofundar no conhecimento do dia-a-dia da unidade e pude participar mais ativamente no PAO. Durante esta primeira semana realizei

técnicas de enfermagem com outros clientes, procurei manter interação com a equipe e preparar-me através de bibliografias e conversas com supervisora, orientadora. Além das técnicas com os clientes internados na UIC II, comecei a Ter os primeiros contatos com os clientes ostomizados, pois pude assistir à um cliente da UCM I. Já na segunda ou terceira semana, apareceu um cliente que pude acompanhar desde o pré-operatório.

Como a cliente que ali estava, sem entender o que decidiam sobre “seu” tratamento, eu fui com calma tentando adquirir confiança da cliente e procurando saber o que ela sabia sobre sua condição de saúde. Neste momento pude lembrar das palavras da minha orientadora dizendo: *“Eu sei que você não deve estar achando nada agradável ler estas bibliografias, mas quando você for para o campo de estágio, perceberá que todas foram válidas...”*

Foi neste exato momento, do primeiro contato com a primeira cliente, que eu pude lembrar a teoria e tentar aplicá-la na prática. Conforme Freire apud Gadotti (1989), não se pode separar a teoria da prática. Teoria, método e prática “formam um todo, guiado pelo princípio da relação entre o conhecimento e o conhecedor, constituindo portanto, uma teoria do conhecimento e uma antropologia nas quais o saber tem papel emancipador” Gadotti, 1989, p. 67.

Com o tempo algumas coisas, como a interação acadêmica cliente e acadêmica equipe, ficaram mais fáceis. Foram então, aparecendo as dúvidas técnicas / científicas diante de situações como por exemplo, a primeira troca de bolsa de colostomia. Quando a minha supervisora pediu-me para trocar a bolsa da cliente eu pensei em voz alta: *“Mas eu não sei... Nunca troquei uma bolsa! Só olhei e li a teoria...”* Meu coração quase parou! Percebi aí, a importância de procurar em bibliografias sobre o estar, ser ostomizado e a experiência de outros profissionais da saúde. Neste momento em que me vi pedindo ajuda, percebi quão importante é se ter humildade e para Freire, não há diálogo sem humildade; a auto-suficiência é incompatível com o diálogo.

E assim ocorreram em outras situações. Sempre estive ciente que para que meu trabalho ocorresse de forma correta, precisaria solucionar minhas dúvidas em

bibliografias e com outras pessoas com mais experiência do que eu. Para compartilhar estas experiências, é necessário o diálogo e saber a importância de se estabelecer um vínculo com a supervisora / orientadora, estando humilde e aberta para novos conhecimentos. Como minha supervisora e orientadora, coloco-me como educadora, e como educadoras que somos, devemos perceber que o conteúdo que temos à passar para nós e nossos educandos “não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo (clientes, alunos e nós mesmos, neste caso!), daqueles elementos que este lhe entregou de forma inestruturada” Freire (1983 p. 98).

Outro fato que descreve que tanto a teoria quanto a prática são elementos importantes, foi ter acompanhado o cliente, Sr. C., durante seu pré-operatório. Foi um momento bastante difícil para mim e para o cliente, pois este não aceitava o fato de ter que ser feita a ostomia. Quando decidiu fazê-la, o acompanhei no Centro Cirúrgico. Durante o processo de anestesia fiquei ao seu lado e lembro-me de suas palavras: “*Sabrina, só estou aqui porque você me acompanha. Você é meu anjo!!! Obrigado*”.

Observei todo o trans-operatório, que ocorria conforme as bibliografias citavam, mas existe uma lacuna, uma diferença entre ler, estudar, saber cientificamente e o ver, observar. Fiquei bastante chocada com a constatação da perda da continência, da extirpação dos esfíncteres anais. Na hora pensei: “*Se eu ou o cliente soubéssemos que era assim, não teríamos permitido a cirurgia nem assistido ...*”

Pude perceber quão difícil é o envolvimento psicológico entre cliente / acadêmica / profissional neste momento. Senti-me muito emocionada com a situação. Acrescento que a prática sem teoria é difícil mas a teoria sem prática é impossível. Como cita Gadotti (1989, p. 77) “*é fundamental a unidade entre teoria e prática para a condução do ato educativo*”.

5.3 – UTILIZANDO A TEORIA DE DOROTHEA E. OREM E A EDUCAÇÃO ENFOCADA POR PAULO FREIRE, PARA PERMEAR OS TRABALHOS DESENVOLVIDOS COM OS CLIENTES

Como poderia eu registrar as experiências vivenciadas durante estes meses com indivíduos ostomizados, sem seguir uma linha de pensamento?

Desde a confecção do projeto se precisa escolher uma teórica para sustentar o trabalho de conclusão de curso e aprofundar-se nos conceitos, pressupostos, para poder relacioná-los com a realidade dos clientes escolhidos.

A teórica por mim escolhida foi Dorothea E. Orem, que relaciona-se com o auto-cuidado. De acordo com Orem *“a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de auto-cuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus defeitos”* George (1993, p. 91). Como Orem, acho que para a readaptação de alguns clientes e nestes clientes pode-se incluir os indivíduos ostomizados, é necessário restabelecer em suas vidas o hábito da participação no auto-cuidado. É vital que se observe e estude o potencial e os déficits para o auto-cuidado que cada indivíduo possui e depois de analisados estes dados, se poderá aplicar o processo de enfermagem proposto pela teórica. É importante perceber as reais necessidades para a realização do auto-cuidado, sendo que o que muitas vezes é de vital importância para o profissional que interage com o cliente não o é para o próprio indivíduo.

Em certa situação, conclui que era muito importante para a cliente que ela tivesse uma rápida e eficaz recuperação, sendo que assim poderia voltar à realizar o auto-cuidado, mas pude ouvir desta cliente o seguinte: *“O importante para mim é que eu fique boa logo, para voltar para casa, voltar a trabalhar na prefeitura e cuidar do meu marido, que está em péssimas condições de saúde...”* Percebi neste momento é que acima de tudo é importante observar o engajamento do indivíduo no auto-cuidado e não impor à ele o que achamos ser necessário. Quem sabe de suas necessidades é somente quem as vive, e não quem as observa, e neste caso, quem

as observa era eu, a acadêmica de enfermagem, que por ter um pouco mais de conhecimento técnico do que o cliente, sabia o que era melhor para ele.

Como diz Orem em George (1993, p. 96) *“seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (palavras, idéias) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmos ou a outros”*.

Seres humanos pensam acerca deles mesmos e procuram direcionar suas ações para beneficiar a si e aos outros. Pode-se pensar, então, em relação à teoria, que o auto-cuidado é realizado por e para o indivíduo, procurando resolver as questões pendentes e na ordem de importância que o próprio indivíduo estipula para si.

Outro caminho para que o cliente seja co-responsável pelo seu tratamento é a troca de conhecimentos entre acadêmica e cliente e para isso fundamentei-me em alguns estudos sobre educação de Paulo Freire. Este autor diz que a educação ocorre de forma horizontal, onde o saber científico do profissional não se sobrepõem ao saber da população. Na opinião de Freire, o educador não é mais aquele que somente educa, mas aquele que dialogando com o educando, o aluno, também educa-se. Sabe-se que a aprendizagem, a educação, não se dá somente dentro de centros de educação, colégios, escolas, universidades, mas ocorre no dia-a-dia através das experiências vividas.

Através dos estudos de Freire e da Teoria de Orem, pude prosseguir com meus estudos, tendo-os como suporte e como caminho à seguir. Vale avaliar a utilização de Orem e Freire com clientes ostomizados. Foram de grande utilidade, uma vez que estes indivíduos que sofrem diferenças na sua auto-imagem, precisam reaprender a cuidar-se e para este reaprender, eles necessitarão do apoio de profissionais, amigos e família, não querendo impor-se e sim compartilhando conhecimentos adquiridos durante suas experiências de vida.

Outra passagem importante durante meu estágio, no que diz respeito à troca de saber, foi um dia logo após a cirurgia, quando a cliente, a Sra I., perguntou-me:

“Sabrina, tu pode me dizer como foi feita a cirurgia? Eu queria saber como ficô minhas tripa lá dentro...”

Eu respondi que poderia explicar-lhe e fui pegar umas transparências utilizadas por minha supervisora, Paula, quando ministrava algumas aulas sobre ostomia. Sentei-me ao lado da Sra. I. e comecei a mostrar-lhe nos desenhos onde havia sido feita a incisão, qual parte do intestino havia sido retirada e que a anastomose, foi este exato termo que eu usei, tinha sido feita com parte do cólon descendente e início do cólon transverso. Naquele momento não percebi a importância de usar além do nome correto, científico, um termo que se torne mais fácil de ser absorvido por alguém tão simples. Neste momento a Sra I. deu-me uma lição: *“Ah! Então é por isso que eu uso a bolsinha. É como quando a gente precisa usar imendar uma mangueira furada. A gente corta o furo, esquenta uma das pontas alarga e coloca a outra ponta por dentro. Enquanto não tiver bem grudado, a água não pode passar. Assim não faz força e fica grudado sem estorar. Igual as minhas tripas. Enquanto não tiver bem colocado, o cocô não pode passar e fica na bolsinha. Muito obrigado, agora eu entendi”*. E neste momento percebi que quem entendeu fui eu. Que não se pode subestimar o saber da experiência, o saber empírico. Que através do diálogo tudo é possível, e como diz Freire (1983) p. 94, *“Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não me é possível o diálogo”*.

Para Gadotti (1989, p. 37), *“aprender é um processo inerente ao homem, que tem necessidade de aprender, da mesma maneira que tem necessidade de se alimentar. Nesse processo em que o homem apreende a si mesmo e aos outros, existe a mediação do mundo. Esse é um processo natural, que alguns, como o educador francês Decraly, chamaram de “processo global”* ”.

