

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

**A PESSOA OSTOMIZADA, SEUS FAMILIARES E A
ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A ACEITAÇÃO**

**ANA CRISTINA DE OLIVEIRA KERBER
KÁTIA ATSUKO HAMADA
THAÍS HELENA MARQUES CARDOSO**

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2007.

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

**A PESSOA OSTOMIZADA, SEUS FAMILIARES E A
ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A ACEITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Disciplina de
Enfermagem Assistencial Aplicada
do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Enfermeiro.

Acadêmicas: Ana Cristina de Oliveira Kerber
Kátia Atsuko Hamada
Thaís Helena Marques Cardoso

Orientadora: Prof^a Dra. Dalva Irany Grudtner

Supervisora: Enf^a Ivana Fantini

3º Membro da Banca:
Prof^a Msc Margareth L. Martins


Florianópolis, julho de 2007.

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA KERBER
KATIA ATSUKO HAMADA
THAIS HELENA MARQUES CARDOSO

**A PESSOA OSTOMIZADA, SEUS FAMILIARES E A
ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A ACEITAÇÃO**

Este Trabalho de Conclusão da disciplina **Enfermagem Assistencial Aplicada**, desenvolvida na **8ªUC** do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora:



Prof^ª. Dr^ª. Dalva Irany Grudtner



Enf^ª. Msc Margareth Linhares Martins

Florianópolis, julho de 2007.

AGRADECIMENTOS

Nossa gratidão...

A Deus, pelo dom da vida.

A professora Dalva Irany Grüdtner por compartilhar saberes, pelo incentivo, disponibilidade e dedicação apostando em nós, tendo a persistência para a realização deste trabalho.

A professora Margareth Linhares Martins, pela atenção, conselhos e o compartilhar de seu conhecimento, Muito Obrigada!

A supervisora Enfermeira Ivana Fantini pelo incentivo e confiança no nosso trabalho.

A Universidade Federal de Santa Catarina, nosso reconhecimento, e nelas a todas as pessoas que nos beneficiaram, dividindo seu saber.

Ao GAO, pela receptividade, apoio e por suas relevantes considerações que enriqueceram o nosso trabalho.

A direção de Enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos que nos facilitou condições em realizar este trabalho.

Aos funcionários da Clínica Cirúrgica do Hospital Governador Celso Ramos pela oportunidade de formação, por suas contribuições e orientações.

Aos participantes deste trabalho, pelo envolvimento e contribuição, compartilhando suas experiências, histórias de vida e sentimentos que cada um demonstrou, permitindo a união, nosso crescimento pessoal e profissional.

A todos, enfim, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, nosso muito obrigada!

Aos meus pais, Ana Regina e Mauro, pelo amor, carinho, suporte e compreensão. Por terem me permitido existir e fazer parte da minha vida incondicionalmente. Mãezinha te Amo!

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhas, pelo bem-querer e presença certa em minha vida.

Ao Marcelo, por estar ao meu lado me confortando durante essa caminhada.

A minha grande amiga Rose Mary, pelos momentos que passamos juntas, pela presença, envolvimento e pela amizade sincera e eterna.

As minhas companheiras de trabalho, Kátia e Thaís, por serem excelentes amigas e queridas comigo o tempo todo e permitirem que este trabalho se realizasse. Namastê!!

Ao Michel, por me incentivar a entrar nessa batalha! Venci!!

Ana Cristina de Oliveira Kerber

Aos meus pais, Paulo e Maria, pelo esforço de mesmo longe, me fornecerem amor, carinho, amparo e compreensão.

Aos meus avós, Kazo e Miyoko, por me ensinarem o verdadeiro motivo de viver e não me deixarem desistir nunca de acreditar em uma luz no fim do túnel.

Aos meus irmãos Wilma e Willian, família e aos amigos, que mesmo distantes sempre estiveram muito presentes no meu coração e valiosos protagonistas na minha vida.

As minhas amigas, Cris e Thaís, por serem sinceras e verdadeiras companheiras nessa caminhada. E aos amigos que tornam esta Cidade Maravilhosa mais Bela!

Ao Bruno, pelo amor sincero, pelo companheirismo em todos os momentos e por estar sempre ao meu lado.

Kátia Atsuko Hamada

Aos meus pais, Maria Helena e Vilmar Cardoso, por terem me amparado com amor, carinho e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus avós, Iná Quadros e Manoel Marques, por me amarem e pelo exemplo de amor verdadeiro.

Ao meu namorado Pedro Paulo. Por estar ao meu lado sempre, me escutando, me ensinando e preenchendo a minha vida de força e alegria. Te amo muito!

A todos os meus amigos que tiveram um significado inestimável em minha vida e que vivem em meu coração. Obrigada pela atenção e carinho.

A minha amiga Cris, por ser companheira em todas as horas. Para chorar, para rir, para festejar, para desabafar e até para encher a cara de coca-cola e chocolate, Belê!

A minha amiga Kátia, Ching Ling. Brincadeirainha. Por falar o que pensa, por sua inteligência natural e sua amizade sincera.

Thaís Helena Marques Cardoso

“Ser Ostomizado

Ser ostomizado não é apenas ser alguém que tem um ostoma na parede abdominal...

Ser ostomizado não é apenas viver com uma bolsa para coleta de fezes ou urina presa ao abdômen...

Ser ostomizado não é apenas ter deixado de utilizar o vaso sanitário...

Ser ostomizado não é apenas viver com a preocupação de que tipo de alimentos pode comer...

Ser ostomizado não é apenas viver preocupado com gases e odores...

Ser ostomizado é muito mais que isso, é ser privilegiado por Deus por ter sido escolhido a viver novamente...

Ser ostomizado é Ser Humano”.

Gizelle Ribeiro Lima

RESUMO

Trata do relato de experiência do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, realizada na Unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital governamental de uma capital da região Sul, no domicílio das pessoas que se submeteram a ostomia, bem como as que participam do Grupo de Convivência, no período de dezesseis de abril de 2007 a vinte de junho de 2007. Teve como objetivo geral planejar, realizar e avaliar uma Prática Assistencial guiada pela teoria de Hildegard E. Peplau com ênfase na educação em saúde, visando promover a melhor aceitação da situação. Utilizamos as quatro fases: *orientação, identificação, exploração e solução* da referida autora como um Processo de Enfermagem. Os resultados mostram que a interação entre o profissional e a pessoa, estendendo-se ao familiar é de relevância para a redução de anseios ou de problemas facilitando o processo de aceitação.

Percebemos que é essencial o acompanhamento hospitalar perioperatório com cuidados específicos para a pessoa que passa pelo processo de viver ostomizado, estendendo-se sempre que possível aos seus familiares visando sanar o déficit de conhecimentos e por isso a interação é capaz de modificar o significado de vida para alcançar um maior bem estar. Assim como a presença da família estimula a auto-confiança da pessoa que esta fragilizada, possibilitando o interesse no compartilhar suas dúvidas; que na residência das pessoas há diferenças no cuidado prestado no âmbito hospitalar, pela possibilidade de maior troca.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Alguns dados históricos de Ostomias.....	14
3.2 Anatomia e Fisiologia do Intestino.....	16
3.3 Estomas e sua Localização.....	18
3.4 Etiologia.....	21
3.5 Cuidados de Enfermagem.....	29
3.6 Prevenindo complicações em pessoas ileostomizadas.....	34
3.7 Prevenindo complicações em pessoas colostomizadas.....	35
3.8 A importância de grupos para a Assistência as Pessoas Ostomizadas.....	35
3.9 Proposta baseada na Teoria Interpessoal de Hildegard E. Peplau.....	37
4 MARCO CONCEITUAL.....	42
4.1 Pressupostos de Hildegard E. Peplau.....	42
4.2 Conceitos.....	46
4.3 Pressupostos – Nossas Crenças e Valores.....	46
5 METODOLOGIA.....	50
5.1 Local da Prática Assistencial.....	50
5.2 Período.....	50
5.3 Clientela.....	50
5.4 Plano de Ação.....	50
6 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	56
7 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	60
7.1 Apresentação e Discussão dos Resultados.....	60
7.2 Atividades não planejadas e realizados.....	99
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
9 REFERÊNCIAS.....	103
ANEXOS.....	108
APÊNDICES.....	113

INTRODUÇÃO

Doenças crônicas afetam vários aspectos da vida de uma pessoa. As mudanças decorrentes dessa condição indicam a necessidade de incorporação de novos hábitos, revisão, e adaptação dos papéis sociais desenvolvidos, significando então, que a pessoa passará a viver uma condição crônica de saúde (MARTINS et al, 2006b).

A incidência e prevalência de doenças crônicas têm aumentado desde o início do século XX. Conseqüentemente, as necessidades das pessoas que passaram a viver nesta condição são significativas. Tais necessidades exigem recursos adversos e tipos de cuidados específicos.

De acordo com os índices de mortalidade das macrorregiões do Brasil o câncer é encontrado em diversas colocações, mas sendo incluído entre as primeiras causas de morte (SALLES et al, 2003).

O aumento da incidência e da mortalidade por câncer e por outras doenças – crônicas degenerativas é a marca do envelhecimento da população, pois quem vive mais fica mais tempo exposto aos fatores que podem gerar tais doenças (SERRANO, 2006).

Geralmente o tratamento dessas doenças é dispendioso e demorado, demandando do sistema público um planejamento para os próximos anos. Prevê-se que o câncer será a maior causa de morte em algumas décadas. Em geral, metade das mortes precoces por esse tipo de doença é prevenível (SERRANO, 2006).

No Brasil, ao se analisar a distribuição proporcional da ocorrência de casos de câncer na população, observa-se que o câncer do intestino grosso (cólon, junção retossigmóide, reto e ânus) encontra-se como o quarto tipo de câncer mais incidente em homens e o terceiro entre as mulheres (BRASIL, 2005).

Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste o câncer de cólon e reto é reconhecido como o quarto tipo de câncer mais freqüente em homens e o terceiro entre as mulheres. Os dados demonstram a relevância da doença, para ambos os sexos, não só pela morbidade e

possibilidade de realização da colostomia, mas também pelas altas taxas de mortalidade (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Em Santa Catarina, foram identificados 1407 casos de pessoas cadastradas no Programa de Assistência a Pessoa Ostomizada em janeiro de 2007, dado divulgado no Projeto Hospital Universitário (SILVA R., 2007).

O aumento do número de óbitos por câncer é uma característica da transição epidemiológica nas regiões em desenvolvimento e desenvolvida. A expressão “transição epidemiológica” delinea as mudanças no padrão de doenças que acompanharam as melhorias nas condições de saúde, iniciadas no final do século XIX e início do século XX. As taxas de mortalidade por epidemias infecciosas e por doenças típicas da falta de higiene se reduziram e a expectativa de vida aumentou, promovendo alteração no padrão das doenças (SERRANO, 2006).

De acordo com a Constituição Federal todos os indivíduos, brasileiros ou não, têm direito a saúde. Esse direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas, as quais visam à redução de risco de doenças, de outros agravos, o acesso universal e igualitário, as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesta perspectiva surge à busca dos direitos dos indivíduos ostomizados. Assim, leis foram sancionadas para garantir os benefícios às pessoas que delas necessitam. O Projeto de Lei nº. 7.177 de 2002, do Congresso Nacional altera a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, a fim de dispor sobre a obrigatoriedade de fornecimento de bolsa de colostomia pelos planos e seguros privados de saúde (SAESP, 2006).

O Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência - CONADE, pelo seu Decreto nº. 5.296 de 02 de dezembro de 2004 ao determinar que sejam garantidas condições gerais as pessoas portadoras de deficiência como, a acessibilidade em condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, serviços de transporte, dispositivos, sistemas, meios de comunicação e informação, inclui a pessoa ostomizada nessa condição (BRASIL, 2004).

Existem muitas razões para as pessoas rejeitarem submeter-se a uma ostomia. O impacto da alteração da imagem corporal, dependendo da percepção de perda vivida pelo paciente, das características individuais e dos suportes sociais encontrados por ela, acarreta diversas reações à sua nova realidade.

O portador de uma ostomia passa por alterações drásticas referentes à representação do corpo, em suas práticas, em suas experiências, no relacionamento sexual, na vida familiar, nas relações sociais que afetam o lazer, o trabalho e atividades escolares (MANTOVANI, 1996).

Os aspectos emocionais da pessoa ostomizada por câncer são duplamente abalados, visto que ela terá que passar por uma mutilação para minimizar os efeitos da doença, situação em que provoca sentimento de perda, transformação corporal da sua auto-imagem e dúvidas quanto ao futuro, medo do preconceito, entre outros (SONOBE, 2002).

A Enfermagem, por ser uma profissão eminentemente prática, com base teórica e científica, inevitavelmente encontra-se comprometida com o social e, por conseguinte com a educação em saúde das pessoas cuidadas. Assim, ela preocupa-se com os direitos humanos, tendo a vasta responsabilidade de viabilizar, junto com outros profissionais da saúde e os próprios usuários, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: universalidade, equidade, integralidade, promoção, proteção, recuperação, regionalização e hierarquização, nos reforçando o apoio a essas leis.

Em Santa Catarina, o Programa de Assistência à Pessoa Ostomizada (PAO) é a referência de assistência do Estado - conforme o relatório do ano de 2006 do Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada (GAO) – na remodelação do atendimento do SUS, a equipe com funções assistenciais, foi deslocada geográfica e hierarquicamente, passando a exercer funções apenas administrativas, sem a provisão de continuidade da assistência. No momento a equipe está constituída somente por dois profissionais: a auxiliar e a técnica de Enfermagem.

Entendemos que para a reestruturação do Programa de Atendimento à Pessoa Ostomizada (PAO - SES / SC) é fundamental a atuação da Enfermagem, não só pela responsabilidade assistencial dentro da equipe de Enfermagem, mas para o desenvolvimento e disseminação do conhecimento, bem como para continuidade das atividades assistenciais e melhorias no atendimento a essas pessoas, usuárias de todo o Estado de Santa Catarina.

O GAO é um grupo interinstitucional e interdisciplinar, formado por profissionais da saúde, pessoas ostomizadas e voluntários, que através do Projeto de Extensão Universitária vinculado ao Departamento de Enfermagem (NFR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visa otimizar e promover a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, com feridas e incontinência anal e urinária, e seus familiares.

O NUCRON (Núcleo de Pesquisa a Pessoas em Condições Crônicas de Saúde) ao acreditar em educação em saúde estendeu ao GAO o desafio da construção de um Grupo de Convivência das Pessoas Ostomizadas. Este Grupo de Convivência (GV) viabilizado como parte Programa de Assistência a Pessoa Ostomizada, tem por coordenação a ARPO, que conta com a participação técnica do GAO, juntos são ferramentas fundamentais para

fortalecerem a luta de seus direitos e para acolher as pessoas que iniciam esse processo amparando-as socialmente.

No GV, as trocas, além de possibilitarem momentos de aprendizagem coletivos, também encorajam, reanimam e fortalecem as pessoas no desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento desta nova condição de vida (PEREIRA; PERUGINI, 2005).

A Enfermagem atua nas vertentes física, psíquica e social das pessoas, para cuidar eficazmente delas. O cuidado tão específico e continuado à pessoa ostomizada busca atender às três vertentes descritas. Ele inicia-se no período pré-operatório, acentua-se no pós-operatório e tem continuidade após alta hospitalar. Em decorrência disso, percebe-se a importância de cuidar dessa pessoa em sua globalidade, já que este aspecto fará parte do seu processo de viver.

Como acadêmicas de Enfermagem, tivemos nosso interesse despertado pelo tema quando encontramos pessoas ostomizadas na Clínica Médica do Hospital Universitário, apresentando deficiência no auto-cuidado devido a carência de informação, por parte da equipe multidisciplinar. Com os conhecimentos obtidos na 6ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, nas aulas sobre cuidados à pessoa ostomizada, unido ao fato de uma de nós, ser bolsista do GAO, e nos expor a atual situação no atendimento ambulatorial, visualizamos mais uma vez a falta de atenção à saúde dessas pessoas por parte de alguns profissionais da área da saúde e afins. A nossa participação no Grupo de Convivência nos sensibilizou e passamos a refletir sobre a possibilidade de desenvolvermos uma proposta que viesse contribuir para o suprimento dessa deficiência, cuidando das pessoas ostomizadas e disseminando informações e conhecimentos.

O desejo de realizar um estudo com pessoas ostomizadas vem acompanhado da intenção de aprendermos mais sobre esta condição crônica de viver de algumas pessoas, buscando contribuir para o seu bem estar. Todavia, sabemos por estudos desenvolvidos que isto representa um grande desafio, pois, como evidencia Martins (1995) “essas pessoas precisam enfrentar a necessidade de mudanças nos seus hábitos diários”.

Elegemos, para nortear nossa Prática Assistencial, a teoria da relação interpessoal de Hildegard E. Peplau por acreditarmos que a relação entre a enfermeira e a pessoa ostomizada, baseada na confiança e respeito, seja necessária para um plano assistencial que tenha por fim uma meta em comum, na qual experiências, expectativas, valores e crenças do indivíduo sejam considerados. Igualmente Almeida et al (2004), consideramos a teoria de Peplau atual, embora tenha sido criada há mais de cinco décadas e sob outro contexto histórico, o seu foco central é a relação interpessoal enfermeiro-paciente, parte da própria

natureza da Enfermagem, sendo resgatada continuamente. Portanto, vimos como bastante adequada esta teoria, por estabelecer uma maior interação completa a base dos cuidados com pessoas nessa condição.

Uma vez que a Enfermagem acompanha o ser humano em todas as etapas do seu ciclo vital (GRÜDTNER, 2005) - do nascer, crescer, amadurecer, reproduzir ao envelhecer, adoecer e morrer - tal acompanhamento permite o necessário estabelecimento de vínculos. Nesse sentido é que surge nossa percepção de cuidar da pessoa que necessita submeter-se a uma ostomia.

Nossa Prática Assistencial foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis (SC) e com Visitas Domiciliárias, realizadas no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007, sob a supervisão da enfermeira Ivana Fantini Costa e orientação da professora Dr^a Dalva Irany Grudtner, professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Planejar, realizar e avaliar uma Prática Assistencial norteada pela teoria de Hildegard E. Peplau a pessoas ostomizadas e seus familiares com ênfase na educação em saúde visando o bem estar destes.

2.2 Objetivos Específicos

I. Realizar o Processo de Enfermagem adaptado às concepções de Peplau a pessoas candidatas a ostomia na situação pré-operatória imediata, trans, pós-operatória e seus familiares

II. Prestar assistência de Enfermagem a pessoa ostomizada, família e comunidade, sob aspecto bio-psico-socio-cultural na visita domiciliária.

III. Aprofundar, sedimentar e trocar os conhecimentos referentes às necessidades das pessoas ostomizadas e familiares no Grupo de Convivência;

IV. Identificar as alterações causadas no modo de vida das pessoas que se submeterem a uma ostomia e de seus familiares;

V. Participar da estruturação e execução do projeto do GAO - gestão 2007;

VI. Caracterizar o perfil das pessoas ostomizadas em SC, segundo tabela das 30 regionais fornecidas pelo Centro Catarinense de Reabilitação – (CCR)

VII. Conhecer a forma de produção de conhecimento de um grupo de pesquisa/NUCRON;

VIII. Divulgar resultados parciais do Projeto: “A INTERAÇÃO ENTRE A PESSOA OSTOMIZADA, SEUS FAMILIARES E A ENFERMAGEM SEGUNDO A TEORIA INTERPESSOAL DE PEPLAU: UM CAMINHO PARA ACEITAÇÃO” na Semana de Pesquisa e Extensão (SEPEX) em 2007.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Alguns dados históricos de Ostomias

A criação de um ostoma é a mais antiga operação realizada sobre o aparelho digestivo e sua origem se perde na história. Traumas, hérnias encarceradas e atresias anorretais levaram a realização destas cirurgias, sem o planejamento, na tentativa de oferecer uma chance de sobrevivência a essas pessoas (CREMA et al, 1997).

O primeiro estoma planejado foi uma cecostomia, realizado na França, em 1776, por Pilore, em um vendedor de vinho com obstrução total, secundária a um carcinoma do reto. Nem laxativos e nem a ingestão de quase um quilograma de mercúrio conseguiram vencer a obstrução. O sucesso inicial foi dramático, no entanto o paciente morreu no seu décimo segundo dia de pós-operatório, devido uma alça de intestino delgado gangrenada cheia de mercúrio (KRETSCHMER, 1980).

Duret, também na França, em 1793, foi o primeiro a realizar uma colostomia com sucesso, num bebê de três dias com ânus imperfurado. Ele baseou sua decisão por crer que era mais prudente empregar um método ainda não comprovado que deixar o paciente morrer. Após a cirurgia observou-se a primeira complicação, um prolapso. O bebê sobreviveu à cirurgia e viveu por mais quarenta e cinco anos. Por sua vez, Luke (1850) foi o pioneiro a realizar colostomia abdominal (KRETSCHMER, 1980). Entretanto, este autor evidencia que, em 1883, na coleta de dados realizada por Amussat, na França. De 29 pacientes: 21 haviam sido operados por ânus imperfurado, dos quais apenas quatro (4) sobreviveram, e oito (8) pacientes adultos, dos quais cinco (5) sobreviveram. Como a peritonite era a causa de morte mais freqüente, Amussat concluiu que uma colostomia lombar retroperitoneal era a operação de escolha.

No final do século XIX, os cirurgiões começaram a usar a colostomia para proteger linhas de sutura em anastomose e ressecção de câncer de cólon. Já em 1908, a

intervenção havia evoluído até o ponto em que o paciente podia ser curado da doença, mas, se exigia que vivesse com uma colostomia permanente.

Junto à história das pessoas com ostomias, torna-se importante também relatar alguns dados sobre a criação dos núcleos e associações de ostomizados. A primeira referência de uma associação data de 1951, na Dinamarca.

Em 1961, Dr. Rupert Turnbull, cirurgião nos EUA, capacitou a primeira terapeuta em estoma, Norma N. Gill, uma paciente ostomizada por ele, que relatou toda a dificuldade encontrada no seu auto cuidado e todas as experiências negativas durante a hospitalização com a equipe de saúde. Assim, em 1962, Turnbull criou em Cleveland a United Ostomy Association. A partir da qual diversas outras associações foram oficializadas, culminando com a criação da Internacional Ostomy Association (IOA), em 1974, nos Estados Unidos.

No Brasil, o professor médico colo-proctologista, da Universidade Federal do Ceará (UFC), chefe das Clínicas Proctológicas do Hospital Geral de Fortaleza e da Santa Casa de Misericórdia Pedro Henrique Saraiva Leão, em 1975, foi pioneiro dos clubes de colostomizados, criando a primeira associação, em Fortaleza, denominada Clube dos Ostomizados do Brasil. Em 1979, foi criado o Centro Paulista de Assistência ao Colostomizado do Estado de São Paulo, hoje denominado Associação de Ostomizados do Estado de São Paulo (CREMA et al, 1997). E posteriormente, associações com essa mesma função, foram se propagando pelo país afora. Atualmente os núcleos de pessoas ostomizadas estão hierarquicamente ligados as Associações Estaduais e Regionais dos Ostomizados que se encontra filiada a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) e conseqüentemente, a International Ostomy Association (IOA).

As Redes Sociais em que essas pessoas estão inseridas são importantes como um sistema de apoio, onde elas possam compartilhar idéias e valores e articular interesses e objetivo em comum.

Em Santa Catarina, a Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada (ACO) existe desde 1984, deve ser gerenciada por pessoas ostomizadas e/ou familiares que defendem e lutam para suprir as necessidades e os direitos das pessoas ostomizadas em todo o Estado. Vinculados a elas, está a Associação Regional de Pessoas Ostomizadas (ARPO), que engloba mais precisamente as pessoas da grande Florianópolis, e lutam juntos pela melhoria na qualidade de assistência as pessoas ostomizadas.

O GAO formou-se concomitantemente com a Associação Catarinense de Pessoas Ostomizadas (ACO), aproxima a vivência das pessoas ostomizadas com um grupo de profissionais de saúde, com o intuito de conhecer a condição específica da pessoa

ostomizada e de criar estratégias para melhor qualificar os cuidados fornecidos a elas em todo o Estado, a partir de projetos, capacitação, palestras e cursos. Mobiliza parceiros autônomos para juntos desenvolvem ações educativas e assistenciais a essas pessoas, visando à promoção da sua qualidade de vida (MARTINS, 1995).

A preocupação constante desses profissionais e a sensibilização do governo permitiram a criação do PAO, que consiste num programa destinado ao atendimento ambulatorial de todos os ostomizados da Grande Florianópolis. Ele deve oferecer assistência interdisciplinar, bio-psico-social, bem como viabilizar equipamentos e acessórios necessários, proporcionado com isso uma readaptação, capacitando-os e tornando-os independentes para seu auto-cuidado, mas cientes da sua interdependência com profissionais e sistemas de saúde e sociais, proporcionando sua total reintegração social. Atualmente, esse Programa encontra-se em fase de reestruturação, visando melhorias crescentes e constantes para estas pessoas no Estado de Santa Catarina.

Atualmente, o GAO, junto a ACO unidos à Secretária de Saúde está buscando uma forma de efetivar o Programa de Atendimento Integral à Pessoa Ostomizada para o Estado de Santa Catarina, a proposta local é o Hospital Universitário da UFSC, tornando-o um centro de referência de assistência de alta, média e de atenção primária a essas pessoas. Concomitantemente promovendo a capacitação de profissionais da saúde para assistenciar a pessoa ostomizada e seus familiares e posteriormente descentralizar o serviço de atenção primária. O GAO e representantes da ACO e ARPO colaboraram tecnicamente na estruturação do Programa no Estado e agora articulam juntos as políticas públicas de saúde que visem a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada e seus familiares, o que vemos como um avanço para estas pessoas.

3.2 Anatomia e Fisiologia do Intestino

Intestino Delgado

O delgado é a parte do intestino interposta entre o estômago e o intestino grosso. Iniciando-se no piloro e terminando na válvula íleo-cecal, e tem aproximadamente seis metros de comprimento. É classificado em três porções: duodeno, jejuno e íleo (CREMA et al, 1997).

O duodeno mede em torno de 26 cm e contorna a cabeça do pâncreas na forma de

“U” (mais freqüente). A primeira porção, o bulbo duodenal, tem aproximadamente 5 cm; a segunda porção, a descendente, tem cerca de 10 cm; e já a terceira porção, a transversa, tem cerca de 8 cm de tamanho e seu limite distal está localizado no ponto onde os vasos mesentéricos superiores se cruzam. A quarta porção, a ascendente, tem de 7 a 10 cm, dirige-se obliquamente até o ângulo duodeno-jejunal.

A superfície mucosa do bulbo duodenal é relativamente lisa e esse segmento está intimamente integrado à bomba muscular antropiloro-duodenal. Tem trânsito extremamente rápido, pois o conteúdo gástrico que chega ao bulbo é rapidamente impelido para frente. Essa porção constitui a primeira área do intestino delgado, que recebe o conteúdo ácido gástrico, razão pelo qual está envolvido na patogênese da úlcera péptica. Já, a mucosa da porção duodenal descendente é rica em pregas de Kerkring, as quais lhe confere grande capacidade de absorção. Na terceira e quarta porção, as mucosas não se diferenciam entre si, propiciam a mistura do quimo com as secreções bílio-pancreáticas (ORTIZ, 1994).

O jejuno e íleo apresentam inúmeras diferenças anatômicas e funcionais, mas, alguns desses aspectos conferem a ambos, características de um único órgão, o qual se estende do ângulo duodeno-jejunal de Treiz à válvula íleo-cecal. Esta válvula impede o refluxo de conteúdo do cólon ao íleo. A função do intestino delgado consiste em fazer com que os elementos nutritivos dos alimentos sofram um processo digestivo a fim de serem absorvidos. A digestão se realiza através das diferentes enzimas e fermentos existentes nos sucos entérico, pancreático e biliar (ORTIZ, 1994).

Intestino Grosso

O intestino grosso é dividido em três porções: abdominal, pélvica e perineal. A abdominal divide-se em vários segmentos: ceco, cólon ascendente, transverso, descendente e sigmóide. Mede aproximadamente 1,5 m de comprimento e tem o calibre maior que o do intestino delgado (ORTIZ, 1994).

O ceco constitui a porção mais dilatada do cólon. O apêndice cecal tem em média 8 a 10 cm de comprimento e 0,5 a 1 cm de diâmetro. O cólon ascendente encontra-se parcialmente na frente do rim direito e habitualmente é fixo. O cólon transverso é totalmente intraperitoneal na sua porção média, o que lhe confere grande mobilidade, sendo parcialmente extraperitoneal em ambas as flexuras. O cólon descendente e o sigmóide têm o calibre menor que o do direito, e isso explica porque os tumores do cólon esquerdo são mais obstrutivos do que os do cólon direito (CREMA, et al, 1997).

As funções do intestino grosso são a absorção de água e eletrólitos, o depósito de materiais fecais. O conteúdo que chega do intestino delgado a ele, é aproximadamente de 500 ml, e se encontra num estado semi-líquido. A maior parte das substâncias nutritivas é digerida e absorvida no intestino delgado. A água e materiais não absorvidos são transportados para o cólon e cerca de 80 a 100 ml de líquido são eliminados junto com as fezes (ORTIZ, 1994).

3.3 Estomas e sua Localização

Em 2004, a Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest) fez consulta a Academia Brasileira de Letras (ABL) sobre o uso dos termos “estomia” e “ostomia”. A ABL em resposta esclareceu que as expressões estoma e estomia provêm do grego *stóma*, que associado à palavra colo(n), mais o sufixo -ia, forma a palavra colostomia. O lexicógrafo chefe, Sergio Pachá observa que a letra “o” presente na palavra colostomia não pertence a estoma e sim a palavra colo(n) (MARTINS et al, 2006c).

Para esse trabalho, visando à interação dos profissionais entre si e com as pessoas, decidimos por utilizar estomia para aberturas e ostomia ao referirmos a uma abertura intestinal, devido ao conhecimento predominante da população pelo termo, e estoma estar presente no campo universitário, e principalmente onde há especialização.