5.4 – PROMOVENDO A TROCA DE CONHECIMENTOS ENTRE CLIENTE / FAMÍLIA / ACADÊMICA À NÍVEL HOSPITALAR E AMBULATORIAL, ATRAVÉS DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A abordagem da educação muitas vezes foi vista como a passagem de saber técnico / científico de indivíduos que detém o poder, usando o nome de promoção da saúde e da prevenção de doenças. Esta imposição do saber de quem o possui para quem nada entendia veio renovando-se durante muito tempo, só modificando-se à partir do momento em que os profissionais da saúde passaram à ver a importância das experiências vividas pelos seus clientes. Segundo Brandão apud Rezende, (1988 p. 11) é *“enfiar do saber-de-quem-sabe no suposto vazio de quem-não-sabe.”* Para Rezende 1988, um tipo de conhecimento não é superior à outro. Apenas, o saber do profissional da saúde e da população traçam caminhos diferentes.

Sabendo isso, procurei sempre ouvir e aprender junto com os clientes com quem estive em contato. Nunca achei que soubesse mais do que aquele indivíduo que ali estava, dependendo dos cuidados de tantos profissionais e inclusive dos meus. À partir do momento em que eu percebi a importância do saber, da vivência de outras pessoas, procurei interagir com aquele cliente. Esta interação se faz através de diálogo e este diálogo deve ser partilhado; esta divisão do diálogo entre cliente / acadêmica vem à ser o que chamamos de relacionamento interpessoal, (marco conceitual Policlínica apud Sada 1997). Segundo o marco conceitual da Policlínica apud Sada (1997), o processo de comunicação é influenciado por alguns fatores: idade, papel, momento certo, espaço, sexo, cultura, credibilidade, atitude defensiva, afeto e atitudes que intensificam a comunicação, interesse, aceitação, objetividade e comprometimento. Para Freire (1983), sem que haja comprometimento, não existe interação, aí entrava a parte que cabia à mim; cabia a acadêmica comprometer-se com as questões do cliente e consigo mesma.

Como já havia falado, ou melhor, escrito antes, o cliente não é só, não vivia sozinho antes de estar precisando dos serviços de saúde. Desta mesma forma, não era de meu interesse interagir somente com o cliente e sim incluir a família e a

equipe de saúde na sua evolução. Durante o início do estágio, pude trocar idéias e experiências com a equipe de saúde e com a minha supervisora. Expus minhas idéias, coloquei-me a disposição da equipe e aguardei a chegada de meus clientes com ansiedade. Naquela primeira semana de estágio não havia nenhum cliente da proctologia e nem havia previsão de internação ou cirurgia desta especialidade médica.

Já na segunda semana foi internada uma cliente, vinda da unidade ginecológica, com um quadro de fistula retrovaginal a qual eu não conhecia. Fica evidente aqui a importância do objetivo 2 ser alcançado e ter sido proposto, pois precisei pesquisar sobre sua patologia.

Comecei à aproximar-me da cliente com a intenção de estabelecer um vínculo, com certo nível de envolvimento. Após algumas conversas e nos interessarmos uma pela outra, veio o meu primeiro desafio no que diz respeito à educação em saúde. A Sra. I era bastante atenta ao que todos falavam e durante visita médica, ficou sabendo de sua cirurgia e provável confecção de ostoma. Quando acabou a visita a Sra. I chamou-me: *“Sabrina, como é mesmo a cirurgia. Eu vou ficar sem o buraco, lá? Na xexéca?”*

Estava acompanhada de seu esposo que também me chamou em um canto e indagou-se sobre a mesma questão. Para minha surpresa, eu achava que a preocupação seria sobre a confecção do ostoma e não em manter ou não o orifício vaginal. Então lhes expliquei que não tinha certeza sobre o ato cirúrgico, mas que ia certificar-me e voltaria com a resposta. Foi uma de minhas melhores experiências durante o estágio, poder esclarecer algumas dúvidas e compartilhar idéias. Aqui posso citar também, a importância da teorista quanto ao auto-cuidado. A maior preocupação da Sra. I naquele momento não era a sua auto-imagem, mas a de: *“Servir o marido! Não vou mais poder?”* Como ela mesma falou. Fica claro que o que as vezes é mais importante para o profissional, não o é para o indivíduo. Como diz Paulo Freire, a educação parte dos interesses do educando e da disponibilidade do educador em educar e ser educado.

Outro fator que ficou claro, foi a importância da sexualidade para aquele casal. Durante todo o processo de evolução da Sra. I, até que ela voltasse à sua vida anterior a ostomia, foi permeada pela sexualidade. Na verdade a cliente preocupava-se com o seu esposo e não consigo própria, aliás, não preocupava-se nem com sua aparência. Quando ambos ficaram sabendo que a parede posterior da vagina seria retirada, ficaram com muito receio. Somente após minha explicação sobre a reconstituição do órgão é que ambos se tranquilizaram. O que trouxe tranquilidade para o casal, foi também a presença de uma pessoa ostomizada, que pudesse expor mais profundamente o ser / estar ostomizado e sua relação com a sexualidade.

Conforme conversa prévia com a Sra. I. e solicitada sua autorização, marquei com A. para fazermos a visita. Escolhi a presença de A. juntamente com a minha orientadora e supervisora Valéria que já a conheciam e me esclareceram sobre a disponibilidade de A. para as visitas e que ela por ser jovem e extrovertida, poderia fazer este contato com mais facilidade. Fomos, então, até o hospital em um Domingo pela manhã. Eu não a conhecia e ela também não me conhecia. Nos falamos por aproximadamente uma hora onde pudemos nos conhecer e eu pude expor a situação da cliente. Então, subimos à unidade e fomos até o quarto da Sra. I.; apresentei A. e começamos à conversar. Durante duas horas ficamos conversando, expondo nossos pontos de vista, nossas experiências e de tão agradável que se tornou nosso encontro, a colega de quarto da Sra. I. participou da nossa conversa.

Mesmo após a visita de A., que preciso expressar aqui, é uma pessoa maravilhosa e capaz de enfrentar até hoje as dificuldades de adaptação à ostomia, pude perceber que a Sra. I. ainda apresentava alguns sentimentos confusos como o da sexualidade em questão. Para Hirsh apud Shipes (1987) são quatro as áreas atingidas quando o indivíduo sabe seu diagnóstico e a segunda área é a da sexualidade onde a função sexual é comprometida, alterando o amor próprio, afetando os relacionamentos em geral. Segundo estudo realizado por Watson (1983), os sentimentos mais frequentemente expressos foram o de tristeza, cólera, medo, confusão e otimismo. O medo estava quase que em 100% dos clientes

entrevistados relacionado com o funcionamento sexual. E foi exatamente desta forma que percebi serem as reações expressadas pela Sra. I.

Podemos e devemos levar em conta a idade da cliente (62 anos), seu meio ambiente; a Sra. I. é agricultora, mora em casa simples junto com o marido e um filho e sua criação. A Sra. I é de origem italiana onde as mulheres são criadas para servirem seus maridos, tanto no que diz respeito à vida sexual, quanto nos “deveres” de casa. Sabe-se que não é possível e não é de meu interesse nem dever, tentar mudar a visão da cliente e sim aprender a respeitá-la, colocando-me em seu lugar e procurando entender seu ponto de vista. Mais uma vez citando Freire (1983), onde diz que a educação se faz desmistificando a realidade, tendo o diálogo como algo indispensável, desvelador da realidade. Ainda Freire (1983), diz que deve-se estimular a criatividade, a reflexão e a ação do homem sobre sua realidade.

Outro momento importante durante o período de estágio, no que diz respeito à família, foi quando em dado momento fui prestar os cuidados e educação em saúde à paciente, no que se refere ao esvaziamento da bolsa de colostomia. A Sra. V. queria que a filha aprendesse e obrigou-a a ir até o toilette para observar o esvaziamento. Fomos nós três, eu, a cliente e sua filha até o lado do vaso sanitário onde a Sra. V. sentou-se. Quando abriu o clamp e começou a esvaziar a bolsa, a filha começou a ficar pálida e ter náuseas. Sugeri, então, que ela se retirasse até terminarmos e foi o que ela fez. Este episódio foi citado pois, na minha opinião a opinião da família, amigos ou pessoas mais próximas é de grande significado para o cliente, mas não se pode obrigá-los à participar de eventos aos quais eles não estão acostumados, não se adaptariam em alguns casos ou não gostariam de participar. Na educação em saúde é necessário saber das reais habilidades do cliente / família, para que ele possa participar de forma ativa no andamento do quadro de saúde do cliente. Além da família é preciso incluir o apoio da equipe de saúde, educando, sendo educado e quando isso não for possível, dando apoio às ações do cliente. Nesta fase de apoio da família, amigos, pode-se citar Vieira (1991) que diz que durante o período de readaptação do indivíduo a sua nova condição, pode-se notar comportamentos que se sobressaem no indivíduo ostomizado e um deles é devido ao apoio de familiares.

Para Shipes (1987) que acredita que o indivíduo ostomizado passa por estágios durante sua readaptação, diz que o cliente adapta-se melhor quando membros da família são incluídos no ensino e no cuidado, mas estes relatam sentir falta de informações. Aí entra a enfermagem que tem como dever orientar família e cliente, procurando respeitar as limitações destes. É dever da enfermagem “auxiliá-lo a se adaptar às mudanças, permanentes ou temporárias, e ajudá-lo a agir independentemente tão logo possível” Dudas (1991).