Desta forma a Sobest passa a adotar o termo estomia, enquanto a Associação Brasileira de Ostomizado (Abraso) permanece utilizando o termo ostomia, devido ao uso freqüente e sua visibilidade na indicação para políticas públicas (MARTINS et al, 2006c).

Portanto, estoma são designativos da exteriorização de uma víscera oca através do corpo. Sua denominação depende do local de onde provêm essa abertura.

Para os ostomas intestinais têm-se as jejunostomias, ileostomias e colostomias, previstas no tratamento de várias doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, traumas abdominais, megacólon, infecções perineais graves, proctite actínica e a Doença de Crohn (KRETSCHMER, 1980).

Os ostomas podem ser temporários como nos casos de traumas abdominais com perfuração intestinal ou quando há necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distante à derivação, ou permanentes, nesse caso, substituindo a perda de função

esfintéfrica, resultante do tratamento cirúrgico ou incontinência, após insucesso de outras opções para restaurar a evacuação transanal (HABR-GAMA e ARAÚJO, 2000).

Os estomas urinários são as urostomias feitas em alguns casos para a manutenção da filtração renal, ou quando por doença neoplásica, destruição tecidual dos condutos urinários que necessitam ser removidos (RODRIGUES, 2000).

Os ostomas intestinais são mais freqüentes na prática clínica, havendo outros como as gastrostomias, traqueostomias e esofagostomias com diferentes funções e indicações.

Em nosso trabalho, demos ênfase aos cuidados de pessoas com ostomas intestinais: principalmente ileostomias e colostomias, já que a jejunostomia e cecostomia são procedimentos pouco realizados.

Jejunostomias

As jejunostomias altas são incompatíveis com a vida por um período de tempo prolongado. Até mesmo uma jejunostomia temporária resulta rapidamente em desgaste excessivo (KRETSCHMER, 1980). Porém, elas podem ser úteis no tratamento das atresias do jejuno.

Ileostomias

Nas ileostomias a abertura é feita no íleo, com comprimento de aproximadamente de 2,5 a 4 cm, no lado direito do abdômen, pouco abaixo da linha da cintura e o formato varia de acordo com o tipo de cirurgia. A coloração varia entre rosado e vermelho, brilhante, com características semelhantes às da parte interna da boca. Assim como a cavidade oral é mantida úmida pela saliva, o ostoma é umedecido pelo muco, que é uma substância esbranquiçada (BOOG et al, 1993).

Nas ileostomias, as fezes são líquidas ou semi-líquidas, pois a parte do intestino grosso foi removida na cirurgia, e em grande freqüência é lesivas a pele (corrosivas), devido a grande quantidade de enzimas presentes nelas, são sem odor e não há armazenamento (KRETSCHMER, 1980). Há diminuição da quantidade de urina, já que a maior quantidade de água do organismo está sendo perdida nas fezes. As eliminações são constantes, isto é, às vezes são eliminadas durante todo o dia, embora possa haver maior eliminação principalmente nas primeiras horas depois das refeições (BOOG et al, 1993).

Durante as primeiras semanas, a perda média de água através de uma ileostomia é de 1000 a 1500 ml por 24 horas, com uma perda constante de sódio e potássio. O motivo das altas perdas iniciais de fluidos é observado numa estenose funcional da ileostomia, causada pelo edema pós-operatório do estoma, o que aumenta a pressão intraluminal. Se

esta ultrapassar os 30 cm de água, a água é excretada para a luz do íleo, juntamente com proteínas, principalmente na forma de albumina, de ácidos cólicos e de magnésio (KRETSCHMER, 1980).

As colostomias podem ocorrer à direita ou à esquerda, depende da parte do intestino grosso que foi exteriorizada. À direita, pode ser o cólon ascendente ou transverso e à esquerda, pode tratar-se do cólon transverso, descendente ou sigmóide (BOOG et al, 1993).

Quando a exteriorização for à direita, o odor das fezes dependerá da alimentação e da ação das bactérias nos alimentos. As fezes são geralmente pastosas e, são eliminadas durante todo o dia. O muco produzido pelo intestino é eliminado pelo ostoma e a pele deve ser protegida do muco, pois este pode provocar assaduras (BOOG et al, 1993). No caso do cólon transverso, mesmo que a exteriorização seja ao lado esquerdo, as características das fezes serão as mesmas das ostomias à direita (BOOG et al, 1993).

Se a exteriorização ocorrer do cólon for transverso, ou descendente, ou sigmóide, as fezes são geralmente, menos prejudiciais à pele, pois apresentam uma menor quantidade de enzimas que a irrite. As fezes são pastosas ou formadas, e as eliminações geralmente acontecem em períodos regulares, principalmente após as grandes refeições do dia (BOOG et al, 1993).

A pessoa colostomizada à esquerda pode usufruir um treinamento específico, para que a eliminação das fezes somente ocorra uma vez ao dia. Esse treinamento é chamado de irrigação. A irrigação é uma alternativa para a eliminação das fezes em horário pré-estabelecido. Trata-se de uma lavagem feita no intestino, com a utilização de equipamento especial para tal, chamado irrigador, método autorizado pelo médico cirurgião e orientado por enfermeiro estomaterapeuta (BOOG et al, 1993).

O quadro abaixo relaciona o tipo de ostomia com o tipo de efluente drenado para a bolsa de colostomia, indicando características da bolsa que facilitam o manuseio reduzindo danos às pessoas ostomizadas:

ESTOMAS		SEGMENTO EXCLUÍDO E LOCALIZAÇÃO NO ABDÔMEN	TIPO DE EFLUENTE	TIPO DE BOLSA RECOMENDÁVEL
1.	Ileostomia	Cólon completo e reto no quadrante inferior direito.	Líquido e contínuo	Bolsa drenável, longa, com adesividade, fácil de limpar, para que possa durar vários dias (três em média) e preferencialmente com barreira para evitar contato das fezes com a pele;
2.	Cecostomia	Todo o cólon e reto no quadrante inferior direito.	Líquido	
3.	Colostomia ascendente ao estoma	Todo o cólon e reto distal no quadrante inferior direito.	Semi-líquido	
4.	Colostomia transversa - transversostomia	Todo o cólon e reto distal ao estoma no quadrante inferior direito podendo localizar-se no quadrante superior direito ou esquerdo.	Pastoso a semiformado	
5.	Colostomia descendente (descendentostomia)	Cólon descendente de baixo flexura esplênica e todo o reto no quadrante inferior esquerdo.	Sólido e formado	
6.	Colostomia sigmodea-sigmoidostomia	Parte do cólon sigmóide e todo o reto no quadrante inferior esquerdo.	Firme, sólido, deposição	

(MARTINS, 2006a)

3.4 Etiologia

Câncer Colorretal

De acordo o Instituto Nacional de Câncer, cerca de 80% a 90% da totalidade dos cânceres, estão associados a fatores ambientais. Os fatores de risco ambientais de câncer são designados de cancerígenos, os quais atuam alterando a estrutura genética (DNA) das

células. Apesar do fator genético exercer um importante papel na oncogênese, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (BRASIL, 2006).

Entre os fatores relacionados ao seu desenvolvimento estão: idade superior a 60 anos, parentes de primeiro grau com câncer de intestino, tabagismo, obesidade (o acúmulo de grande quantidade de gordura abdominal parece estar associado ao desenvolvimento de pólipos adenomatosos e a progressão do mesmo para a malignidade), baixo nível de atividade física (a prática de exercícios contribui para a diminuição do tempo do trânsito intestinal), fatores nutricionais (dietas pobres em frutas, legumes e verduras e ricas em gordura animal), portadores de colite ulcerativa crônica ou doenças inflamatória crônica do intestino (doença de Crohn), história pessoal de presença de adenomas ou pólipos neoplásicos. Cerca de 7% dos casos de câncer estão associados a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar e ao câncer colorretal hereditário sem polipose (BRASIL, 2003).

O intestino grosso é o local mais freqüente de neoplasias primárias no corpo humano. Estas podem ter caráter benigno, os adenomas (pólipos adenomatosos) ou malignos, os carcinomas ou adenocarcinomas. Os adenocarcinomas representam quase a totalidade dos cânceres colorretais (BRASIL, 2003).

As alterações celulares que resultam da exposição da mucosa intestinal aos agentes carcinogênicos inicialmente se manifestam como lesões inflamatórias inespecíficas. Se esta agressão for intensa e prolongada levará ao desenvolvimento de displasias. A grande maioria dos cânceres do intestino grosso provém de displasia epitelial acentuada, acrescida de alterações na diferenciação, crescimento e proliferação celular, que determinam a formação do adenoma e subseqüentemente do adenocarcinoma. O adenoma ou pólipos adenomatosos tem papel fundamental no desenvolvimento do câncer, sendo reconhecida com única lesão precursora (BRASIL, 2003).

No Brasil, o câncer colorretal é reconhecido como o quarto tipo de câncer mais freqüente em homens e o terceiro entre as mulheres. Conforme sua localização a incidência apresentada é de 50% de câncer de reto, 26% de câncer de cólon sigmóide e descendente, de 8% de cólon transversos e de 16 % de cólon ascendente e ceco (MARTINS, 2006a).

Entre os sinais e sintomas mais comuns estão: alterações do hábito intestinal (obstipação ou diarreia), melena (presença de sangue nas fezes), dor perineal, quando ocorre invasão do canal anal, que aumenta nas evacuações ou na posição sentada; oclusão

intestinal parcial ou total; dor abdominal em cólica; sintomas secundários como disúria, eliminação de gases pela vagina com muco sanguinolento; queda do estado geral com emagrecimento e anemia (COELHO, 1996).

O desenvolvimento de uma neoplasia colorretal, até alcançar o volume suficiente para desencadear sintomas, é de no mínimo cinco anos. Assim, nessa fase assintomática, o diagnóstico é feito basicamente através da história clínica e anamnese (presença de sangue nas fezes, diarreia, dor abdominal entre outros), exame físico (toque retal), exames laboratoriais (hemograma, antígeno carcinoembrionário – CEA), exames radiológicos (tomografia computadorizada, ressonância magnética, enema opaco), exames endoscópicos (retossigmoidoscopia e colonoscopia) (COELHO, 1996).

O tratamento depende do tumor, da sua operabilidade, tamanho, invasão, metástases e condições gerais da pessoa. Pode ser combinado com quimioterapia e radioterapia (terapias coadjuvantes). (COELHO, 1996).

A remoção cirúrgica do segmento comprometido representa o tratamento básico. O câncer de cólon sigmóide, ascendente, transverso e descendente pode ser extirpado cirurgicamente e restaurada a continuidade normal (com anastomose), e terminam com colostomia temporária. No câncer retal, pode ser restaurado por uma anastomose colorretal e terminar com uma colostomia de sigmóide permanente (DANI, 1998).

Polipose Adenomatosa Familiar

O pólipo é um crescimento anormal dentro do intestino que se projeta em sua luz. Os pólipos podem variar em quantidade, de uns poucos a centenas. Adenomatosa é uma denominação usada para diferenciar padrões de desenvolvimento de um processo patológico e indicar a forma do pólipo na aparência microscópica. É familiar por ser uma doença hereditária (COELHO, 1996).

É herdado como um caráter dominante autossômico. Sua incidência estimada é de 1% dos casos de câncer do intestino e caracteriza-se pela presença de mais de 100 pólipos adenomatosos no intestino grosso. É transmitida sem preferência por sexo (DANI, 1998).

Os pólipos podem aparecer na puberdade e causar sintomas entre a terceira e quarta décadas de vida. Os sintomas comuns são diarreia mucossanguinolenta, às vezes cólicas, anemia e fraqueza. O diagnóstico é feito através de procedimentos endoscópicos (retossigmoidoscopia e colonoscopia), radiológicos (enema opaco) e exame laboratorial (pesquisa de sangue oculto nas fezes).

O tratamento consiste na remoção, via procedimentos endoscópicos, de qualquer pólipó encontrado. Na impossibilidade da remoção endoscópica de pólipos, pelo seu volume ou base extremamente larga, a conduta passará a ser cirúrgica com a proctocolectomia com ileostomia permanente ou não.(COELHO, 1996).

Doença de Crohn

É uma doença inflamatória crônica, que pode envolver qualquer segmento do trato-gastrointestinal. A doença de Crohn tem curso crônico imprevisível, apresentando períodos variáveis de exacerbação e remissão.(COELHO, 1996).

A causa ainda é desconhecida, mas existem várias teorias propostas para explicá-la, tais como: ação de agentes infecciosos (devido a sua natureza inflamatória crônica, reação granulomatosa, ocorrência de febre e toxemia), fatores imunológicos (devido a presença de grande quantidade de linfócitos, plasmócitos e mastócitos nos tecidos comprometidos), genéticos (devido predisposição genética), psicológicos (devido exacerbação dos sintomas), dietéticos (devido adição de substâncias químicas aos alimentos, dieta rica em carboidrato e pobre em fibras e desmame precoce) e ambientais (devido à variação de incidência entre países) (COELHO, 1996).

A doença de Crohn acomete todas as idades, mas a maior incidência parece ser dos 15 aos 35 anos. Os indivíduos da raça branca são mais afetados, em especial entre judeus e existe maior incidência em pessoas de uma mesma família. Os sinais e sintomas vão depender da severidade, do local das lesões e da presença ou não de complicações. Dentre elas: dor abdominal (geralmente localizada no quadrante inferior direito, de ocorrência noturna, de caráter contínuo, com intensificação no período pós prandial); diarreia (de 4 a 6 deposições diárias, geralmente no período noturno, pode apresentar fezes líquidas ou parcialmente formadas e conter sangue); febre (a temperatura não excede a 38,9° C); perda de peso; déficit de crescimento; retardo na maturação sexual; anorexia, náuseas e vômitos; sangramento intestinal (usualmente oculto), entre outros (DANI, 1998).

O diagnóstico é feito com base nas manifestações clínicas, evolução da doença, exames de laboratório (avaliam o grau de atividade da doença e a intensidade da desnutrição), radiológicos (enema opaco), endoscópicos (endoscopia digestiva alta e colonoscopia), histológicos (COELHO, 1996).

O tratamento pode ser clínico (nutricional, medicamentoso e psicológico) e cirúrgico. Até o momento, a doença de Crohn não é curável. O tratamento clínico tem como objetivos principais manter o estado nutricional do indivíduo, oferecer alívio

sintomático e reduzir ou reverter o processo inflamatório. A falta da resposta do paciente ao tratamento clínico, deve ser considerada como uma indicação cirúrgica. Geralmente são feitos ostomas temporários, mas se o quadro persistir, é realizado uma ileostomia permanente (DANI, 1998).

Retocolite Ulcerativa

É uma doença crônica e também denominada colite ulcerativa. Apresenta surto de remissão e exacerbação e, caracteriza-se por uma inflamação e ulceração com distribuição preferencialmente na mucosa do reto e do cólon esquerdo e eventualmente para todo o cólon. A doença normalmente inicia no reto, mas pode se espalhar de todo o cólon para o ceco (COELHO, 1996).

A causa ainda é desconhecida, prováveis fatores envolvidos são: ambientais (dieta, infecção e fumo), genéticos (história familiar positiva para doença inflamatória intestinal), imunológicos (devido a associação com outras doenças auto-imunes, como o lupus eritematoso sistêmico) e psicológicos (coincidência de ocorrência de surtos agudo da doença e a ocorrência de eventos psicossomáticos) (COELHO, 1996).

É uma doença de ocorrência mundial, com incidência de 3 a 20 novos casos por ano para cada 100.000 habitantes. A doença acomete ambos os sexos, na mesma proporção, embora com tendência de ocorrer mais em mulheres. Afeta mais as pessoas brancas e entre 20 e 30 anos (adultos jovens). É interessante notar a alta frequência da doença entre não fumante comparado a fumantes, que é uma proporção maior. Os fatores sócio-econômicos culturais parecem não influenciar na incidência (COELHO, 1996).

O aparecimento dos sintomas da colite ulcerativa pode ser lento ou extremamente agudo. Durante o período lento, as funções intestinais são normais, já no agudo existe urgência e aumento da frequência do funcionamento intestinal, ocorrendo diarreia (fezes líquidas misturadas com sangue muco e pus, de longa duração ou inúmeras evacuações ao dia), febre, perda de peso, perda de apetite, dor abdominal em cólica e mal estar geral (DANI, 1998).

O diagnóstico é usualmente feito através da avaliação conjunta do quadro clínico (sinais e sintomas e exame físico – identificar a presença de abscessos, fístulas e fissuras), nos resultados de exames laboratoriais (para estabelecer o grau de atividade da doença), exames radiológicos (raio X simples do abdome e enema opaco), exames endoscópicos (retossigmoidoscopia e colonoscopia), assim como achados histopatológicos (COELHO, 1996).

O objetivo do tratamento é a indução da remissão da fase aguda e sua manutenção, para prevenir complicações agudas e crônicas. As medidas terapêuticas dependerão da gravidade da doença. Quanto menos o cólon for afetado, maior será a tendência do tratamento clínico ser efetivo. Medidas adotadas são: dietética (dieta hiperproteica, hipercalórica, pouco fermentativa), medicamentosa (Salicilatos, Corticosteróides, Imunomoduladores), hidratação, repouso, “higiene” mental (evitar trauma psíquico) (COELHO, 1996).

Em princípio, o tratamento deve ser clínico, reservando-se a cirurgia para os casos mais graves. As indicações de tratamento cirúrgico são em casos de intratibilidade clínica, complicações agudas, riscos de câncer, retardo do desenvolvimento somático nas crianças e nas complicações extra-intestinais. A operação ideal para o tratamento cirúrgico é aquela que remove toda a doença, permite que a pessoa tenha função intestinal continente e normal e tenha pouco ou nenhuma morbidade operatória. Os procedimentos cirúrgicos, geralmente utilizados na retocolite ulcerativa são a proctocolectomia com ileostomia e a colectomia parcial ou total. (DANI, 1998).

Doença Diverticular

Divertículos são herniações da mucosa e da submucosa através da camada muscular da parede do tubo digestivo. Podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, porém são muito mais frequentes no cólon. Os divertículos podem ser congênitos (verdadeiros, com todas as camadas da parede intestinal; casos raros) ou adquiridos (falsos, com apenas as camadas da mucosa serosa e com incidência mais freqüente) (COELHO, 1996).

Até hoje não se conhece o mecanismo exato de formação de divertículo. Acredita-se que o divertículo é proveniente de um fenômeno de pulsão intraluminal que enfraquece a parede da víscera, permitindo a herniação nos pontos mais fracos, geralmente onde se localizam os vasos sanguíneos (DANI, 1998).

Cerca de 10% da população de países desenvolvidos apresentam doença diverticular dos cólons. Porém, não se pode determinar a incidência exata, pois a doença frequentemente é assintomática. Sua incidência aumenta com a idade e são incomuns antes dos 40 anos. Quanto ao sexo, há predomínio nas mulheres, na proporção de 3 para 2 (COELHO, 1996).

A doença pode ser assintomática (70% dos casos) ou sintomática. O principal sintoma é a dor abdominal, geralmente em cólica, intermitente, com intensidade variável

(de leve a moderada), localizada quase sempre na fossa ilíaca esquerda ou na região infra umbilical. Geralmente vem acompanhada de flatulência, distensão abdominal e alterações do hábito intestinal (diarréia ou constipação) (COELHO, 1996).

O diagnóstico é baseado no quadro clínico, exame físico (sinais de febre, de dor abdominal, estado físico geral, entre outros) e nos exames complementares (laboratoriais – hemograma, proctológicos (toque retal), radiológicos (raio X simples do abdome, enema opaco, colonoscopia) (DANI, 1998).

Na forma assintomática recomenda-se: dieta com altos teores de fibras vegetais com intuito de aumentar o volume fecal e diminuir a pressão intracolônica; e corrigir a constipação intestinal, através de tratamento medicamentoso. (DANI, 1998).

Na forma sintomática dependerá da gravidade do caso. De maneira geral requerem hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e administração de antibióticos de amplo espectro e, eventualmente de cirurgia. (DANI, 1998).

O tratamento cirúrgico poderá ser emergencial (no caso de não conseguir controlar o sangramento clinicamente) e eletivo (quando há sangramentos recorrentes graves). O procedimento cirúrgico, basicamente consiste na remoção do segmento intestinal comprometido, controle da sepse, e eliminar outras complicações, como fístulas e/ou obstrução, restaurando a continuidade do trânsito intestinal. Geralmente é feita uma colostomia temporária. (DANI, 1998).

Megacólon

O megacólon refere-se ao aumento do diâmetro dos diversos segmentos do cólon. E podem ter caráter congênito, também chamado de doença de Hirschsprung (agenesia ou hipogênese do plexo mioentérico) ou adquirido (chagásico) (COELHO, 1996).

O megacólon congênito caracteriza-se pela ausência de células ganglionares dos plexos mioentéricos de Meissner e de Auerbach, que são responsáveis pela atividade muscular intrínseca do intestino. (COELHO, 1996).

O megacólon chagásico caracteriza-se por uma neuropatia inflamatória do plexo mioentérico, com hiperplasia das células musculares lisas, infiltração do plexo mioentérico por linfócitos e células plasmáticas, degeneração e destruição neuronal. (DANI, 1998).

O megacólon congênito resulta de anomalia que se manifesta na migração, na divisão ou na diferenciação dos neuroblastos intestinais primitivos, o que acontece entre a 7ª e a 12ª semana do desenvolvimento embrionário (DANI, 1998).

O *Trypanosoma cruzi* é o agente etiológico e os triatomíneos (insetos hematófagos, conhecido popularmente no Brasil como barbeiro ou chupança) são os veículos transmissores de megacólon chagásico.(COELHO, 1996).

A doença de Hirschsprung predomina entre o sexo masculino (1,8 a 3,6/1). O megacólon congênito pode se apresentar sob uma forma longa, curta (80% dos casos) ou ultracurta. A doença se manifesta geralmente na infância, mas também pode surgir na vida adulta (COELHO, 1996).

O megacólon chagásico constitui um dos problemas médicos de maior relevância na América do Sul. Encontra-se localizado nas áreas infectadas pela doença de Chagas. O megacólon chagásico atinge quase que exclusivamente a população rural, de baixo nível social e econômico. É mais freqüente no sexo masculino, na proporção de 3 para 2, e ocorre em todas as idades (COELHO, 1996).

A obstipação intestinal constitui a manifestação clínica mais freqüente do megacólon. Instala-se insidiosamente, tem caráter progressivo e pode durar semanas à meses. Outro sintoma importante é o meteorismo (a eliminação de gases é dificultosa). Os pacientes referem também dor abdominal (em cólica com intensidade variável) acompanhada de náuseas e vômitos. Apresentam também manifestações clínicas da doença de Chagas, como disfagia, dor retroesternal, arritmias, palpitações entre outros. O fecaloma ocorre em quase metade dos casos e é observado nos paciente em longa duração de obstipação. O volvo ocorre em 15 % dos casos e resulta da torção do cólon sigmóide sobre o seu mesocólon (DANI, 1998).

O diagnóstico é feito através do exame físico (identifica grau de distensão abdominal, estado nutricional, retenção de fezes, etc), do exame radiológico (permite comprovar a existência de ectasia do cólon sigmóide, distensão gasosa e fecaloma e também para determinar o grau de dilatação e os segmentos do intestino que estão comprometidos), do exame proctológico (evidencia a dilatação luminal, a presença de fezes no reto e ulcerações na mucosa), exames eletrocardiológicos, exames laboratoriais.(COELHO, 1996).

O tratamento pode ser clínico na base de dietas apropriadas, laxativos e clisteres evacuadores. O tratamento cirúrgico é indicado na grande maioria dos pacientes. Vários são os procedimentos técnicos usados entre eles: sigmoidectomia, hemicolectomia, colectomia, retossigmoidectomia abdominal e anorretomiotomia. Geralmente são ostomas temporários (DANI, 1998).

3.5 Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Enfermagem específicos para a pessoa que irá submeter a ostomia pré-operatório

A intervenção da Enfermagem deve iniciar assim que a cirurgia para a realização de uma ostomia for sugerida. Uma avaliação completa de Enfermagem deve ser realizada para um planejamento da assistência.

- Identificar as necessidades da pessoa e da sua família;
- Sistematizar a assistência de acordo com os problemas levantados.

O quadro abaixo mostra alguns cuidados fundamentais:

➤ Apoio psicológico e espiritual, conforme necessidade dos pacientes e familiares;
➤ Selecionar e marcar o local ideal para criação do estoma na parede abdominal (a localização varia para cada paciente e depende dos contornos corporais, dos hábitos de se vestir e das cicatrizes pré-existentes);
➤ Avaliar história anterior de alergias cutâneas ou de uma pele extremamente sensível deve constituir uma indicação para testes cutâneos (face interna da coxa);
➤ Preparar o intestino - existem vários métodos. Depende da rotina do serviço. Importante limpeza mecânica. Três dias de dieta líquida sem resíduos e enemas diários. Essas medidas são restritas em casos de obstrução e perfuração;
➤ Preparo e limpeza da pele da parede abdominal;
➤ Preparo para uso de sonda nasogástrica e vesical;

(MARTINS, 2006a)

Cuidados de Enfermagem no trans-operatório

O histórico de Enfermagem no trans-operatório compreende a obtenção de dados do paciente e do prontuário visando identificar as variáveis que podem afetar o cuidado e

servir de orientação para o desenvolvimento de um plano individualizado de cuidado para o paciente.

Cuidados gerais:

Detectar os principais diagnósticos de Enfermagem; identificar as principais complicações potenciais; estabelecer planos e avaliar os resultados obtidos.

As enfermeiras da sala de operação são responsáveis pela segurança e bem-estar do paciente, pela coordenação do pessoal da sala de operação e pelo desempenho das atividades das instrumentadoras e circulantes. A enfermeira procura manter os padrões de cuidado cirúrgico, identificando os fatores de risco existentes no paciente e ajudar nas modificações visando à redução do risco operatório ((BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

Dentro do ambiente cirúrgico devem ser estabelecidos alguns protocolos, como: saúde da equipe; a limpeza das salas; a esterilidade do equipamento e das superfícies, os processos de degermação, paramentação e enluvamento; e os trajés na sala de operação. Para ajudar a diminuir os micróbios, a área cirúrgica é dividida em três zonas: a área acrítica onde as roupas de rua são permitidas; a área semicrítica, onde as vestimentas consistem em roupas cirúrgicas, sapatilhas e toucas; e a área crítica, onde os pijamas cirúrgicos, as sapatilhas e máscaras são utilizados, sendo que os cirurgiões e outros membros da equipe cirúrgica utilizam roupas esterilizadas adicionais e equipamentos protetores na sala de operação (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

Cuidados de Enfermagem no pós-operatório (MARTINS, 2006a)

A Enfermagem tem importância fundamental na reabilitação da pessoa que passará a viver ostomizada, no entanto inicialmente ela necessita de cuidados de Enfermagem como qualquer pessoa no pós-operatório e acrescidos de outros específicos.

No período pós-operatório imediato, ao chegar à sala de recuperação pós-anestésica ou na unidade de internação cirúrgica, a pessoa precisa da avaliação do nível de consciência; controle de sinais vitais; controle de dor; controle de fluidoterapia; controle da sonda vesical; controle da sonda nasogástrica e avaliação do local da cirurgia.

Cuidados Específicos de Enfermagem no pós-operatório:

A pessoa ostomizada necessita de cuidados especializados em função das mudanças que ocorrem no seu físico, e conseqüentemente, na estrutura psicológica, na vida social e nos padrões de vida diária. A adaptação da mudança de hábitos intestinais e dos novos cuidados de higiene são dificuldades presentes nas pessoas submetidas a este tipo de

cirurgia. Assim os cuidados de Enfermagem no período pós-operatório para um paciente com colostomia ou ileostomia incluem:

Na fase inicial

Observar o estoma quanto a:

- Cor (rosada e brilhante) tamanho, localização, tipo, drenagem;
- Condições da pele (proteção da pele);
- Selecionar equipamentos mais adequados e verificar o tipo de bolsa mais adequada (colostomia ou ileostomia);
- Propiciar a interação entre a pessoa e a família;
- Orientar e mostrar interesse em ajudá-lo, esclarecendo dúvidas e ensinar procedimento com ostomia (de acordo com evolução do paciente);
- Motivar o paciente para aprender a manusear o material para o controle das eliminações e troca de curativos e bolsa;
- Usar as bolsas de colostomia com diâmetro correspondente ao estoma, para não ocorrer compressão e necrose do local;
- Evitar troca de bolsa frequentemente para provocar menos lesão na pele;
- Incentivar a pessoa para realizar os procedimentos, pois inicialmente haverá medo de sangramento e dor.
- Incentivar a participação da família durante a orientação, principalmente esposa ou esposo;
- Deixar paciente externar seus sentimentos.
- Orientar sobre o retorno do paciente ao lar, a reintegração na comunidade e posterior regresso ao trabalho;

Na fase de alta Hospitalar

A pessoa ostomizada deve sair com confiança e esperança, mas, para isso é recomendável que ele e/ou familiar tenha aprendido a ministrar o cuidado do estoma.

- Orientar sobre retorno ambulatorial;
- Orientar sobre prevenção de lesão da pele;
- Orientar sobre higiene da pele e ostomia com água e sabão neutro;
- Verificar alergia antes de recomendar a bolsa;
- Expor pele periestomal aos raios solares (proteger ostoma);
- Orientar sobre vários tipos de bolsa disponíveis e que o diâmetro da bolsa

deve ser de acordo com tamanho da ostomia (diâmetro altera com o tempo);

➤ Estimular o ostomizado a participar de Associações de Ostomizados (Clubes de ostomizados).

Orientações Gerais:

Ensinar ações específicas de autocuidado relativas a higiene e a observação do ostoma e pele periestomal e sistema coletor (remoção, troca e esvaziamento).