Durante meu estágio, procurei respeitar o tempo do cliente, a fase em que este encontrava-se. Nunca pretendi que o cliente sáísse da unidade, tivesse alta, somente quanto estivesse sabendo cuidar de seu equipamento. Como Parkes apud Kelly (1985), que identifica estágios emocionais do cliente, 1º - onde o indivíduo pratica uma evitação ou negação; 2º - é o estágio de alarme, sentimentos de insegurança; 3º - é o de busca, ansiedade; 4º - perda interna e mutilação, eu percebi em todos os clientes estes estágios, cada qual superando-os a sua maneira e à seu tempo. Procurei fazer e implementar na rotina da unidade a percepção da instabilidade emocional que o indivíduo passa, propiciando e participando da interação do cliente com a equipe. Além desta interação procurei aprender com as experiências dos funcionários da unidade. Durante a apresentação de meus estudos de caso, expunha a minha observação daquele cliente, como relacionei sua evolução com a teorista e durante nossas conversas a equipe expunha suas observações sobre o mesmo. Em certo dia, um cliente que eu havia trocado a bolsa no dia anterior necessitava de nova troca, pois seu ostoma estava drenando grande quantidade de efluente líquido. Não sabia como fazer para que a bolsa durasse mais tempo (durou menos de 24 horas) e que o cliente não necessitasse ir ao toillete muitas vezes. Então veio a experiência de algumas funcionárias: *“Porque tu não adapta um frasco coletor. Assim o efluente drena para o frasco, a bolsa não pesa, não desloca e dura mais tempo”*. E assim fazíamos durante os momentos de dúvidas. Trocávamos experiências e saberes / conhecimentos, eu, a equipe, o cliente e a família.

5.5 – APLICANDO NA ÍNTEGRA O PROCESSO DE ENFERMAGEM, NOS PERÍODOS PRÉ, TRANS E PÓS-OPERATÓRIO, INCLUINDO A FASE AMBULATORIAL

Nas primeiras semanas de estágio, procurei adaptar-me com o ambiente, a equipe. Colocar-me a par do processo de enfermagem utilizado na unidade era algo muito importante, pois precisava adaptar a teoria por mim escolhida ao processo já utilizado.

No início, utilizava o processo do HU, segundo Wanda Horta. Como a minha proposta era de utilizar o processo segundo Dorothea Orem, comecei a adaptá-lo. Utilizava-me do modelo de Horta com enfoque no auto-cuidado de Orem e na educação em saúde de Paulo Freire. Encontrei algumas dificuldades no momento do SOAP (forma de fazer a evolução do cliente, tendo como **S** as observações colocadas pelo cliente, **O** as observações da enfermeira / acadêmica, **A** a análise e **P** a prescrição), colocar os enfoques. No início ficava mais à nível de pensamento que com o tempo passei a colocar no papel.

No SOAP, que é a forma de registro do processo de Horta (método Weed), procurava anotar sobre o auto-cuidado, dificuldade relatada pelo cliente, análise no subjetivo e no plano, fazia minhas provisões de cuidado para aquele cliente (anexo 6).

No processo de enfermagem por mim aplicado, uni as etapas do processo de Horta e Orem e utilizei o registro dentro do método Weed (S.O.A.P.) implementando a instituição. Na primeira fase do processo (diagnóstico e prescrição) utilizava os dados contidos no histórico e fazia as perguntas propostas por Orem para certificar-me da validade dos dados, determinando a necessidade ou não do auto-cuidado.

A segunda fase do processo (projeção e planejamento de assistência de enfermagem) já foi incorporado no meu modo de pensar e no momento do diálogo com o cliente, procurei analisar, escutar e observar o seu conhecimento sobre aquele

momento em que ele estava inserido e, trocamos idéias sobre o fato. Refletindo sobre o que havíamos falado, poderia inserir o cliente em determinado sistema de enfermagem e planejar o cuidado à ser prestado, auxiliado ou apoiado, conforme o sistema previsto, levando em consideração tempo, lugar, técnica, duração e ambiente para estes cuidados.

Na terceira e última fase, era onde eu poderia analisar o cuidado realizado, avaliá-lo e modificá-lo conforme a necessidade e a evolução dos sistemas de enfermagem na evolução do cliente (anexo 7). Vale salientar que o processo de enfermagem não se aplica somente ao cuidado que a equipe de saúde realiza para o cliente, mas para o cuidado realizado da família para o cliente e do cliente para ele mesmo. Durante todo o período de estágio, mesmo não realizando o histórico, utilizei a coleta de dados, a inserção do cliente em um dos sistemas de enfermagem e a previsão, realização e avaliação do cuidado conforme preconiza Dorothea Orem. Além de acrescentar estes enfoques, observava a capacidade e a vontade para o engajamento no auto-cuidado, a participação ou não da família, o apoio da equipe.

Durante a implementação do processo levei em consideração os conceitos de Orem, sempre relacionando-os com o indivíduo alvo deste estudo. Passei a incorporar estes conceitos e lembrar que, para Orem, os seres humanos são capazes de refletir acerca de seus problemas e de seu meio ambiente. Pensando nisso procurei discutir com o cliente sua real condição de saúde e como seria o seu tratamento, para que ele pudesse pensar e decidir com segurança sobre como e qual a melhor alternativa para sua situação. Orem, também diz que a saúde enfoca não somente o aspecto físico, mas os psicológicos, interpessoais e sociais do indivíduo. No momento de aplicar o processo, procurei não visualizá-lo somente de forma biologicista e sim todos os aspectos que englobam o indivíduo.

A implementação do processo de enfermagem sofre mudanças conforme o indivíduo, o cliente, se dá conta de que ele é responsável, também, pelo seu tratamento, sua evolução. Esta co-responsabilidade se faz presente por ser o indivíduo capaz de pensar e decidir sobre si mesmo. O sr. C., por exemplo, enquanto não tomava sua decisão sobre fazer ou não a ostomia, acabava por

confundir à equipe:

Sr. C: “Sabrina, o que é mesmo a minha cirurgia?”

Sabrina: “Ostomia. O sr. Vai Ter uma boquinha no abdome, onde vai sair o cocô.”

Sr. C: “Quanto tempo eu vou usar isso?”

Sabrina: “O que é que o médico lhe disse?”

Sr. C: “Que é pra sempre!”

Sabrina: “Exatamente. O sr. Vai utilizá-la para o resto de sua vida!”

Este diálogo se repetiria por várias vezes, não só comigo, acadêmica, como com o restante da equipe, médicos, enfermeiras, técnicos e atendentes de enfermagem. Pude perceber que esta atitude do cliente deixava a equipe muito confusa e por várias vezes brava, achando que o cliente era um “chato, só chama e pergunta a mesma coisa pra todo o mundo. Parece burro!” Pude perceber nesta reação do sr. C., o período de negação, querendo que alguém lhe dissesse algo diferente, que ele não precisasse confeccionar o ostoma.

Vê-se, então, a importância do cliente saber e poder decidir sobre o que seria melhor para a sua situação, e da equipe, de entender e respeitar a fase de adaptação do cliente. Para Miranda e Miranda (1983 p.17) “aceitação incondicional ou respeito: capacidade de acolher o outro integralmente, sem que lhe sejam colocadas quaisquer condições e sem julgá-lo pelo que sente, pensa, fala ou fez”.

5.6 – APRESENTANDO ESTUDO DE CASO DE TRÊS CLIENTES

Como já vinha trabalhando com a teórica, discutindo com a supervisora orientadora, achei que, os estudos de caso ficariam mais fáceis. Enganei-me! Durante o primeiro estudo de caso, quando dei para que a orientadora avaliasse, tive a seguinte resposta: “*Está ótimo, mas não estás usando Orem. Vamos tentar de novo?*”

Começou a complicar; como eu deveria fazer o estudo utilizando Orem? Fui pesquisar melhor o processo de Orem e descobri que não havia utilizado nenhum de seus conceitos e não o estava relacionando com o auto-cuidado, estava apenas relatando e isso já não era suficiente.

Passsei a reler a teoria de Orem, tentar escrever o novo estudo e levei-o à orientadora. Agora sim estava certo (anexo 8).

Conversei com a supervisora e combinamos a apresentação que só foi possível após a terceira data marcada. Neste dia, participamos eu, supervisora e o pessoal da unidade. Foi uma conversa muito agradável e proveitosa, pois eu comecei apresentando, falando da teorista, dos momentos de pré, trans e pós-operatório e durante a apresentação todos participavam (técnicos, auxiliares e enfermeiras), concordando, discordando, dando opiniões relatando seus momentos com a cliente. No final, solicitei a opinião e sugestões que teriam a me dar. Ouvi o seguinte: *“Sabrina, a gente percebe que você gosta do que faz e faz com paciência...”* *“É legal você apresentar, porque assim nós aprendemos e você aprende também...”* *“Gostei!”*

Da segunda apresentação, participaram a orientadora, supervisora, acadêmica e alguns dos funcionários da unidade. Da mesma forma foi agradável, discutiu-se, foram dadas opiniões...

A terceira apresentação não foi possível pelo final do período de estágio e por eu estar muito atarefada com a quantidade de clientes que apareceram. Além disso, foi no período em que me proporia à realizar a apresentação do último estudo de caso que a unidade apresentava-se tumultuada devido à chegada de uma nova enfermeira e problemas internos da unidade. É válido lembrar que o estudo de caso fosse apresentado à equipe de saúde da unidade, orientadora e interessados, foi solicitada por mim a autorização do cliente. Sempre procurava esclarecer o objetivo de cunho pedagógico do estudo de caso e a preservação de partes do estudo que o cliente não gostaria que fossem expostos. Para minha surpresa, todos os clientes consentiram a publicação de seus estudos. Como disse o Sr. C.: *“Se é para que outras pessoas sejam melhor atendidas, pode colocar até na televisão...”*

5.7 – DESENVOLVENDO TÉCNICAS COM CLIENTES EM OUTRAS SITUAÇÕES SAÚDE-DOENÇA

Alguns clientes que não exatamente os indivíduos ostomizados, também necessitavam de cuidados de enfermagem e eu como acadêmica deste curso, não poderia ficar alheia as necessidades destes clientes. Como eu havia me proposto à realizar outras técnicas que não a troca de equipamento, cuidado com a pele periestomal, entre outras, comecei a realizar outras técnicas na unidade.

Para uma boa formação técnica e científica, há que se realizar algumas técnicas inerentes as atribuições da enfermeira e como já estou em fase final, para mim era muito importante praticá-las.