Orientações Específicas:

No controle das eliminações:

No caso de pessoas que se submeteram a realização de ostomia de cólon descendente e sigmóide (colostomia esquerda) pode receber indicação médica para fazer o controle pela irrigação considerando que, dadas as características das fezes serem mais sólidas. Esta é uma lavagem intestinal feita através da colostomia. Sua finalidade é estimular o peristaltismo, fazendo com que as fezes saiam imediatamente após a lavagem (ostomia fica limpa até o dia seguinte). Após 24 ou 48 horas, é feita nova lavagem, no mesmo horário do dia anterior. Com isso haverá eliminação de fezes em um mesmo horário, e o paciente precisará utilizar a bolsa só neste momento. Orientar que a irrigação é um processo seguro e confortável, mas deve ser indicado pelo médico e treinado pela enfermeira.

Tipos de Equipamentos:

A - Bolsa coletora:

- Descartável ou reutilizável
- Fechada: com ou sem micropore
- Fechada: com ou sem barreira
- Aberta (drenáveis): com ou sem micropore
- Aberta (drenáveis): com ou sem barreira
- Orifício: fixo ou recortável

B - Acessórios:

- Cintos
- Clamps
- Sacos protetores
- Medidor
- Barreiras sob a forma de pó e pasta.

C - Barreiras Protetoras:

PRODUTO	FORMAS	AÇÃO - PROPRIEDADES
Barreiras Plásticas Selantes	<ul style="list-style-type: none"> • líquida • gel • spray • película 	<ul style="list-style-type: none"> • Protege a pele dos efluentes e irritações; • aumenta a aderência de adesivos e barreiras sólidas; • absorve a tensão na retirada; • aumenta a durabilidade da Karaya; • após aplicação, deixar secar de 30 à 60 segundos; • aplicar somente na pele periestomal; • verificar alergias.
Karaya (polissacarídeo acetilado) <ul style="list-style-type: none"> • natural • semi-sintética 	<ul style="list-style-type: none"> • pó • placa • pasta • anel 	<ul style="list-style-type: none"> • proteger a pele • preenche “espaços” • superfície suave para aderência • derrete a temperatura corporal e afluente líquido • em contato com a umidade - libera ácido acético – ardência temporária em peles irritadas
Barreiras sólidas (pectina, gelatina e carboximetilcelulose)	<ul style="list-style-type: none"> • pó • pasta • anel • wafer (placa) 	<ul style="list-style-type: none"> • protege a pele • preenche “espaços” • mais resistente a água (efluentes líquidos, banhos) • função terapêutica • provê superfície lisa para aderência.

(MARTINS, 2006a)

3.6 Prevenindo complicações em pessoas ileostomizadas

A pessoa ileostomizada requer cuidado intenso devido o risco de inúmeras complicações.. Geralmente em 40% dos pacientes que realizam uma ileostomia ocorrem uma ou mais complicações, como por exemplo, irritações na pele periestomal, diarreia, estenose do estoma, cálculo urinário e colelitíase.

Irritação da pele periestomal ocorre devido ao vazamento do líquido pelo ostoma o qual tem característica básica.

A diarreia é muito comum nesses pacientes e pode ocorrer em períodos muito curtos, sendo necessária a troca de bolsa constante, podendo levar a pessoa à desidratação e perda de eletrólitos.

A estenose do estoma acontece devido ao processo de cicatrização periestomal. Sua correção é feita cirurgicamente.

O cálculo urinário ocorre em apenas 10% dos pacientes ileostomizados, e acontece devido à desidratação secundária causada pela redução da ingesta hídrica. Pode ocorrer também a colelitíase devida a alterações na absorção de ácidos biliares e colesterol, ocorridas período no pós-operatório (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

Tendo em vista essas complicações, um plano adequado a esses pacientes se faz necessário. O incentivo da ingesta hídrica, para prevenir cálculo urinário e ressecamento da pele, em quantidades moderadas e constantes; o uso de produtos protetores na região periestomal, para evitar lesões da pele e uso de bolsa coletora, ajustada adequadamente pela enfermeira para aderir, a fim de evitar vazamento de conteúdo, e trocas desnecessárias; administração de água, anti-diarrêicos e eletrólitos, como sódio, potássio para prevenir a hipovolemia e hipocalcemia, constituem a adequação do plano de cuidado (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

Percebe-se que há necessidades específicas no plano de cuidados de Enfermagem, para que essas intercorrências sejam amenizadas. Fornecer informações sobre as possíveis complicações no período pós-operatório, permitindo que os pacientes saibam reconhecê-las. A enfermeira também deve esclarecer dúvidas e anseios com relação às mudanças de hábitos, explicações como o nome comercial das bolsas, quando há necessidade da troca das mesmas, utilização dos materiais necessários, para limpeza e proteção da pele, entre

outros. Essas informações são importantes para orientar e promover autonomia para o autocuidado da pessoa ostomizada tanto no âmbito hospitalar quanto no domiciliário, tornando a pessoa e familiar participante ativo do procedimento. Todas essas ações de cuidado, com ênfase na educação em saúde, têm objetivo de proporcionar às pessoas ostomizadas e seus familiares bem estar no seu processo de viver na condição de pessoas ostomizadas.

3.7 Prevenindo complicações em pessoas colostomizadas

As complicações em pacientes colostomizados, geralmente, são de baixa incidência. Mas, o paciente é provido de atenção constante, para o fato de ocorrer alguma intercorrência, esta possa ser revertida o mais rápida possível. As complicações que eventualmente pode acontecer são: obstrução intestinal, processo infeccioso intra-abdominal, hemorragia, sepse, complicações pulmonares como pneumonia e atelectasia.

Todavia, a enfermeira deve estabelecer um plano para controle de sinais vitais, observando possíveis sinais de infecções. Dor abdominal, aumento da circunferência abdominal e mudança da percussão abdominal podem ser sinais de obstrução intestinal.

Atenção ao relato de sangramento retal que podem ser sinais de hemorragias. Por esta razão devem-se observar os exames laboratoriais como o hematócrito e a hemoglobina.

Verificar aumento na contagem de células brancas e da temperatura corporal do paciente, assim como pesquisar a presença de sinais de choque, indicando sepse.

As pessoas colostomizadas também podem apresentar outras complicações mais comuns como: o prolapso do ostoma, perfuração decorrente de irrigação incorreta do estoma; retração do estoma; impregnação fecal e escoriação da pele.

Da mesma forma que o paciente ileostomizado necessita de atenção, o paciente colostomizado também precisa deste suporte, a fim de aceitar e entender esse tratamento, e assim poder adaptar-se melhor às mudanças de sua vida futura.

3.8 A importância de grupos para a Assistência a Pessoas Ostomizadas

Toda pessoa traz consigo características próprias e um modo particular de ver o

mundo, cada uma com necessidades específicas e identificadas, as quais a leva a reunir-se em grupo, na busca de satisfazê-las adequadamente (FRITZEN, 1992).

Dessa forma, a pessoa ostomizada, ao chegar a um grupo, sente-se acolhida por encontrar pessoas na sua mesma condição, enfrentando ou que já passaram pela mesma etapa que ora ela vivencia. Esta convivência possibilita-lhe o partilhar das dificuldades, capacitando-as para ajudar umas às outras neste processo de crescimento e desenvolvimento.

A enfermeira Margareth Linhares Martins idealizadora de um trabalho sistematizado junto à pessoa ostomizada, e primeira estomaterapeuta catarinense, cuja atuação resultou na criação do Grupo de Apoio à Pessoas Ostomizadas e do Grupo de Convivência em Santa Catarina, descreve que:

O grupo permite a troca de experiências de vivências onde seus integrantes podem auxiliar uns aos outros, possibilitando a livre expressão e o desenvolvimento de seus participantes, favorecendo assim, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis (MARTINS, 1995).

A Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan, da qual Peplau retirou algumas preposições, baseia-se na crença de que o comportamento e a personalidade das pessoas desenvolvem-se a partir das relações com outras, consideradas importantes para elas (ALMEIDA, 2004).

Assim a vivência no grupo permite troca contínua e constante, e a aprendizagem se dá no contexto de cada participante, através de reflexões para reforçar seu conhecimento ou alterar sua compreensão da realidade ou minimizar a ameaça de uma doença. A partir disso, as pessoas reavaliam suas formas de agir para manterem ou transformarem esta realidade e a sua relação com o ambiente.

O grupo de pessoas torna o planejamento dele dinâmico, visto que as pessoas que o integram o moldam. No entanto, a postura adotada em meio às pessoas, faz-se fundamental para que haja comunicação, pois a pessoa, apesar de ter livre arbítrio, para se expressar, deve estar disposta a ouvir.

No grupo, as ações do processo assistencial, desenvolvem-se através do diálogo, desmistificando as possibilidades e impossibilidades, esclarecendo dúvidas e revoltas ao ouvir e dividir os problemas vivenciados e ousar formas de promover o bem estar. Contribuindo desta forma para a melhoria na assistência ambulatorial ou hospitalar, a partir de necessidades expostas pelos usuários.

Em nosso Projeto de Prática Assistencial, as outras pessoas consideradas importantes são os familiares, que muitas vezes integram-se ao grupo. Pois, assim como a pessoa ostomizada passa por um processo vivencial, este também atinge diretamente o seu familiar. Ambos necessitam de cuidados especiais, que ao participarem juntos de grupos desta natureza terão a ajuda e compreensões facilitadas dos significados, e assim, complementando-se um ao outro e reconhecendo seus reais valores.

Ressaltando essa importância da participação em grupos da pessoa ostomizada, bem como do acompanhamento de familiares durante o processo de mudanças, a satisfação e a segurança, derivam do atendimento das necessidades da pessoa ostomizada e dos julgamentos de valores feitos pelas pessoas que tenham importância para ela (ALMEIDA, 2004).

3.9 Conhecendo a proposta da visita domiciliária

História:

A visita domiciliária está intimamente ligada às atividades da Enfermagem em saúde pública. Por isso a importância de identificar alguns períodos históricos desse momento e sua evolução com o passar dos anos.

A visita domiciliária iniciou no período pré-cristão. Este pode ser dividido ainda em período pré-científico ou religioso e em período científico.

No período pré-científico, a visita domiciliária era de caráter assistencialista, caracterizado pela “caridade” (serviços prestados aos pobres e aos doentes) que era visto como um serviço prestado à Deus. Algumas ordens religiosas já realizavam a visita domiciliária, como os hebreus. Estes continham um livro composto pelo código civil, onde se preconizava o atendimento e o cuidado aos pobres, aos desprovidos, aos doentes e as mulheres no período puerperal.

Por volta 1500 a assistência domiciliária, ainda sob grande influência religiosa, passa a ter um caráter mais metódico. O atendimento era preconizado por um manual, que detalhava todos os procedimentos e etapas que deveriam ser seguidas.

Somente em 1850 inicia o período científico, marcado pela sistematização dos procedimentos da visita. Para executar tal tarefa foi necessária a capacitação profissional. Para que a visita domiciliária atingisse seus objetivos era preciso que o profissional fosse

preparado tecnicamente. Com isso, a regulamentação para a capacitação teve início em 1909 pelo conselho municipal de Londres, na Inglaterra.

A criação da instituição “Visiting Nurses Association” se deu em 1900, em Nova York, nos Estados Unidos, dando início a visita domiciliária.

No Brasil, do século XVI até o século XVIII, a forma de atendimento à saúde era o modelo médico português. Este não tinha relação com a higiene pública (MAZZA, 1987). As formas de tratamento alternativo utilizadas são as recebidas pelos indígenas, negros, jesuítas e fazendeiros da época.

Miranda (apud MAZZA, 1987) considera o nascimento da Enfermagem no Brasil, com a fundação da Santa Casa de Misericórdia pelo Jesuíta José de Anchieta, no Rio de Janeiro. O cuidado hospitalar era desenvolvido por voluntários leigos, religiosos e pelos escravos. Tendo o médico um papel secundário, ao dar atendimento direcionado aos pobres, forasteiros, soldados, marinheiros e loucos.

Quarenta anos depois do início do período científico, em 1890, na Europa e nos Estados Unidos é que começa a capacitação profissional no Brasil. Ela principia pelo Rio de Janeiro, por influência do pensamento francês, cria-se a escola profissional de enfermeiras. O objetivo dessa escola era enfatizar a saúde em nível secundário e terciário, priorizando o atendimento hospitalar.

Na década de 20, do século passado, surgem várias epidemias. Assim, obrigou-se a preconizar a assistência pública para controlar e combater os males da época. Adotou-se então o Modelo Médico Sanitário, no qual o indivíduo está envolvido no processo saúde doença.

Por esta época também se introduz, na escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, o curso de visitadoras sanitárias. E no mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como atividade de saúde pública pelo decreto lei de 02/01/1920.

A visita domiciliária no contexto da Enfermagem de saúde pública, desde a época do período pré-cristão até os dias de hoje, constitui um dos instrumentos mais eficientes para se trabalhar com a comunidade e com as famílias na promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Conceitos:

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 o conceito de visita domiciliária é necessário para entender e compreender os fatores determinantes e condicionantes na saúde de um indivíduo. São elas: condições geográficas, água, alimentação, habitação; o

meio sócio econômico e cultural, ocupação, renda, educação; fatores biológicos, idade, sexo, fatores genéticos; e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Pode-se então definir a visita domiciliária como uma atividade de cuidado à saúde exercida junto ao indivíduo, a família e a comunidade abrangendo os aspectos bio-psico-socio-culturais da clientela assistida, que no caso são as pessoas ostomizadas e familiares.

A visita domiciliária se fundamenta no princípio de que todas as atividades de Enfermagem, junto à família, têm o objetivo eminentemente educativo, e como um processo educativo, ela tem por finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma (COSTA, 1997). Assim, podemos dizer também que a visita domiciliária realizada pela Enfermagem, inclui um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto assistencial quanto educativo. Assim sendo ela tem os seguintes objetivos:

- Contribuir para efetivação das premissas de promoção, prevenção e proteção de saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Prestar assistência de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade sob aspecto bio-psico-socio-cultural;
- Orientar e educar a prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio;
- Supervisionar os cuidados de Enfermagem delegados aos membros da família;
- Coletar informações sobre as condições bio-psico-socio-culturais através de entrevista e observação;
- Realizar a visita domiciliária respeitando os princípios éticos, relativos ao direito do cliente, à privacidade e sigilo profissional, por ser desempenhada em ambiente particular ou em domicílio;

Etapas ou Fases:

As ações de Enfermagem na visita domiciliária se constituem em fases ou etapas que se sucedem conforme dispostas abaixo:

- Levantamento das necessidades: Nesta fase identificam-se as necessidades sentidas pela clientela;
- Planejamento: Durante o planejamento, levam-se em consideração alguns aspectos;

- Seleção de visitas – deve-se levar em consideração o tempo disponível, o horário mais adequado à família, as doenças de maior prioridade, itinerário que viabilize tempo e meios de transporte nestas visitas;
- Coleta de dados – deve-se realizar um levantamento prévio da família, através de fichas;
- Revisão de conhecimento – conhecimento sobre o tema ou problema objetivo da visita;
- Plano de visita – procede-se à identificação do cliente ou família, endereço, condições sócio-sanitárias, objetivos gerais e específicos, dados sobre as condições de saúde do cliente ou família, atividades programadas para a visita e cuidado de Enfermagem;
- Preparo do material – preparar o material a ser utilizado na visita, a forma de transporte, acondicionamento, manutenção e limpeza do mesmo. No caso de atividades educativas, adequar o material aos padrões educacionais, etários e culturais.