Durante o período em que fiquei na unidade, pude realizar sondagens vesicais, e outras técnicas como heparinização, instalar soroterapia, retirada de sondas, auxiliar em banhos de leito, curativos, e no penúltimo dia de estágio, tamponamento de um cliente que foi a óbito. Estas técnicas eram indicadas pela minha supervisora, Paula, e quando esta não estava presente, as outras enfermeiras da unidade me encaminhavam as técnicas à serem feitas. Durante a realização das técnicas encaminhadas, sempre havia olhares atentos de alguma das enfermeiras, Cida, Cleide ou Denise, pois minha supervisora nem sempre estava na unidade no momento da realização das mesmas, mas quando possível, ela sempre esteve presente.

Realizei técnicas que antes não havia realizado como preparo de cólon, troca de equipamentos, e de todas as técnicas que realizei, confesso que a técnica do diálogo, da compreensão, da humildade, da cidadania, da interação com a família, entre tantas outras foi a que mais me despertou para a importância do comprometimento do serviço de enfermagem com os clientes. Ainda é preciso treinar o pessoal de enfermagem (para não falar de outros profissionais) para entender os períodos de adaptação dos clientes, para incluir a família no cuidado /

assistência e para *comprometer-se* em prestar cuidado de qualidade à população. Durante a realização das técnicas, sempre me senti muito segura e contente por realizar alguns atributos da enfermagem, pelas minhas próprias mãos. De todas as técnicas, a que me deixou mais desconfortável foi a de tamponamento, pois havia me envolvido emocionalmente com aquele indivíduo que acabava de deixar seu corpo ali entregue às nossas mãos. Mas em todos os momentos procurei lembrar o comprometimento à que havia me proposto junto aos clientes, familiares e equipe de saúde.

Como diz o código de ética dos profissionais de enfermagem, capítulo IV, artigo 26: “*prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer*”. Cabe à enfermagem não só prestar cuidados físicos, mas psicológicos, sociais e manter o direito do indivíduo em decidir o que fazer ou não com seu corpo.

Além de técnicas de enfermagem, realizei algumas tarefas que são de responsabilidade do(a) enfermeiro(a), como passagem de plantão, visita aos clientes da unidade. Não era minha intenção e não estava em meus objetivos, realizar a parte administrativa da enfermagem, mas fazendo uma retrospectiva e avaliação do trabalho como um todo, sinto falta de ter envolvido-me mais nestas questões.

Observei com atenção a realização da parte burocrática que cabe à enfermagem, mas em nenhum momento mantive liderança neste aspecto. Encaminhei clientes para alta, realizei verificação da prescrição médica que deveria ir para a farmácia, dei baixa de clientes no censo, entre outros. Hoje repensando o que haveria de aprofundar-me nas funções da enfermeira, vejo que a administrativa ficou pendente, uma vez que dediquei-me a prática assistencial, que era o principal objetivo da estágio..

5.8 – PARTICIPANDO DAS REUNIÕES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO OSTOMIZADO (PAO)

Durante os estágios, concentrei-me mais na unidade hospitalar, mas pude encaminhar e acompanhar algumas reuniões do grupo de vivência do PAO.

Durante minha primeira visita oficial ao PAO, pude contactar com a enfermeira responsável pelo programa, Valéria, que veio à ser minha supervisora. Pude conhecer melhor a dinâmica das reuniões, acompanhar marcação de consulta, entrega de equipamento. Fiquei sabendo, também, que além deste núcleo aqui na cidade de Florianópolis, existem outros espalhados pelo estado que podem fornecer explicações, atendimento e equipamento aos indivíduos ostomizados de outras cidades.

Programei-me para observar e participar de uma reunião do grupo. Valéria explicou-me que as reuniões realizam-se todas as terças-feiras e já foi logo colocando-me à par de todas as reuniões, como são divididas.

Fui, então, à reunião aproveitando para fazer a ponte hospital – ambulatório pois a Sra. I havia ganhado alta e queria participar da reunião do grupo, antes de voltar para a sua cidade. Cheguei por volta das 13:30 horas pois havia marcado com a cliente. Não apareceu! Pensei.

“Será que eu não soube orientar direito?”

Mas ao mesmo tempo:

“Ela não é obrigada à vir. Derrepente eu queria mais que ela e ela disse que viria só para me agradar!”

Fui até o 6º andar onde aconteceria a reunião. Quando cheguei, percebi que havia muitas pessoas, que não tinham “cara de ostomizados”. “Que vergonha!”, pensei, “que cara tem as pessoas ostomizadas?” Não está escrito em suas testas, *Eu uso bolsinha!!!* Para Santos (1996) o indivíduo que possui algum estigma, torna-se responsável pelo seu “defeito”. Perde a identidade anterior e passa a usar a identidade que lhe cabe de acordo com a sua “anormalidade”. Pensando sobre o que

diz Santos, percebi que mesmo nós que temos um pouco mais de saber científico que a maioria dos indivíduos, não estamos livres de rotulá-los. Isso é o que podemos chamar de pré-conceito.

Começaram, então, as apresentações de todos presentes na reunião e quando olho para a porta, entra a Sra. I. Confesso que me enchi de alegria de olhar para aquela senhora chegando com um largo sorriso no rosto e percebi quão valioso e importante é o serviço prestado pela enfermagem. Pude perceber que consegui transmitir para ela e sua família (uma sobrinha à acompanhava) quão importante seria ela aprender não só com o que conversávamos ali no hospital, não só com o que os médicos falavam, mas com aquelas pessoas que viviam a mesma situação que ela.

Sentaram-se ela, Sra. I e sua sobrinha, T. Começaram as conversas e para minha surpresa a Sra. I. participava ativamente, contando sua experiência de apenas 1 mês e ouvindo a experiência de 20 anos de alguns ali presentes.

Apresentei-me para o grupo. Todos ouviram com atenção enquanto eu explicava o que ali fazia. Quando terminei de colocar-me a disposição pude ouvir:

“Que bom. Mais uma prá fazer companhia para a Valéria!”

Neste dia somente escutei o que eles conversavam e tentei colocar-me em seus lugares. Finalmente a empatia. “Capacidade de se colocar no lugar do outro, de modo a sentir o que se sentiria caso se estivesse em seu lugar” (Miranda e Miranda, 1983. p. 17).

Nos outros encontros que eu participei, não foram diferentes. Emocionei-me sempre. De todas as formas sentia-me triste e feliz ao mesmo tempo. Triste por ver aquelas pessoas ali, lutando para aceitar suas mudanças corporais e psicológicas e feliz por vê-los conseguindo superar, cada qual no seu momento, à seu tempo as fases de adaptação, buscando uma maneira de enfrentar.

Para Lazarus e Falkman apud Rheume e Gooding (1991) o enfrentamento é descrito como “esforço cognitivo e comportamental usado para dominar, tolerar ou

reduzir exigências externas ou internas que são vistas como excedendo os recursos da pessoa”.

São vários os assuntos abordados neste encontro, troca de equipamentos, nutrição, locomoção, sexualidade e sobre o dia-a-dia de todos os indivíduos ostomizados. Além da conversa informal dos clientes, se tem a participação de profissionais em alguns assuntos específicos.

Veio o segundo encontro, onde pude participar da reunião não só como ouvinte, mas como participante. Apliquei uma dinâmica de grupo onde todos escreveriam sobre o que achavam de ser ou conviver com algum indivíduo ostomizado. Perguntei quem gostaria de participar e para minha surpresa, todos queriam. Depois de escrito, todos liam o que haviam redigido e fazíamos uma pequena discussão sobre o assunto. Saíram frases como:

“Para mim é um desafio constante”.

“Vida”

“Com o tempo a gente vai se acostumando”.

“Meu marido está mais calmo”.

Estas frases foram transformadas em cartaz que eu apresentei à eles em uma última reunião que ocorreu após o período de estágio, pois durante os jogos da copa não ocorreram reuniões. Neste último dia, apresentei o cartaz com a transcrição das suas percepções (anexo 9). Neste momento apresentei-o a todos e não pude conter a emoção de ver aquelas pessoas ali, me olhando e prestando atenção no que eu falava. Não pude conter as lágrimas pois neste exato momento, senti-me despedindo de todos como acadêmica e assumindo posição de profissional. Todos aplaudiram-me e senti que tudo a que eu havia me proposto estava sendo cumprido não só naqueles momentos de estágio, mais durante todo o meu período de acadêmica, de estágios, de aluna, de pessoa.

Como dizia o pensamento: “Não conte o tempo de se dar... Dê um abraço... Deixe o sorriso acontecer. E não se espante se a pessoa mais feliz for você”. (Miranda e Miranda, 1983. p. 52). Procurei durante todo o período de estágio

colocar-me no lugar destes indivíduos, sofrendo perdas corporais, dificuldades emocionais, enfrentamento consigo mesmo. E aprendi, sofri, chorei, me doei à todos os que me rodearam, sejam eles ostomizados ou equipe de enfermagem, supervisora, orientadora, médicos, equipe de limpeza, amigos e principalmente à mim mesma. Nesta história toda quem aprendeu fui eu!

Gostaria que, para terminar de relatar sobre meu estágio e meu trabalho, incluísse um cliente que acompanhei no hospital e no ambulatório. Nos encontramos, por acaso, pois eu não sabia que aquele dia ele estaria na consulta. Quando entrei no consultório e nos vimos, eu, ele e sua esposa, vi que seus olhos ficaram cobertos de lágrimas.

“Oi A. estás bem melhor do que quando te vi a última vez.”

Sua esposa respondeu:

“Sabrina, como é bom te ver”.

Logo virou-se de costas e começou à chorar. Não entendi. Olhei para o Sr. A. e ele com lágrimas escorrendo pelo rosto me disse:

“Agora está bem. Quando eu tive alta, senti falta do cuidado do hospital, mas a gente precisa se acostumar e agora já está melhor. A Valéria nos ajudou e você chegou!”

Acadêmica: *“Tudo dará certo. Você pode pegar seu equipamento aqui, e fazer novos amigos!”.*

Fiquei observando seu ostoma, que me parecia regredir com o tempo (anexo 10). Ficamos conversando por mais algum tempo e percebi que nossas conversas faziam falta para ele e sua família. Sentia-se com medo de voltar à trabalhar por achar que todos o taxariam de doente, estigmatizariam-no. A criação de um ostoma gera sentimento de estigma em 49% dos clientes, 50% sentem-se ansiosos, deprimidos, fracos ou vulneráveis como resultado da cirurgia e 20% estão preocupados com a colostomia e sua associação com câncer e morte. (Rubin e Derlin, 1987).

Posso citar quão importante é o trabalho do PAO principalmente dos grupos de vivência, onde eles, os indivíduos ostomizados tem o apoio de outros que vivem a mesma situação de vida. Para Rheume e Gooding (1991) os grupos de vivência estão presentes para oferecer suporte à seus membros, ajudando-os à lidar com seus problemas. Os grupos oferecem suporte mútuo aos indivíduos, o que é diferente da família e de serviços especializados.

5.9 – DESENVOLVENDO ATIVIDADES NÃO PROGRAMADAS

Além das atividades a que me propus realizar, participei da semana de enfermagem, ocorrido nos dias 11 à 15 do mês de maio, promoção esta, programada pelo COREn. Nesta semana da enfermagem, apresentamos eu e a acadêmica da IV^a fase de Graduação (dia 15 de maio), pôster juntamente com o PAO e o NUCRON, sobre a situação do cliente ostomizado no estado de Santa Catarina. Fizemos a ligação destes clientes com família e o auto-cuidado (anexo 11). Para Orem apud George (1993) o auto-cuidado é a prática de atividades do indivíduo em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Muitas pessoas visitaram a exposição da enfermagem e quanto ao nosso trabalho, muitos tinham dúvidas e curiosidades sobre como e o que é desenvolvido no PAO. Alguns surpreendiam-se com a possibilidade de haver indivíduos com a capacidade de conviver com tais mudanças na sua auto-imagem. Outros citavam ter curiosidade e vontade de participar das reuniões dos grupos de vivência.

Pude perceber a importância de se divulgar os programas da Policlínica e especialmente de alertar a população sobre como encaminhar um indivíduo, pessoa conhecida, para informar-se melhor sobre seus problemas, e perceber que ele não está só e não é o único nesta situação.

Além da apresentação do pôster no Shopping Itaguaçu, participei juntamente com o PAO e a ACO de palestra sobre o indivíduo ostomizado e seus deveres / direitos, no Hospital de Guarnição da Polícia Militar. Nesta palestra, participei apenas como ouvinte e confesso que emocionei-me muito ao saber de mais um

pedaço das vidas de tantos indivíduos nesta situação e de ouvir testemunhos e vivências de alguns membros da associação.

Vale acrescentar que esta participação na semana de enfermagem trouxe crescimento para mim como pessoa e como profissional, assim como todos os acontecimentos durante meu período de estágio e meu período como acadêmica.

6 – APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo este relatório, acho fundamental mencionar algumas reflexões que hoje, eu tenho como futura profissional da área de saúde.

Para que o projeto se transformasse neste relatório que pudemos ler anteriormente à estas considerações, precisei escolher entre todas as áreas de enfermagem a que pudesse desenvolver um trabalho com objetivos à serem alcançados. Escolhi desenvolvê-lo na área que diz respeito ao cliente ostomizado e hoje vejo que foi uma grande escolha. Claro que precisei pesquisar, ler, atualizar-me sobre esta área tão específica e que requer tanta atenção. Precisei pesquisar as bibliografias. Depois escolher uma teoria que viesse de encontro com os objetivos que eu propunha-me à realizar. Optei pela Teoria do Auto-cuidado de Dorothea E. Orem que adaptou-se perfeitamente bem, já que os clientes ostomizados necessitam reaprender à lidar com um corpo que sofreu algumas modificações. Orem ensinou-me muito sobre o que é respeitar o tempo de cada indivíduo para readaptá-lo ao auto-cuidado.

No decorrer do estágio, conclui que a enfermagem presta um serviço muito importante com clientes hospitalizados e muito gratificante no ambulatório. Confesso que senti falta da enfermagem comprometida não somente com a parte física do cliente, mas da enfermagem comprometida com o bem-estar físico, social e psico-espiritual. Falta que se procure colocar no lugar do outro, que se procure entender e respeitar o indivíduo, cada qual na sua individualidade.

Devo salientar que é preciso ter-se um alicerce da teoria e prática para desenvolver este tipo de trabalho e isso foi fundamental para que o projeto, se tornasse um dia, este relatório que aqui escrevi, fortalecendo a vontade de doar-me à arte de ser enfermeira e compartilhar com os clientes a alegria de viver, sempre lembrando que o ser ostomizado é uma decisão que cabe ao livre arbítrio de escolher, optar e decidir sobre seu corpo e estar disposto à enfrentar-se, introjetando sua nova condição existencial.

7 – APONTANDO AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTERESCU, Karen Burke. Colostomia. *Nurs. Clin. Am.* v. 22, n. 2. Jun, 1987.
- ALTERESCU, Victor. Ostomia – o que você ensina ao paciente. *American Journal of Nursing.* v. 85, n. 11, 1985. P. 1250-3.
- COLIGHER, John. *Cirurgia de ânus, reto e colo.* São Paulo: Mandé, 1990.
- CREMA, Eduardo & SILVA, Rosemary et al. *Estomas, uma Abordagem Interdisciplinar.* Minas Gerais: Pinti, 1997.
- DUDAS, Giselle et al. *Reabilitação do paciente com câncer.* 1991.
- DUDAS, Giselle et al. Reflexão e Síntese acerca do Modelo dos Auto-Cuidados de Orem. São Paulo: *Acta Paul. Enf.* v.7, n. 1. Jan/Mar, 1994.
- FIGUEIRA, Tatiana Neves. Assistência ao Paciente no Pre, Trans e Pós-Operatório, Fundamentada na Teoria de Manda Horta, enfocando Educação em Saúde no Hospital Universitário. *Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem).* Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido.* Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1983.
- FREIRE, Paulo et al. *Vivendo e Aprendendo.* São Paulo: Brasiliense, 1987
- FREIRE, Paulo et al. *Educação e Mudança.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- GADOTTI, Moacir. *Convite à leitura de Paulo Freire.* São Paulo: Scipione Ltda, 1989.
- GEORGE, Julia B. *Teorias de Enfermagem.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GILL, Norma N. et al. *Ainda Posso Levar uma Vida Normal? [s/d]*

- GOODING, Barbara Anne & RHEAUME, Ann. Suporte social, estratégias de enfrentamento e adaptação à longo prazo à ostoma entre membros do grupo de auto-auxílio. *Journal enteroston ther*, 1991. p. 11-15
- GUTMAR, Harm & REIS, Raphael. *Curso pós-operatório e realizações de reabilitação de colostomizados*. Dis. Col & Rect. v.28, n. 11 Nov, 1985
- HASHIMOTO, Hiroko et al. O ostomizado e a qualidade de vida-aborgadem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan. *Dissertação (Mestrado em enfermagem)*. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
- HUGHES, Alison. Life with a stoma. *Nursing times*. London. v. 87, n. 25. Jun, 1991.
- KAMERS, Elizabeth M.P. & RAMOS, Vanderléa B. de J. Cuidando e Buscando o Ensino do Auto-cuidado à Mulher na Prevenção do Câncer Ginecológico. *Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997
- KELLY, Michael P. *Long and short term strategies for living with a stoma*. Tradução [s/d].
- MacDONALD. E.D. & ANDERSON,H.R. Estigma em Pacientes com Câncer Retal: Um estudo comunitário. *Journal of Epidemiology & Community Health*. v. 38, 1984
- MARTINS, Margareth. Ensinando e Aprendendo em Grupo a Enfrentar Situações Vivenciadas por Pessoas Ostomizadas. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1995.
- MARTINS, Margareth Linhares et al. *A Família como Suporte na Rede de Apoio ao Ostomizado*. [s/d].
- MIRANDA, Clara Feldman de & MIRANDA, Márcio Lúcio de. *Construindo a relação de ajuda*. Belo Horizonte: Crescer, 1983.
- MOTTA, Glenda J. Mudanças no Período de Vida: Implicações para o Cuidado de Ostomia. *Nursing Clinics of North America*. v. 22. Jun, 1987.
- NORONHA, Rachel. Experiência Participativa Mobilizadora de Enfermagem - Condições prévias para o auto-cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Jan//Mar, 1986.
- ORTIZ, H. & BAGUE, J. Marti & FOULES, B. *Indicaciones y Cuidados de los Estomas*. Espanha. Jun, 1994.