Execução:

É a abordagem utilizada pelo profissional de Enfermagem. Esta deve incluir apresentação do profissional na família e a explicação dos objetivos da visita solicitando o seu consentimento. As atividades devem ser abordadas com uma linguagem clara, de acordo com o nível da família; prestando atendimento de Enfermagem voltado para as prioridades e respaldado nos meios científicos; observar o meio ambiente e as reações das pessoas frente aos problemas; ao finalizar agendar a próxima visita e avaliar suas vantagens ou facilidades e suas limitações ou dificuldades.

Registro dos dados:

Descrevem-se aqui as observações de Enfermagem verificadas durante a visita, de maneira que seja legível, sucinta e objetiva.

Avaliação:

Tem por objetivo avaliar o plano de visitas, as observações e as ações educativas ou curativas, e também os pontos positivos e negativos da visita domiciliária. Verificar se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se a família evoluiu na resolução de seus problemas.

Vantagens e Facilidades:

- Proporcionar aos profissionais de Enfermagem o conhecimento sobre o contexto de vida do indivíduo, a relação familiar, condições de habitação, entre outros, permitindo à prestação da assistência integral a saúde;
- Conhecimento mais profundo das condições de saúde da comunidade, da prevalência das doenças, das práticas populares, permitindo a resolução de muitos problemas e descongestionando as unidades de saúde;
- A interação família e profissional, que proporciona um melhor relacionamento, com vínculos de maior confiança para expor os mais variados problemas;
- Facilitar a adaptação do planejamento da assistência de Enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe;

Limitações e Dificuldades:

- As ausências por horários de trabalho, afazeres domésticos podem impedir ou dificultar a realização da visita domiciliária;
- A estratégia demanda alto custo, pois depende da utilização de pessoal qualificado e requer transporte;
- O pequeno rendimento na execução da visita, pois é gasto muito tempo na locomoção do profissional e na avaliação da visita domiciliária.

Considerações finais:

A visita domiciliária deve estar direcionada para a educação e orientação em saúde e a conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde dentro de seu próprio contexto bio-psico-socio-cultural. Para que isso ocorra com efetividade, as famílias e a comunidade devem adquirir novas convicções de mudança de comportamento e reflexão maior sobre qual a melhor forma de usar a visita domiciliária como um meio para se promover à saúde.

4. MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual de trabalhos científicos consiste no relato das articulações dos conceitos amplos de teorias com os conceitos específicos do referido trabalho. De maneira que o marco conceitual de um estudo são textos que descrevem, explicam e analisam todas as idéias inerentes à questão de trabalho de forma lógica (TRENTINI, 1999). A seguir apresentamos a inter-relação de alguns conceitos da teórica da Enfermagem Hildegard E. Peplau, com outros julgados necessários para a condução de nossa Prática Assistencial.

4.1 Pressupostos de Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau, teórica escolhida para ser o suporte de nosso trabalho, foi à segunda enfermeira a conceber uma teoria valorizando a relação interpessoal, ocorrida entre a pessoa do doente e a do profissional, já no ano de 1952. Entretanto, a autora, ao referir-se ao diagnóstico de Enfermagem ou deficiências na sua fase de identificação de problemas não explicita ou descreve esta operacionalização, apontando para uma necessária adaptação.

Peplau nasceu em 1909, em Reading, na Pennsylvania. No ano de 1931 diplomou-se num programa de Enfermagem em Pottstown, também na Pennsylvania. Graduou-se no Bennington College, doze anos depois se bacharelando em Psicologia Interpessoal. Em 1947 obteve o título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica na Universidade de Colúmbia, Nova Iorque, e em 1953, conquistou o título de PhD em Desenvolvimento de Currículos. Suas inúmeras contribuições à Enfermagem constituem o resultado de suas qualidades pioneiras para comunicar suas percepções relativas à profissão-disciplina emergente.

De acordo com Peplau a Enfermagem é terapêutica **por que** se trata de uma arte curativa, auxiliando uma pessoa doente, ou necessitada de cuidados de saúde. Razão pela qual, a Enfermagem pode ser entendida como um processo interpessoal, uma vez que

envolve a interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Em Enfermagem, essa meta comum proporciona o incentivo ao processo terapêutico, no qual o profissional de Enfermagem e paciente – este considerado como um organismo vivo em estado de desequilíbrio que necessita de cuidados de saúde - respeitam-se mutuamente, e ambos aprendem e crescem como o resultado da interação. Pois, a aprendizagem ocorre quando uma pessoa, a partir de interações, seleciona estímulos num ambiente e desenvolve-se mais completamente, como resultado das reações a esse estímulo.

A conquista de uma meta comum é alcançada através da realização de uma série de etapas, constituindo o hoje consagrado Processo de Enfermagem, mas, na prática ocorre simultaneamente, enquanto o Enfermeiro e o paciente estabelecem uma relação durante o desenvolvimento do cuidado, ao fazer julgamentos, usar o conhecimento científico, utilizar habilidades técnicas e ao assumir diferentes papéis (GEORGE, 1993).

Peplau (apud GEORGE, 1993) concebe a Enfermagem como uma força de amadurecimento e instrumento educativo. Sua crença é de que a Enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na ação interpessoal.

A Enfermagem é uma ciência que vem acompanhando os avanços científicos, tem criado modelos de cuidado, os quais contribuem grandemente como ferramentas de aperfeiçoamento do seu trabalho. Autoras contemporâneas como Capernito, têm participado no aprimoramento desses novos modelos com instrumentos metodológicos para o cuidado, como os Diagnósticos de Enfermagem.

O Referencial Teórico utilizado por nós então consistiu das concepções da relação interpessoal de Peplau adaptadas com o Diagnostico de Enfermagem de Carpenito-Moyet (2006). Julgamos necessárias estas adaptações por buscarmos ações subjetivas, e um diagnóstico de Enfermagem detalhadamente operacionalizado nos ajudaria a localizar interações durante a nossa prestação do cuidado.

Portanto, este referencial nos auxiliou a conciliar as interações com os procedimentos técnicos sem deixar de revestir-se da humanização. Para a verificação de problemas de Enfermagem que pudessem vir a constituir Diagnóstico de Enfermagem foi utilizado um roteiro de exame físico do paciente cirúrgico de Grüdtner (2000), que segue o sentido céfalo-caudal. (ANEXO I).

A autora identifica quatro fases seqüenciais nas relações interpessoais: a *orientação*, a *identificação*, a *exploração* e a *solução*, as quais consideramos como precursoras das fases do Processo de Enfermagem. De modo que as fases do Processo de Enfermagem

adaptado as concepções de Peplau passaram assim serem descritas:

Orientação - É nesta fase que o profissional de Enfermagem precisa prestar ajuda ao paciente e sua família, no sentido em que perceba o que ocorre ao paciente, pois ambos encontram-se como dois estranhos nesta fase inicial. É importante que o enfermeiro trabalhe em colaboração com o paciente e sua família, na análise da situação, de modo que, juntos, possam reconhecer, esclarecer e definir o problema existente (GEORGE, 1993).

Peplau acredita que é através do esclarecimento da definição em conjunto do problema que a pessoa consegue direcionar a energia acumulada pela ansiedade, gerada pela não satisfação de necessidades, para um tratamento mais construtivo do atual problema. É estabelecida uma harmonia que continua a ser fortalecida, à medida que as preocupações são identificadas.

Na fase de orientação ainda, o enfermeiro, a pessoa e a família planejam o tipo de serviços necessários. Em contrapartida, tal ação diminui a tensão e a ansiedade, associadas à necessidade sentida e ao medo do desconhecido. Tensão e ansiedade diminuídas previnem problemas futuros, que podem advir da repressão a um acontecimento. Já, situações estressantes são identificadas através de interação terapêutica. Os sentimentos ligados aos acontecimentos que preparam o caminho para uma doença, devem ser reconhecidos e trabalhados pelo paciente.

No final dessa fase, o paciente está se estabelecendo no ambiente provedor de auxílio, ambos, paciente e enfermeiro vêm-se, simultaneamente, lutando para identificar o problema, e tornando-se mais à vontade um com outro. Agora eles encontram-se prontos para passar, de modo lógico, à fase seguinte.

Identificação - É aquela em que o paciente reage seletivamente às pessoas que conseguem satisfazer às suas necessidades. Cada paciente reage de modo diverso nessa fase.

A reação do paciente ao profissional de Enfermagem é tripla: ser interdependente com ele, ser autônomo ou, ser dependente do enfermeiro.

Durante toda fase de identificação, paciente e enfermeiro precisam esclarecer as percepções e expectativas mútuas. Experiências anteriores, tanto de um quanto de outro, terão relação com suas expectativas futuras, durante o processo interpessoal (GEORGE, 1993).

Enquanto está trabalhando na fase de identificação, o paciente começa a ter uma sensação de pertinência, bem como se sente capaz de lidar o problema, o que atenua suas sensações de fraqueza e desesperança. Além disso, essa fase produz nas pessoas uma

atitude de otimismo de onde decorre força interior.

Exploração: Uma vez vencida a fase de identificação, o paciente passa para a fase de *exploração*, a qual obtém as vantagens de todos os serviços disponíveis. O grau de utilização desses serviços está baseado nos interesses e necessidades do paciente. A pessoa começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados. Sua sensação é de ganhar uma espécie de controle sobre a situação, através da extração de ajuda, daqueles serviços oferecidos.

Determinados pacientes podem mostrar interesse ativo no auto-cuidado, e envolver-se com isso. Pacientes assim poderão ser mais auto-suficientes e demonstrar iniciativa, facilitando a obtenção de seus ideais. A partir do momento que a pessoa apresenta autodeterminação, ela torna-se mais confiante e assume responsabilidades, passa a acreditar em suas potencialidades e estabelece interdependência. Tais pacientes começam de maneira realista a decidir suas próprias metas na direção de um “status” de saúde melhor e a enfrentar os novos problemas e desafios.

A enfermeira precisa estar consciente das diversas formas de comunicação, ou seja, esclarecer, escutar, aceitar, interpretar, entre outras. A maneira de usar esses fatores facilitará a pessoa a enfrentar suas dificuldades. Portanto, o enfermeiro ajuda o paciente na exploração de meios, no qual utilizam os recursos disponíveis nos serviços de saúde.

Solução: é a última fase do processo interpessoal de Peplau. Uma vez que as necessidades do paciente foram atendidas, através das interações estabelecidas entre o enfermeiro e o paciente, compreende-se que ambos necessitam concluir esta relação terapêutica.

Mesmo para o profissional, a desvinculação pode se tornar difícil, gerando ansiedade e tensão entre ambos, se esta fase não for bem concluída. Para que isso não aconteça, as fases anteriores devem ter sido atingidas com sucesso, a fim que a pessoa e enfermeiro sintam-se mais fortes e experientes. Contudo, por vezes, é bastante difícil a separação desse vínculo para ambas as partes, pois as necessidades de dependência, numa relação terapêutica frequentemente continuam na esfera psicológica.

Caso encontre-se ineficiência dos cuidados profissionais uma nova avaliação é feita para a condução dessa à finalização.

4.2 Conceitos

Com a finalidade de aproximar os conceitos constituintes da nossa Prática Assistencial, apresentamos a seguir os conceitos de Peplau e os constituídos por nós.

Ser humano

Para Peplau, ser humano é definido como "homem" que possui um organismo que luta, a seu modo, para reduzir a tensão gerada pelas necessidades sentidas. Considerando o ser humano um organismo vivo em estado de desequilíbrio, prevê-se que ele necessita de cuidados de saúde (GEORGE, 1993).

Enfermagem

Enfermagem é um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Também definido como um relacionamento humano entre uma pessoa doente, ou necessitada de serviços de saúde, e uma enfermeira especialmente preparada para reconhecer a necessidade de ajuda e reagir a ela (GEORGE, 1993).

Saúde

Um símbolo vocabular que implica movimento adiante da personalidade e outros processos humanos em curso, na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (GEORGE, 1993).

Sociedade/ambiente

De maneira implícita, Peplau (GEORGE, 1993) define ambiente como as forças existentes fora do organismo e no contexto da cultura, de onde se obtêm costumes, hábitos e crenças. Entretanto, as circunstâncias gerais suscetíveis para conduzir à saúde sempre incluem processos interpessoais.

4.3 Pressupostos – Nossas Crenças e Valores

Baseadas em nossas crenças, valores e nos escritos de autores aqui mencionados selecionamos os seguintes pressupostos para compor nosso marco referencial:

Ser Humano Ostomizado

É um ser humano com uma condição de saúde devido a uma determinada doença, má formação congênita ou trauma, que resulta na ostomia, a qual afeta sua auto-imagem, auto-estima, enquanto vivencia uma situação que pode gerar necessidades específicas.

Portanto, é a pessoa que necessita de cuidados especiais, apoio familiar e de uma equipe interdisciplinar para compreender seu processo vital.

Família

Peplau não define família, entretanto, nós acreditamos ser indispensável conceitualizar este grupo por fazer parte do convívio da pessoa ostomizada. Portanto, nossa definição de família é um grupo de pessoas ligadas por vínculos emocionais ou consangüíneos, que interagem entre si, num mesmo ambiente ou não. São pessoas que se relacionam através de um compromisso social, cultural e de vivências, entre ser humano ostomizado que o ajudarão a enfrentar as mudanças nos seus hábitos de vida. A família facilita o processo de aceitação e dá suporte ao ser ostomizado.

Equipe Interdisciplinar

Igualmente Peplau não define equipe interdisciplinar. Para nós é a equipe formada por profissionais (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista e outros) preparados para ajudar as pessoas ostomizadas a adotarem condutas que tenham objetivos comuns e que conduzam um tratamento adequado e confortável à esta pessoa, com o intuito de proporcionar a ela um atendimento interdisciplinar que englobe os aspectos bio-psico-sociais das pessoas envolvidas.

Saúde

A pessoa ostomizada é aquela que, apesar de estar nesta condição, direciona a sua vida com movimentos para frente, ações criativas, comunicativas, construtivas, produtivas, tanto pessoais, quanto comunitárias. Ela cuida de si e recebe cuidados da família, da equipe interdisciplinar o que a contribui para o seu bem estar.

Enfermagem

A Enfermagem é uma relação interpessoal que oferece às pessoas ostomizadas e familiares, cuidados profissionais necessários capazes de satisfazer suas necessidades sentidas e reconhecidas. Contribuindo, por meio de comunicação e interação, a minimização das tensões e ansiedades dentro do seu ambiente, disponibilizando nos serviços de saúde materiais e equipamentos específicos para que a mesma tenha a capacidade de se auto-cuidar e alcançar os objetivos desejados, o seu bem estar.

Educação

É um processo que se constrói numa interação entre as acadêmicas de Enfermagem, a pessoa ostomizada e família, enquanto aprendem, ensinam e ajudam aquelas pessoas a aceitar o tratamento, a encontrar significado no sofrimento e a buscar o bem estar, numa seqüência de etapas que se repete a cada vez, como um a historia de criar e refazer (GRUDTNER, 1997).

Todo ser humano ostomizado, como qualquer outro, tem o seu saber e potencialidades para aprender. Ele é motivado a buscar o conhecimento pelas necessidades encontradas e expectativas da vida, em uma condição pouco conhecida, e é através do encontro consigo próprio, com os outros seres humanos, aqueles há mais tempo nessa condição, que ele se descobre e fortalece para enfrentar os desafios da vida e transformar a realidade (Freire, 1983).

Educação é também um processo em que as pessoas têm a capacidade de aprender e ensinar sobre algo, visualizando e trocando saberes diferenciados. A aprendizagem se dá através de alterações da compreensão da realidade. A partir disto, as pessoas reforçam ou reavaliam suas maneiras de enfrentamento para transformar sua realidade e sua relação com o ambiente (MARTINS, 1995). Enfermeiro e ser humano ostomizado, ambos dentro desse processo, ensinam e aprendem de forma crescente (com o avançar da relação), contínua e de maneira singular.

Relação Interpessoal

É qualquer relação estabelecida entre duas ou mais pessoas, a qual possibilita a socialização e a troca de informações entre si, e com os outros. Geralmente, os indivíduos que apresentam as mesmas dificuldades buscam se fortalecer e influenciar uns aos outros, a fim de proporcionar um melhor entendimento e enfrentamento das situações. Naturalmente elas seguem seus valores, suas percepções, crenças e/ou seus interesses, e são essas diferenças tão importantes que implicam no processo interpessoal. No caso dos ostomizados, a relação pode se ocorrer entre ser humano-ostomizado e familiar, entre seres humanos ostomizados, entre ser humano-ostomizado e equipe interdisciplinar. Em todas essas relações, ambos promovem ações terapêuticas que propiciem conforto, crescimento e desenvolvimento à pessoa que mais “necessite”.

Sociedade/ambiente

Entendemos que é fundamental considerar a pessoa ostomizada e sua família

como integrantes de um contexto sócio-cultural-ambiental. Este é um forte influenciador na conduta da pessoa com ostomia e seus familiares diante do diagnóstico. Esta influencia o tratamento, as orientações dos profissionais da área da saúde, bem como a forma de enfrentamento, compreensão da sua perda e aceitação das mudanças causadas pela ostomia, como um processo de evolução e transformação.

Redes Sociais

Consideramos importante descrever o significado para nós de Redes Sociais por acreditarmos que os seres humanos interdependem-se e, se agrupam conforme suas necessidades, suas características física ou conceitual diferente de um todo, mas interligados em outros sentidos ao todo. Withaker (1998) descreve Redes Sociais como:

Uma estrutura em rede (...) corresponde também ao que seu próprio nome indica: seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Não há um “chefe”, o que há é uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo.

As redes sociais podem ser: Primária é a formada por todas as relações que as pessoas estabelecem durante a vida cotidiana, e pode ser composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, organizações, relacionamentos que iniciam na infância e contribuem para a formação das identidades. Rede Social Secundária é aquela formada por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas, por organizações não-governamentais, organizações sociais entre outras, as quais fornecem atenção, orientação e informação. E a intermediária é a formada por pessoas que receberam capacitação especializada, tendo como função a prevenção e apoio. Podem vir do setor da saúde, da igreja e até da própria comunidade. As redes sociais secundárias e intermediárias são formadas pelo coletivo, instituições e pessoas que possuem interesses comuns. Elas podem ter um grande poder de mobilização e articulação para que seus objetivos sejam atingidos (WIKIPÉDIA, 2007).

5. METODOLOGIA

5.1 Locais da Prática Assistencial

A maior parte das ações de nossa proposta foi realizada no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na Rua Irmã Benwarda, 297 - centro - Florianópolis/SC. O hospital possui uma área total construída de 22.000m² com 194 leitos ativados e 889 servidores. Além disso, conta com 71 funcionários terceirizados, prestando serviços de limpeza e vigilância.

A Prática Assistencial foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica que fica situada no 2º andar do Hospital Governador Celso Ramos, tem 35 leitos, sendo divididos nas especialidades: cirurgia bariátrica, urologia, cirurgia geral, cirurgia vascular e cirurgia torácica. Nesta unidade trabalham 27 pessoas, sendo 2 enfermeiras, 12 técnicos de Enfermagem, 12 auxiliares de Enfermagem e 1 escriturário.

O espaço físico da Unidade de Internação Hospitalar apresenta uma copa para o andar, sala de materiais leves, banheiros dos funcionários, expurgo, sala de materiais pesados, rouparia, uma copa para os funcionários da clínica, posto de Enfermagem, posto de medicação.

Outro lugar onde desenvolvemos a prática assistencial foi na residência das pessoas onde realizamos as visitas domiciliares e no local onde ocorreram as reuniões do grupo de convivência, que devido ao processo de mudança, ocorreu na Policlínica e no grêmio do Hospital Universitário.

5.2 Período

O projeto foi realizado durante o período compreendido entre 16 de abril a 20 de junho de 2007.

5.3 Clientela

Pessoas adultas ou idosas de ambos os sexos, candidatas à/ou já portadoras de

ostomias intestinais internadas no HGCR, e familiares participantes do GV, constituíram a clientela com quem desenvolvemos nossa proposta. Entretanto, para o alcance dos objetivos estipulou-se que cada acadêmica cuidaria, realizando o Processo de Enfermagem, no mínimo três pessoas ostomizadas, faria três visitas domiciliares à pessoas ostomizadas e seus familiares, bem como participaria das reuniões do GV ocorridas durante o período da Prática Assistencial.

5.4 Plano de Ação

Objetivo I

Realizar o Processo de Enfermagem adaptado às concepções de Peplau a pessoas candidatas a ostomia na situação pré-operatória imediata, trans, pós-operatória e seus familiares.

Estratégias

E 1 – Desenvolver e Aplicar os Processos de Enfermagem adaptado aos conceitos de Peplau o seguindo as fases de: identificação, orientação, exploração e solução.

E 2 - Identificar as necessidades do paciente e da família no período pré e pós-operatório como primeira etapa do Processo de Enfermagem, realizando os cuidados com orientações da Enfermeira-supervisora;

E 3 – Promover os cuidados de acordo com os problemas levantados;

E 4 - Interagir com as pessoas que se submeteram a uma cirurgia para realizar colostomia, buscando levar as pessoas a compreender a atual condição;

E 5 – Divulgar as informações sobre as Redes Sociais de Saúde direcionadas para as pessoas ostomizadas.

Avaliação

Será considerado atingido o objetivo, se cada estudante realizar o Processo de Enfermagem com a adaptação do diagnóstico de Enfermagem de Carpenito com no mínimo três pessoas ostomizadas por acadêmica de Enfermagem, observando todas as fases, identificando a sua interpretação e compreensão das necessidades vividas, a fim de minimizar os estressores.

Objetivo II

Prestar assistência de Enfermagem a pessoa ostomizada, família e comunidade, sob aspecto bio-psico-socio-cultural na visita domiciliária.

Estratégias

- E 1 – Identificar nas pessoas ostomizadas as necessidades de orientações e cuidados e com dificuldade de aceitação da sua nova condição;
- E 2 - Apresentar o Projeto a pessoas e convidá-las a participar dele, mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- E 3 – Realizar três visitas domiciliárias para cada pessoa escolhida e sua família;
- E 4 - Orientar e interagir o cuidado e a prestação de cuidados de Enfermagem com a pessoa e o familiar em domicílio;
- E 5 - Supervisionar todos cuidados de Enfermagem delegados aos membros da família destas pessoas;
- E 6 - Coletar informações sobre as condições bio-psico-socio-culturais das pessoas ostomizadas e de seus familiares através de entrevista e observação.

Avaliação

Este objetivo será considerado atingido, se forem realizadas as visitas domiciliárias previstas; identificando as dificuldades, e a pessoa com seus familiares, junto ao profissional construir formas de melhor vivenciar sua nova condição.

Objetivo III

Aprofundar, sedimentar e trocar os conhecimentos referentes às necessidades das pessoas ostomizadas e familiares no Grupo de Convivência;

Estratégias

- E 1 - Participar das reuniões do Grupo Convivências;
 - Colaborar na estruturação das atividades no grupo;
 - Realizar atividades educativas em saúde na medida em que surgir essa necessidade;
 - Realizar atividades laborais (questionário de auto-avaliação, técnicas de respiração e relaxamento, atividades manuais e atividade visual);
- E 2 - Distribuição do folder “Algumas Orientações para Pessoas Recém Ostomizadas” (CASCAIS, 2006), para as pessoas ostomizadas, no período pré e pós-operatório, do

Hospital Governador Celso Ramos e nas Visitas Domiciliares.

Avaliação

Se forem identificadas as necessidades das pessoas com ostomia e de seus familiares na sua nova situação, e realizadas as atividades propostas, este objetivos será considerado atingido.

Objetivo IV

Identificar as alterações causadas no modo de vida das pessoas que se submeterem a uma ostomia e de seus familiares;

Estratégias

E 1 – Estabelecer relação interpessoal com a pessoa ostomizada, através do diálogo, da escuta sensível, atentando para a identificação dessas alterações nos relatos e trocas nas reuniões do grupo.

E 2 – Trocar saberes entre o ver e o ser pessoa ostomizada e compreender seus significados;

E 3 – Interagir de forma a superar as dificuldades, minimizando preconceitos, construindo maneiras alternativas de lidar com a situação.

Avaliação

Este objetivo será atingido se conseguirmos identificar as alterações físicas e emocionais, se auxiliarmos na facilitação da realização de atividades cotidianas e se sua visualização de ser ostomizado for transformada e/ou se nós acadêmicas, visualizarmos limitações pouco trabalhadas em grupos.

Objetivo V

Participar da estruturação e execução do projeto do GAO - gestão 2007;

Estratégias

E 1 - Participar das reuniões do GAO planejando a reunião, lendo a ata da reunião anterior, e socializando os informes;

E 2 – Auxiliar no planejamento do GV;

E 3 - Participar do processo de estruturação do GV;

E 4 - Auxiliar no Projeto do HU;

E 4 – Elaborar o resumo para o SEPEX com os temas escolhidos pelo grupo;

Avaliação

Será considerado atingido se concretizado a estruturação do Projeto GAO / 2007 e realizados os trabalhos encaminhados para o SEPEX.

Objetivo VI

Caracterizar o perfil das pessoas ostomizadas em SC, segundo tabela das 30 regionais, fornecidas pelas CCR – (Centro Catarinense de Reabilitação).

Estratégia

E 1 – Definir a idade, sexo, tipo de ostomia, causa;

Avaliação

Atingido quando todos os dados forem contabilizados.

Objetivo VII

Conhecer a forma de produção de conhecimento em um grupo de pesquisa/NUCRON.

Estratégias

E 1 - Participar das Reuniões do Núcleo de Pesquisa de Doenças Crônicas (NUCRON) para aquisição de conhecimento sobre pessoas em situação crônica de doença;

E 2 – Representar o GAO nas reuniões do NUCRON referentes às pessoas com ostomias, adquirindo conhecimento nos aspectos da cronicidade;

E 3 - Articular as atividades entre GAO e Grupo de Convivência.

Avaliação

Será atingido se as acadêmicas conhecerem a forma produção científica para a facilitação neste trabalho.

Objetivo VIII

Divulgar o resultado parcial do Projeto: “A INTERAÇÃO ENTRE A PESSOA OSTOMIZADA E SEUS FAMILIARES E A ENFERMAGEM SEGUNDO A TEORIA INTERPESSOAL DE PEPLAU: UM CAMINHO PARA ACEITAÇÃO”.

Estratégias

E 1 - Inscrição e exposição do pôster;

E 2 - Disseminar o projeto através de pôster sobre ostomas intestinais.

Avaliação

Atendido se for enviado o trabalho em tempo estimado e aceito para a Semana de Pesquisa e Extensão.

6. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Antes de iniciarmos a Prática Assistencial começamos a participar das reuniões do GAO e dos Grupos de Convivência, para observar e conhecer melhor o funcionamento e a rotina deles.

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADES	LOCAL
06/03 Terça feira	14:00 – 17:00	Reunião do Grupo de Convivência dos Ostromizados	Policlínica
07/03 Quarta feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
13/03 Terça feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
21/03 Quarta feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
28/03 Quarta feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
03/04 Terça feira	14:00 – 17:00	Reunião do Grupo de Convivência dos Ostromizados	Policlínica
05/04 Quinta feira	18:00	Entrega do Projeto para Banca	HGCR / CCS
09/04 Segunda feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
13/04 Sexta feira	10:00 – 12:30	Banca	CCS
13/04 Sexta feira	16:50 – 17:15	Apresentação do Projeto para Acadêmicos e Orientadores	CCS
16/04 Segunda feira	13:00 – 18:00	Conhecimento de campo de estágio	HGCR
	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
18/04 Quarta feira	13:00 – 18:30	Reunião CCR	CCR
19/04	13:00 – 18:00	Prática Assistencial	HGCR

Quinta feira			
20/04 Sexta feira	13:00 – 18:00	Prática Assistencial	HGCR
23/04 Segunda feira	15:30 - 18:00 19:00 – 22:00	Prática Assistencial Reunião GAO	HGCR CCS
24/04 Terça feira	13:30 - 18:00	Prática Assistencial	HGCR
25/04 Quarta feira	7:00 – 12:00	Prática Assistencial	HGCR
26/04 Quinta feira	14:00 – 18:00 8:00 – 12: 00 13:00 – 17:30	Reunião NUCRON Capacitação Joinville	EDEN Joinville
27/04 Sexta feira	14:00 – 17:30 8:00 – 12: 00 13:00 – 18:00	Prática Assistencial Capacitação Joinville	HGCR Joinville
02/05 Quarta feira	8:00 – 11:00 13:00 – 17:30 19:00 – 22:00	Divulgação GV Prática Assistencial Reunião do GAO	Policlínica HGCR CCS
03/05 Quinta feira	8:00 – 11:00 13:00 – 17:30	Divulgação GV Prática Assistencial	Policlínica HGCR
04/05 Sexta feira	8:00 – 11:00 13:00 – 17:30	Divulgação GV Prática Assistencial	Policlínica HGCR
07/05 Segunda feira	13:00 - 18:00 19:00 – 22:00	Visita Domiciliária – 1 Reunião do GAO	CCS
08/05 Terça feira	14:00 – 18:00	Reunião do Grupo de Convivência dos Ostomizados	HU
09/05 Quarta feira	7:30 – 12:00 13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
10/05 Quinta feira	13:00 – 17:30	Prática Assistencial	HGCR
11/05 Sexta feira	7:30 – 12:00 13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
14/05 Segunda feira	13:00 - 18:00 19:00 – 22:00	Visita Domiciliária – 2 Reunião do GAO	CCS