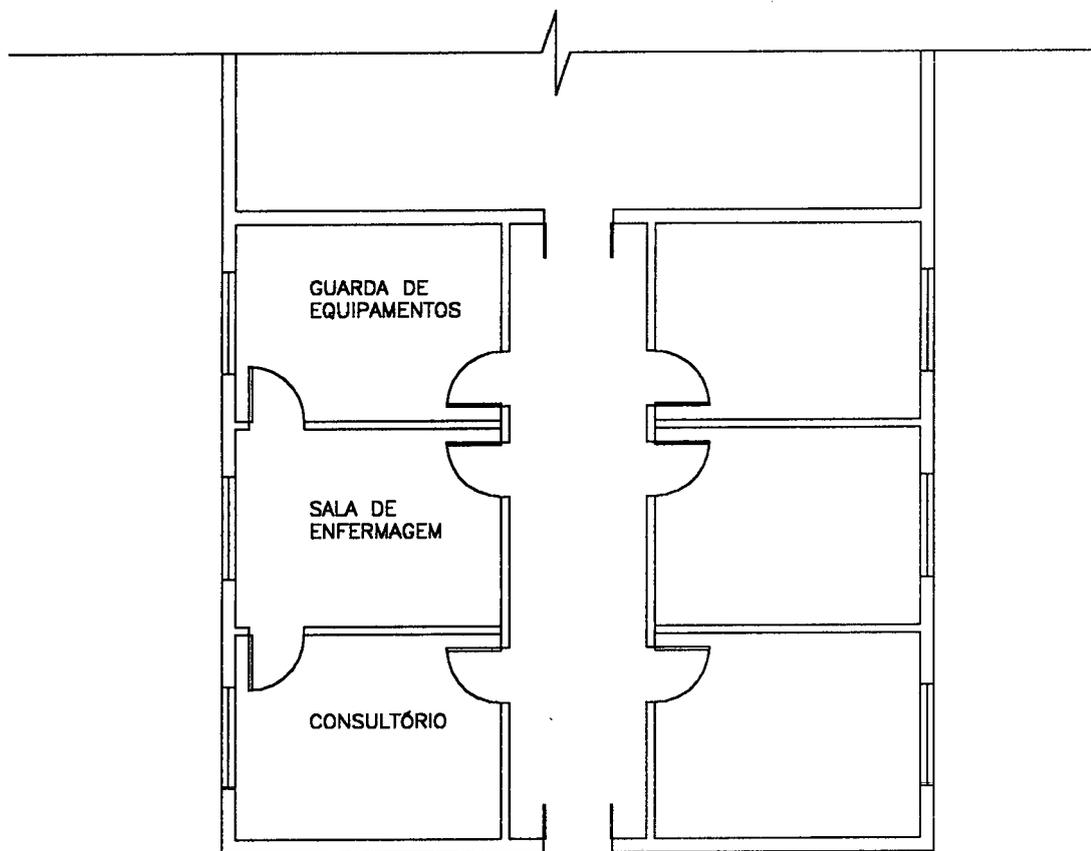
- PALAVICINI, Karin C.G. et al. Uma Proposta Assistencial de Enfermagem Voltada ao Trinômio Pai-Mãe-Filho, Fundamentada na Teoria de Imogene King, no CS II - Barreiros. *Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem)*. Universidade Federal de Santa. Santa Catarina, 1996.
- QUADROS, Neuseli de. Utilização do Referencial Teórico Elaborado pelas Enfermeiras do CEPON, no Cuidado à Pacientes com Diagnóstico de Câncer. *Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1997.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Criando histórias, aprendendo saúde: uma experiência com crianças de classes populares*. São Paulo: Cortez, 1988
- RUBIN, G.P. & DEVLIN, H.B. A Qualidade de Vida com um Ostoma. *British Journal of Hospital Medicine*. v. 38 n. 4. Out, 1987.
- SADA, Denise Campos Damerau. Cuidados de Enfermagem Voltado à Pessoa Ostomizada e sua Família com Base no Marco Conceitual da Policlínica de Referência Regional. *Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1997.
- SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do Auto-Cuidado de Orem. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1991. P. 123-32.
- SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. A Bolsa na Mediação "Estar Ostomizado" - "Estar Profissional" - "Análise de uma Estratégia Pedagógica". *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)*. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
- SHIPES, Ellen. Assuntos Psicosociais - A Pessoa com uma Ostomia, *Nursing Clinig of North America*. v. 22. n. 2. Jun, 1987.
- SOUZA, Ivone Moura de Melo e et al. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Cofen, 1993.
- THOMAS, Chris et atl. Efeitos psicológicos de estomas - fatores que influenciam o resultado. *Journal of Psychosomatic Research*. v.31, n.3. 1987
- TOMASELLI, Nancy et al. Body of image in patient with stoma: a critical review of the literature. *Journal of Enterostomal Therapy*. v.18, n.3. EUA. Mai/Jun, 1991.
- TRENTINI, Mercedes & DIAS, Lygia P.M. *Meu Primeiro Projeto Assistencial*. Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- TURNBULL, Robert W. & TURNBULL, Gwen B. *The History and Current Status of Paramedical Support for the Ostomy Patient*. n.20, 1993.

- VIEIRA, José Cristovam Martins. A Ponte Indivíduo - Grupo. Uma Prática do Modelo de Adaptação. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)*. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1991.
- WATSON, Pamela Gaherin. The effects of shortterm postoperative conseling or cancer / ostomy patients. *Cancer Nursing*. v.6, n.1, February, 1983.
- WATT, Rosemary C. A ostomia: Por que ela é criada. *American Journal of Nursing*. v.11, 1985. P. 1242-45.

8 – ANEXOS

ANEXO 1

P.A.O.



PLANTA FÍSICA
DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO OSTOMIZADO (P.A.O.)

ANEXO 2



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

CRONOGRAMA DOS ENCONTROS EM GRUPO **DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO OSTOMIZADO** **NÚCLEO FLORIANÓPOLIS - 1998**

MARÇO	ABRIL	MAIO
Dia 03 - GRUPO 1	Dia 07 - GRUPO 1	Dia 05 - GRUPO 1
Dia 10 - GRUPO 2	Dia 14 - GRUPO 2	Dia 12 - GRUPO 2
Dias 17 e 24 - Não haverá	Dia 21 - Feriado	Dia 19 - GRUPO 3
Dia 31 - GRUPOS 3 e 4	Dia 28 GRUPOS 3 e 4	Dia 26 - GRUPO 4

JUNHO	JULHO
Dia 02 - GRUPO 1	Dia 07 - GRUPO 1
Dia 09 - GRUPO 2	Dia 08 - GRUPO 2
Dia 16 - GRUPO 3	Dia 21 - GRUPO 3
Dia 23 - GRUPO 4	Dia 28 - GRUPO 4

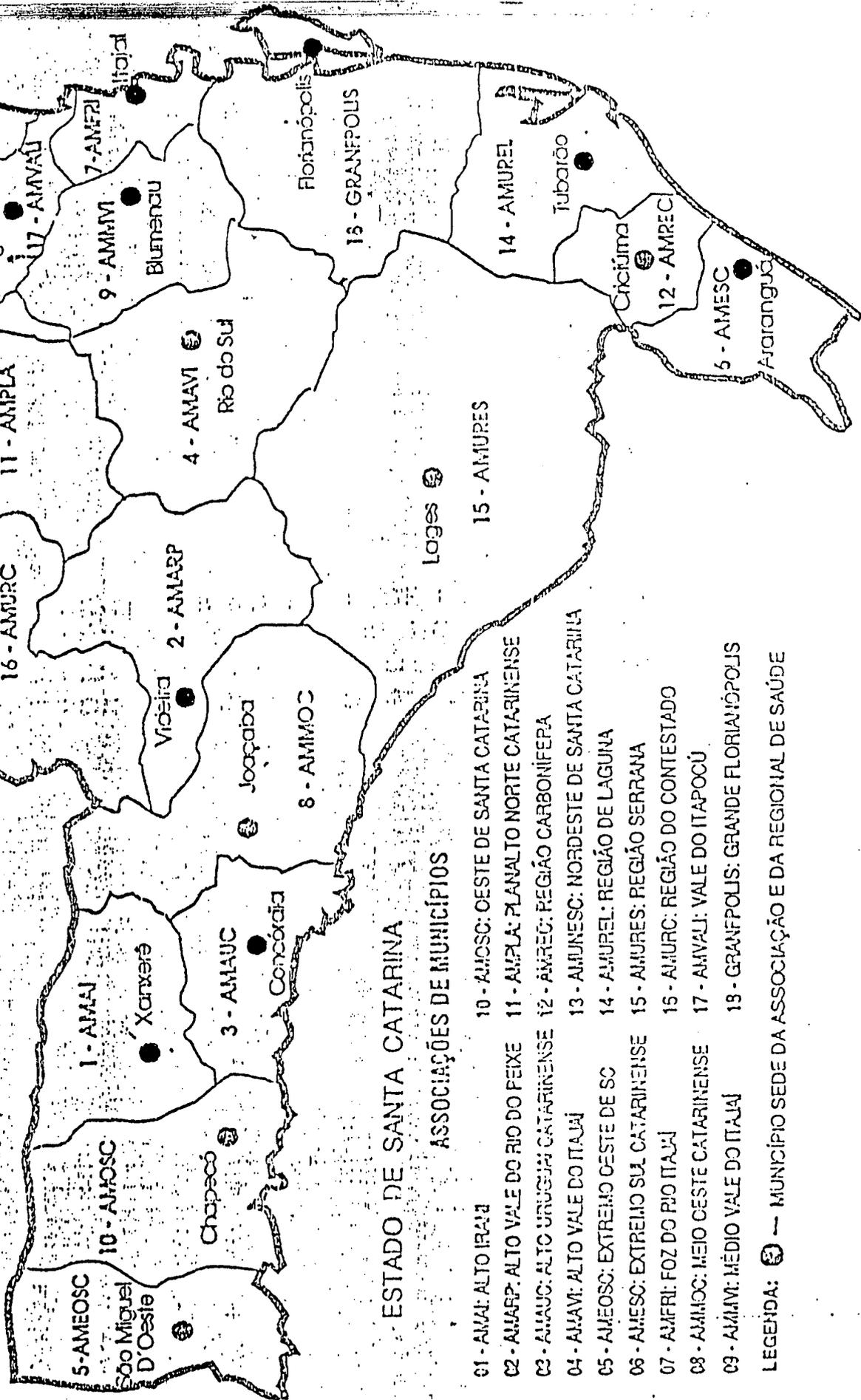
ANEXO 3



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

**PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA AO
OSTOMIZADO
(PAO)**

Núcleos do Programa de Assistência
ao Ostimizado - SES - SC



ESTADO DE SANTA CATARINA

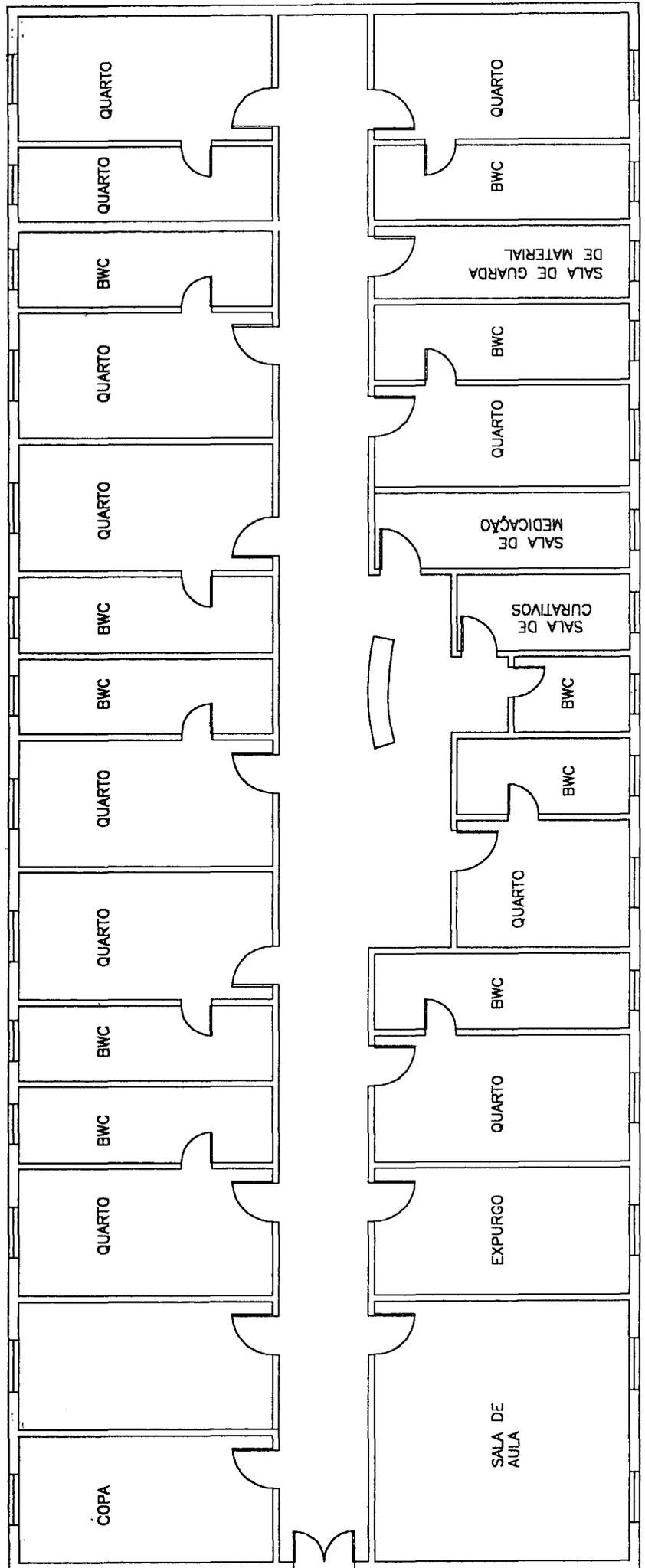
ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS

- 01 - AMAI: ALTO ITAJAI
- 02 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 03 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 04 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 05 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 06 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 07 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 08 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 09 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 10 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 11 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 12 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 13 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 14 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 15 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 16 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 17 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 18 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE
- 19 - AMIPLA: ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

LEGENDA: (●) — MUNICÍPIO SEDE DA ASSOCIAÇÃO E DA REGIONAL DE SAÚDE

ANEXO 5

**PLANTA FÍSICA
DA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO
CIRÚRGICA II (U.I.C II)**



ANEXO 6

S - diz sentir-se bem. Está preocupada com a incontinência urinária e com deformidade de nas unhas das mãos. Já relatou preocupações para denturando. Relata que só deseja ir para casa quando seu quadro estiver estabilizado.

O - lúcida, comunicativa. Apresenta - se emagrecida e com palidez cutânea moderada. Colostomia funcionando com eliminação de efluente pastoso. Fontes de dissecação íleo - cecal sem curativo. Curativo de dreno com pequena quantidade de secreção serosa. Tomou banho de aspersão. Realiza auto - cuidados com equipamento de colostomia.

A - Incontinência ^{novamente} devido infecção urinária anterior à cirurgia. Realiza auto - cuidados, necessitando de novas orientações sobre troca de equipamento.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

ANEXO 7

PROCESSO DE ENFERMAGEM		
WANDA HORTA	DOROTHEA E. OREM	ADAPTAÇÃO RELATÓRIO
<p>ETAPA 1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM = COLETA DE DADOS ATRAVÉS DA IDENTIFICAÇÃO, NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS.</p>	<p>ETAPA 1 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO = DETERMINA-SE A NECESSIDADE OU NÃO DO AUTO-CUIDADO.</p>	<p>UTILIZAVA-ME DO HISTÓRICO FEITO DE ACORDO COM HORTA. FAZIA AS PERGUNTAS DE ACORDO COM O REM VERIFICAVA A VERACIDADE DOS DADOS DOS OBJETIVOS, JUNTAMENTE COM O CLIENTE. REGISTRAVA DIARIAMENTE ATRAVÉS DO MÉTODO WEED, NO S (SUBJETIVO) E O (OBJETIVO), UTILIZADO PELA INSTITUIÇÃO.</p>
<p>ETAPA 2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM = AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS APRESENTADOS, ATRAVÉS DA COLETA DE DADOS.</p> <p>ETAPA 3 - EVOLUÇÃO DIÁRIA DO CLIENTE, ATRAVÉS DO MÉTODO WEED (S.O.A.P.).</p>	<p>ETAPA 2 - PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - DESCREVE - SE COM DETALHES AS HABILIDADES E DIFICULDADES DO CLIENTE/FAMÍLIA NA PRESENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA. PROJETAR SISTEMAS DE ENFERMAGEM. DEVE-SE ESPECIFICAR TEMPO, ESPAÇO DURAÇÃO, TÉCNICA E AMBIENTE PARA A REALIZAÇÃO DO AUTO-CUIDADO</p>	<p>ATRAVÉS DE CONVERSAS ENTRE ACADÊMICA/CLIENTE, PODERIA SABER DE SUAS REAIS CAPACIDADES E ENGAJAMENTO PARA O AUTO-CUIDADO. REGISTRAVA DIARIAMENTE ATRAVÉS DO MÉTODO WEED, NO A (ANÁLISE) E P (PLANO).</p>
<p>ETAPA 4 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA OS PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.</p>	<p>ETAPA 3 - PROVISÃO E CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM = FASE PRÁTICA DO PROCESSO DE OREM, ONDE DEVE -SE ASSISTIR, AVALIAR E AJUSTAR AS ATIVIDADES PREVISTAS.</p>	<p>NESTA FASE, CHECAVA A RESOLUTIVIDADE DO PLANO TRAÇADO PARA AQUELE CLIENTE NO DIA ANTERIOR. CONFORME AVANÇOS DO SEU QUADRO GERAL E AUTO-CUIDADO, ALTERAVA O PLANO PARA O DIA POSTERIOR. SEMPRE MODIFICANDO A ANÁLISE E O PLANO, CONFORME EVOLUÇÃO DO QUADRO DO CLIENTE.</p>

ANEXO 8

1. IDENTIFICAÇÃO

I.P.S. ; 64 anos, casada, católica, lavadeira.
Natural da cidade de Fátima R/S, residente em Tangará, na área rural. Mora com o marido e o filho mais novo, de 23 anos, ambos lavadores.

2. APARECIMENTO DA PATOLOGIA

A Sra. I chegou a Fpolis há aproximadamente 01 mês para ser investigada tontura e vômito e episódio de sangramento vaginal constante há \pm 2 meses.

A cliente relata que em outubro de 97 iniciou com fezes diarréicas e dificuldade de evacuação. Diz ter iniciado a ingestão de chá de maçã silva (erva cidreira) para cessar a diarreia. Como surtiu pequena melhora, não procurou ajuda profissional. Em janeiro de 98, iniciou-se sangramento vaginal contínuo e como houve pressões de alguns familiares, segundo a cliente, procurou-se ajuda profissional na cidade de Tangará. O ginecologista procurado relatou ser um sangramento normal do período da menopausa e orientou a cliente a procurar o caso não cessasse o sangramento. A cliente relata não ser realizado exame de preventivo de câncer de colo uterino há 20 anos.

Como não ocorreu o cessamento do sangramento, recorreu a um médico da cidade mais próxima, Videira. Após atendimento, a Sra. I. foi encaminhada para Florianópolis onde, segundo o profissional, tem-se mais recursos.

Consultou o H.U. e ficou internada na U.I.G. para investigações do sangramento. Na unidade foram feitos exames e através de um exame de toque retal ficou evidenciada a presença de uma massa na região de reto-fundo vaginal. Houve intervenção da proctologia que afirmou presença de massa em reto + parede posterior da vagina e fistula reto vaginal.

Houve transferência da cliente para a UIC II para tratamento cirúrgico com diagnóstico inicial de adenocarcinoma de reto médio (estenosante) irradiado vaginal.

3. PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.

Na fase pré-operatória a cliente apresenta-se com grande preocupação quanto ao ato cirúrgico e como ela gostaria de realizar seus afazeres normalmente. Outra questão bastante forte que ficou evidenciada no que diz respeito ao autoconhecimento da cliente, era a sexualidade.

Nesta fase a cliente apresenta-se no sistema de apoio/educação no que diz respeito à saber qto ao ato cirúrgico e re

recuperação desta e sobre a sexualidade. Nas apresenta-se com grande déficit ao autocuidado à não ser a dificuldade de se compensar e o período de negações do seu estado patológico.

Apesar de não aceitar, negar seu estado patológico e sua condição de paciente, a Sra. I. apresentou vontade em desenvolver habilidades para o auto-cuidado e aumentar conhecimentos para a realização do autocuidado.

Vale lembrar que o período de negações é algo natural à pacientes que se vêem em situações de saúde-doença, conforme Parkis apud Kelly (1985) identifica como estágios no processo de mágoa.

1º estágio → percepção, ou seja, a pessoa pratica a negação ou evitação. Gradualmente o indivíduo passa a reconhecer e admitir a perda. No caso dos indivíduos estomizados, a perda do órgão do controle das eliminações.

2º estágio → alarme. O indivíduo vê-se estomizado, tornando-se ansioso, inquieto, medo e sentimentos de insegurança.

3º estágio → busca. Onde o indivíduo procura achar resposta para a sua nova condição.

4º estágio → perda interna. Onde o indivíduo vê-se estomizado e passa a ter sentimentos e preocupações quanto

a sua vida fora do âmbito hospitalar, preocupações com a aceitação da família e amigos.

Por fim, fica a aceitação que pode levar muito tempo.

Outro fator de grande importância e presença nesta fase pré-operatória era a família, bastante preocupada com a realização do ato cirúrgico.

Estabeleci integrações com cliente e familiares para poder realizar as intervenções cabíveis nesta fase.

A proposta de intervenções passava por alguns momentos:

1 - investigar o que o cliente já tinha de conhecimentos;

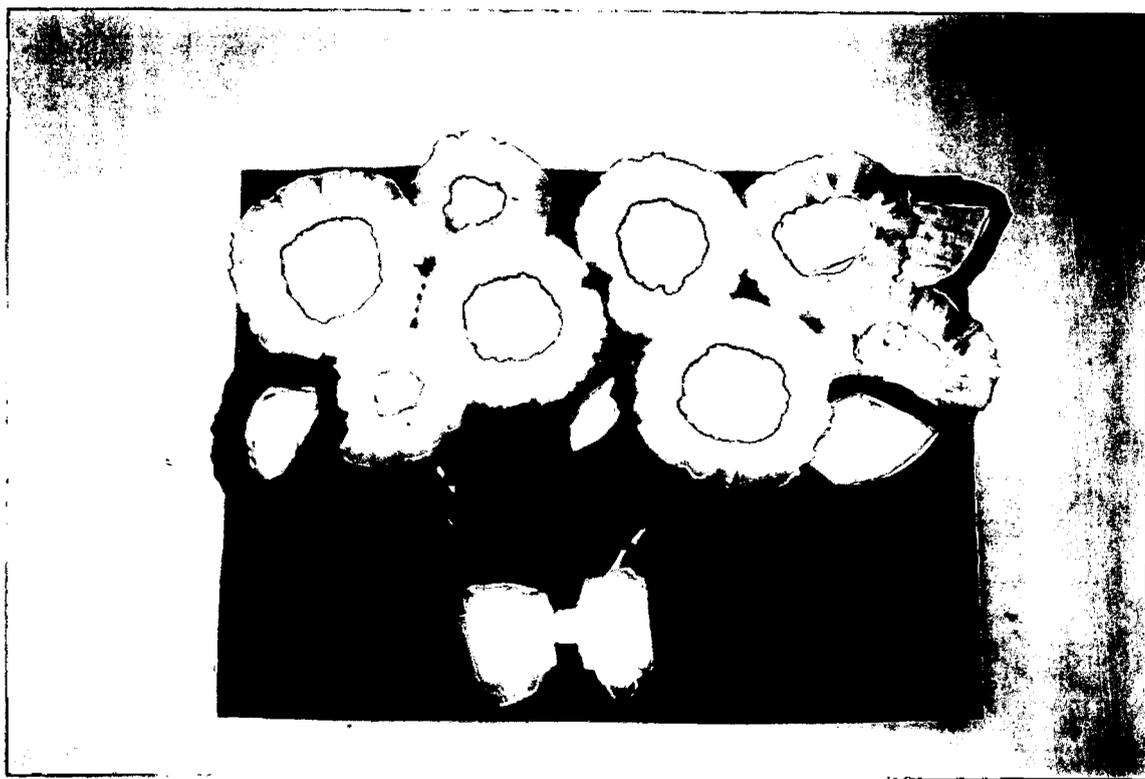
2 - o que o cliente gostaria de discutir e saber;

3 - o que era de interesse dos familiares;

Terminando estes tópicos em considerações pude programar orientações sobre o ato cirúrgico, anestesia, incisões, confecções da estomia protetora, funcionamento, localizações, equipamentos e utilizações destes. Reconstrução da parede vaginal, sexualidade, exercícios físicos e alimentações.

ANEXO 9

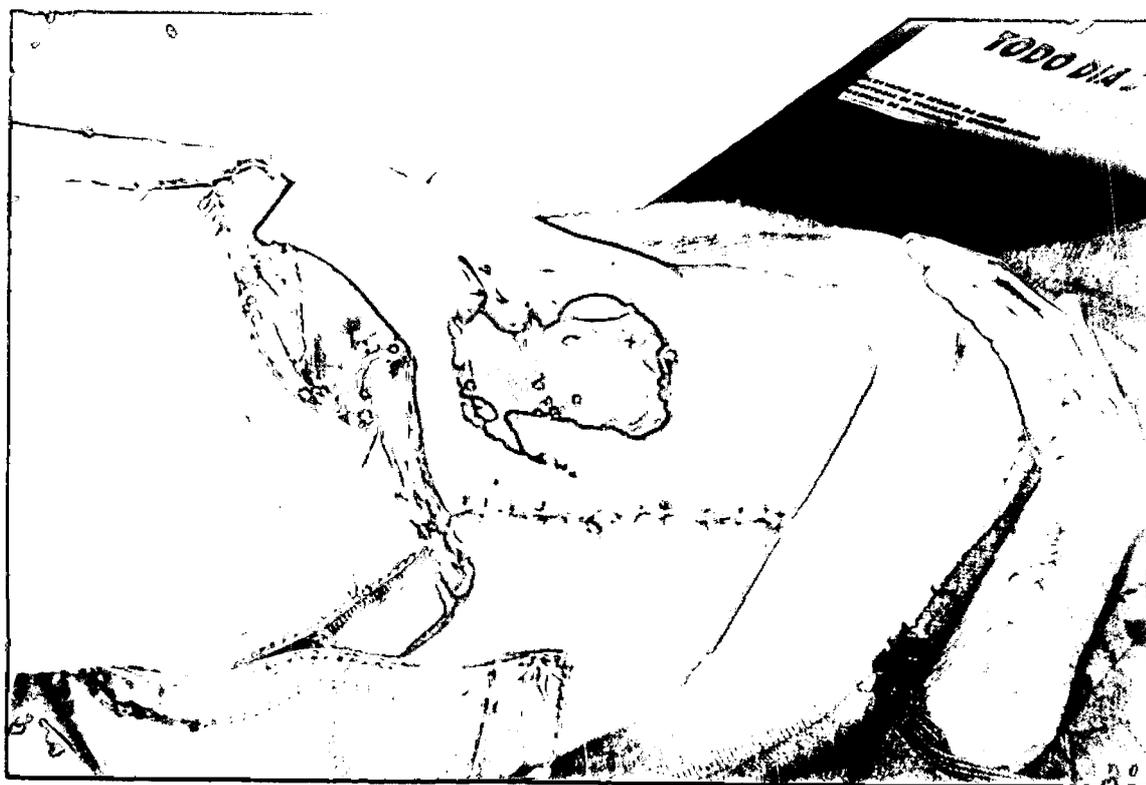
**CARTAZ COM A TRANSCRIÇÃO DAS PERCEPÇÕES DOS
CLIENTES DO GRUPO DE VIVÊNCIA**



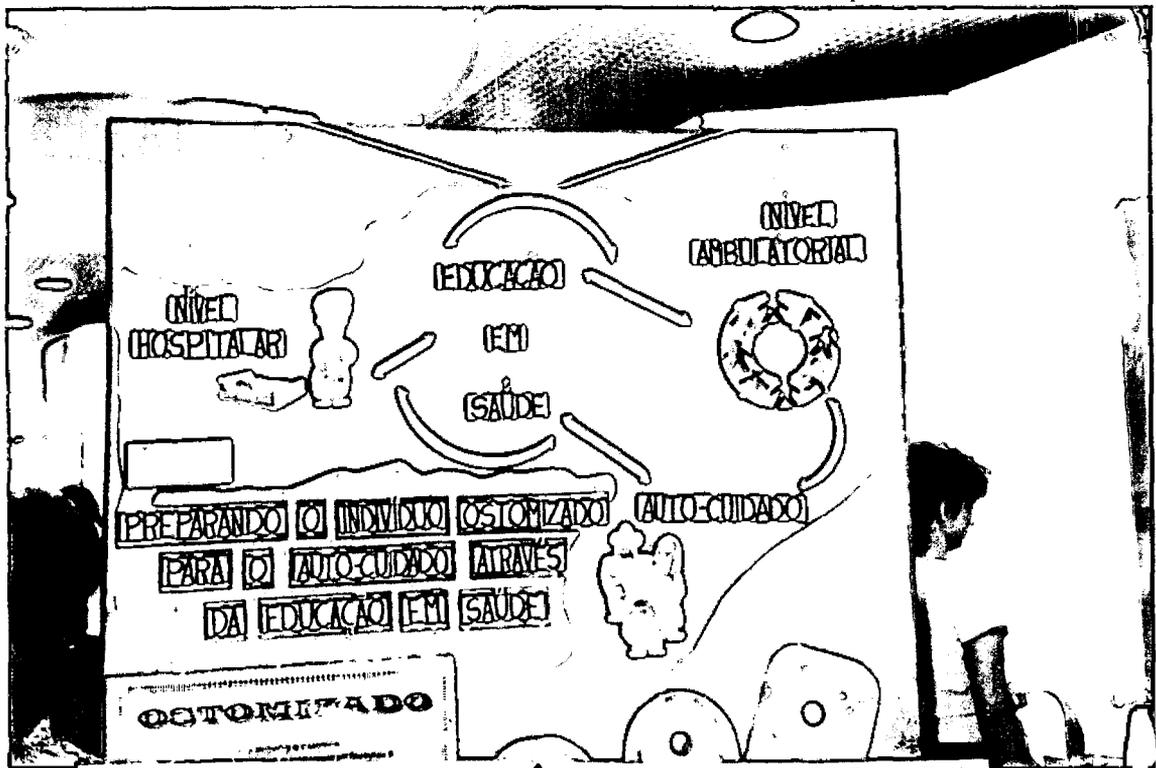
ANEXO 10



Sr. A. quando da chegada para a consulta



Sr. A. com a bolsa instalada



APRESENTAÇÃO DE PÔSTER NA SEMANA DA ENFERMAGEM NO SHOPPING ITAGUAÇU