15/05 Terça feira	13:00 - 18:00	Visita Domiciliária – 3	
16/05 Quarta feira	13:00 - 19:00	Participar do SEPEX	UFSC
17/05 Quinta feira	13:00 – 19:00	Participar do SEPEX	UFSC
18/05 Sexta feira	7:30 – 11:30 13:00 – 19:00	Encontro para compartilhar experiência de estágio Participar do SEPEX	UFSC
19/05 Sábado	13:00 – 17:00	Participar do SEPEX	UFSC
21/05 Segunda feira	13:00 - 18:00 19:00 – 22:00	Visita Domiciliária – 4 Reunião do GAO	CCS
22/05 Terça feira	13:00 – 18:00	Visita Domiciliária – 5	
23/05 Quarta feira	7:30 – 12:00 13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
24/05 Quinta feira	14:00 - 18:00	Reunião Nucron Visita Domiciliária - 6	EDEN
25/05 Sexta feira	13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
28/05 Segunda feira	13:00 - 18:00 19:00 – 22:00	Visita Domiciliária – 7 Reunião do GAO	CCS
29/05 Terça feira	13:00 - 18:00	Visita Domiciliária – 8	
30/05 Quarta feira	13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
31/05 Quinta feira	13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
01/06 Sexta feira	13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
04/06 Segunda feira	13:00 - 18:00 19:00 – 22:00	Visita Domiciliária – 9 Reunião do GAO	CCS
05/06 Terça feira	14:00 - 18:00	Reunião do Grupo de Convivência dos Ostomizados	HU
06/06 Quarta feira	13:00 - 17:30	Prática Assistencial	HGCR
11/06	13:00 - 18:00	Visita Domiciliária – 10	

Segunda feira	19:00 – 22:00	Reunião do GAO	CCS
12/06 Terça feira	13:00 – 18:00	Visita Domiciliaria – 11	
13/06 Quarta feira	13:00 – 17:30	Prática Assistencial	HGCR
14/06 Quinta feira	13:00 – 17:30	Prática Assistencial	HGCR
15/06 Sexta feira	13:00 – 17:30	Prática Assistencial	HGCR
18/06 Segunda feira	13:00 – 18:00	Visita Domiciliaria - 12	
19/06 Terça feira	13:00 – 17:30	Prática Assistencial	HGCR
20/06 Quarta feira	13:00 – 17:00	Prática Assistencial e Confraternização	HGCR

7. RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Inicialmente gostaríamos de relembrar que nossa Prática Assistencial constitui basicamente na aplicação das fases da relação interpessoal de Peplau adaptada para o Processo de Enfermagem. Consolidado por visitas domiciliares de maneira que algumas estratégias estavam interligadas para o alcance de objetivos diferentes.

7.1 – Apresentação e Discussão dos Resultados

Objetivo I - Realizar o Processo de Enfermagem adaptado às concepções de Peplau a pessoas candidatas a ostomia na situação pré-operatória imediata, trans, pós-operatória e seus familiares.

Quando pensamos o projeto tínhamos a intenção de realizar o Processo de Enfermagem adaptando as fases do relacionamento interpessoal de Peplau com as pessoas ostomizadas, durante o período pré, trans e pós-operatório vivenciado por elas, porém, no decorrer da prática percebemos que os acontecimentos não seguiam um curso tão linear. A maioria dos pacientes procurava o hospital em condições de emergência, logo, a nossa interação com estas pessoas só iniciavam no período pós-operatório. Mesmo assim, cuidamos das pessoas que não passaram pela cirurgia.

Vinte pessoas com afecções gastrintestinais, internaram na Clínica Cirúrgica daquele hospital, durante o período de nossa prática, mas, nem todas necessitaram submeter-se a ostomia. Do total delas, somente nove enquadraram-se nos critérios – especificados anteriormente, para este trabalho. De maneira que esta amostra permitiu alcançarmos nosso objetivo.

Apresentaremos os dados, através de dois Processos de Enfermagem adaptados e realizados no hospital, assim como de uma das visitas domiciliares. A fim de preservar a privacidade e identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por codinomes de praias da Ilha de Florianópolis, como: Açores, Armação, Campeche, Canasvieiras,

Joaquina, Pântano do Sul, Pontas das Canas e Santinho. Mostraremos apenas Canasvieiras, Joaquina e Santinho, com quem avaliamos ter tido intensa interação.

Os Processos de Enfermagem

1. *Canasvieiras*

Orientação

Após realizarmos as apresentações e obtermos consentimento para orientarmos e cuidar do senhor Canasvieiras, demos continuidade a nossa conversa com o mesmo, buscando efetivar a interação.

Dados Sociais:

Canasvieiras, 40 anos de idade, sexo masculino, católico, natural de Goiás, reside em Florianópolis há 10 anos, trabalha como chefe de cozinha. Sem acompanhante, mas recebia visitas de seus amigos. Disse que sua mãe tinha gastrite recorrente.

Dados Clínicos:

Diagnóstico médico de Abdômen Agudo Inflamatório. Encontrava-se no seu 5º dia de pós-operatório de colectomia e de colostomia temporária.

1. Sistema Nervoso Central:

O senhor Canasvieiras encontrava-se orientado, comunicativo, sem queixas algicas.

2. Sistema Tegumentar:

Apresentava-se ictérico na região cutânea. Ferida operatória incisiva, limpa, passíveis de sutura e bordas aproximada, sem exsudato, localizada longitudinalmente no abdômen, supra umbilical. Cicatrização ocorrendo por primeira intenção.

3. Sistema Respiratório

Frequência Respiratória (FR): 21 mrm, expandindo bilateralmente o tórax.

4. Sistema Cardíaco

Frequência Cardíaca (FC): 80 bpm, Temperatura axilar (Tax): 36,5° C, Pressão Arterial (PA): 120x80 mmHg. Perfusão periférica inferior que três segundos.

5. Sistema Digestório

Estava com dieta livre, aceitando parcialmente a dieta. Ruídos hidroaéreos presentes. Apresenta colostomia temporária, localizada em hipocôndrio direito, ostomia

ovalada, 30 mm por 20 mm de largura, protrusa, coloração da mucosa rósea, drenando muco intestinal em pequena quantidade. Colostomia ainda não funcionando. Exteriorização do cólon transversal.

6. Eliminações

Eliminação vesical presente, sem o controle de débito urinário.

7. Segmentos

Portava acesso venoso periférico em membro superior direito para administração de medicação. Estava deambulando pela Unidade.

8. Exames:

Hepatite C ANTI-HCV - positivo

Encontro Inicial:

Após solicitarmos autorização para cuidar do senhor Canasvieiras, e este nos autorizar (APÊNDICE I), passamos a interagir com o mesmo. Oportunidade em que questionamos sobre como ele sentia-se ao estar passando por toda essa mudança e quais eram suas metas. Chorando Canasvieiras relatou que estava com medo de ter que ficar com a ostomia para o resto da sua vida, pois temia não conseguir se adaptar. Procurando evitar ao máximo que isso ocorresse revelou estar disposto a fazer o tratamento proposto. Razão pela qual pediu-nos muitas orientações. Informamos a ele que acompanháramos sua internação e que, portanto, teria tempo para tirar todas as dúvidas que surgissem, assim como procuraríamos encontrar, junto com ele, cuidados que permitissem transcorrer o tratamento o mais tranquilo possível.

A ameaça à vida angustia e, na maioria das vezes, faz aflorar na pessoa a culpa pelo desajuste social que a sua própria condição produz, podendo levar a repercussões como uma auto-estima negativa e isolamento social. A pessoa com ostomia e com dificuldade de adaptação poderá adotar uma atitude radical acreditando que não terá mais uma vida normal. Por isso, a pessoa deve ser informada, objetivamente sobre os novos hábitos a que terá que se adaptar, bem como os materiais que lhe serão disponibilizados. Dessa forma o desconhecido se tornará menos ameaçador.

Identificação

Deste primeiro contato com Canasvieiras identificamos alguns problemas e/ou deficiências de saúde, que resultaram nos seguintes Diagnósticos de Enfermagem e a previsão de suas respectivas intervenções de cuidado.

<i>PROBLEMAS LEVANTADOS</i>	<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</i>	<i>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</i>	<i>JUSTIFICATIVA</i>
1. Acessos venosos periféricos;	Risco para a infecção relacionado ao local de invasão do organismo, secundário a cirurgia; acessos venosos periféricos;	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar sinais vitais; • Observar possíveis manifestações clínicas de infecção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar os sinais vitais permite identificarmos as alterações da vitalidade do paciente operado nos possibilitando promover intervenções. • Evitar complicação por infecção observando as manifestações de infecção como, por exemplo, febre, urina turva, secreção purulenta.
2. Ferida operatória;	Integridade da pele prejudicada, caracterizada por rupturas do tecido tegumentar, relacionado ao tratamento a efeitos de irritantes mecânicos ou pressão, secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar curativo fechado na incisão; • realizar curativos abertos no local de inserção do dreno. • Observar a pele ao redor da área afetada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a recuperação do tecido e evitar infecção, ao impedir a entrada e proliferação de organismos. • Realizar curativos abertos no local da inserção do dreno para facilitar a drenagem e acelerar o processo de cicatrização. • Evitar a irritação da pele ao redor da área afetada para minimizar qualquer desconforto para o

	a curativos e acessos periféricos;		paciente.
3. Semi-dependente para o autocuidado;	Síndrome do déficit no autocuidado, caracterizado por dificuldade de alimentar-se, banhar-se e vestir-se, relacionado a certos equipamentos externos (endovenosos).	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar escolhas e solicitar as preferências; • Promover e estimular a participação em cada atividade de auto cuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> • As escolhas e preferências do paciente expressas ajuda o profissional de saúde a desenvolver seu plano de cuidado de maneira mais fácil e de forma mais prazerosa para ambos. • Promover e estimular a participação em cada atividade ajuda o paciente a se tornar um participante ativo do procedimento.
4. Colostomia;	Risco para controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre o procedimento com a bolsa de ostomia, o cuidado com a pele periestomal e a	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aprendizado da troca, limpeza e esvaziamento da bolsa de colostomia; • Explicar e discutir o processo da doença, o regime de tratamento, expectativas e efeitos 	<ul style="list-style-type: none"> • A adaptação adequada é necessária para o uso bem sucedido do dispositivo. A manipulação é uma competência motora aprendida que exige pratica e reforço repetitivo. • O esclarecimento sobre o processo da doença e sobre o seu regime terapêutico evita as compreensões errôneas e alivia a ansiedade. • Identificar os serviços comunitários através de

	incorporação do cuidado com a ostomia as atividades da vida diária;	colaterais; <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os serviços comunitários necessário para dar prosseguimento ao atendimento; 	informação das redes sociais que auxiliam na aprendizagem para prosseguimento ao atendimento.
5. Relato de medo; choro;	Medo, caracterizado por choro, sentimento de medo, relacionado aos efeitos percebidos, imediatos de perda de parte do corpo;	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar respostas que reflitam a realidade, discutindo os aspectos que podem ou não serem mudados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A expressão livre dos sentimentos permite ao paciente a oportunidade para verbalizar e identificar as preocupações e proporcionar reflexão sobre os aspectos que podem ou não serem mudados.
6. Sozinho, sem acompanhante ;	Isolamento Social, caracterizado por desejo de maior contato com as pessoas, relacionado à perda de contatos familiares;	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com o paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a oportunidade para o apoio adicional partilhando experiências, ajudando a pessoa a sentir-se menos solitária.

Exploração

Na fase de Exploração com Canasvieiras também realizamos nossas intervenções, baseadas no nosso Referencial Teórico seguindo a numeração dos Diagnósticos de Enfermagem elaborados conforme apresentados abaixo:

1. Antes de quaisquer procedimentos que realizássemos com os pacientes, fazíamos a lavagem das mãos e usávamos luvas de procedimentos e materiais esterilizados para realização do curativo, obedecendo assim às precauções universais contra as infecções. Ficamos atentas para detectar sinais de infecção, como hiperemia, sangramento, edema, instabilidade da temperatura e controle dos sinais vitais, pois a incisão estava íntegra.
2. Fizemos a limpeza da ferida operatória, cobrindo a área com curativo permeável à umidade. Analisamos que a cicatrização ocorria por primeira intenção, pois houve perda mínima de tecido, ausência de sinais infecciosos, ausência de drenagem e edema, que resultará em lesão quase imperceptível. Observamos também o local da punção venosa a fim de procurar complicações potenciais, como flebite, hematoma, infecção local e infiltração.
3. Exploramos suas preferências com relação ao que gostava de alimentar-se e com relação ao horário do banho. Também o estimulamos a participar da troca da bolsa, como olhar, conhecendo os dispositivos; a movimentar-se no leito e fora dele, a fim de promover o retorno do peristaltismo intestinal. Orientamos sobre a dieta alimentar e seus benefícios, no hospital e após a alta hospitalar. Entregamos um folder sobre alimentos que podem ser ingeridos, e alimentos que devem ser evitados para pessoas ostomizadas causadores de diarreia e flatulência, a fim de proporcionar melhor conforto. Conversamos com Canasvieiras sobre seus sentimentos e angústias com relação a sua nova condição, encorajando-o a compartilhá-los conosco e questionar sobre seu tratamento. Relatou-nos a preocupação diante da possibilidade de ter que usar essa bolsa para sempre e que estava disposto a fazer qualquer coisa, como cuidar da sua alimentação a fim de torná-la apenas temporária.
4. Trocamos a bolsa de colostomia mostrando todos os passos necessários procurando deixá-la independente para este cuidado. Sugerimos que quando estivesse fora do

seu domicílio, realizasse a limpeza da bolsa utilizando uma garrafa de borrifar. Informamos alguns outros cuidados pertinentes à ostomia, dando ênfase a atenção que deve ter com a pele, assim como evitar a troca constantemente para não provocar lesões no tecido cutâneo. Discorremos sobre a existência de Grupos de Convivência, onde eles podem trocar experiências com relação à ostomia, sentimentos, adaptação, estilo de vida, alimentação, entre outros, e também sobre a documentação necessária para o cadastro na Associação de Ostromizados para a captação das bolsas de colostomia.

5. Procuramos apoiar e confortar Canasvieiras, pois ele encontrava-se choroso e com necessidade de alguém por perto, para desabafar o que estava sentindo. Nessa fase, nossa atuação foi de “Enfermeira substituta”, de acordo com Peplau, no qual a enfermeira gera alguns sentimentos que surgem numa relação. Então estabelecemos um vínculo de confiança com o senhor Canasvieiras, permitindo que ele expressasse seus sentimentos.
6. Devido ao fato do senhor Canasvieiras não ter acompanhantes e apenas receber algumas visitas esporadicamente, nossa principal meta era não deixar o paciente sozinho por longos períodos. Inteirávamos Canasvieiras sempre sobre os procedimentos que realizaríamos propiciando momentos de conversa e descontração com assuntos que deixavam-no mais a vontade.

Solução

Apesar de sair de alta hospitalar no décimo segundo dia de pós-operatório, a nossa Prática Assistencial ainda não estava finalizada com o senhor Canasvieiras. Questionamos como seriam seus cuidados iniciais, e percebemos insegurança dele em contar com amigos que não estiveram presentes no momento dos cuidados, levando-nos a realizar uma visita domiciliária.

Nas visitas domiciliárias, pudemos perceber que o senhor Canasvieiras inicialmente apresentava receios quanto à realização da troca da bolsa de colostomia. Tinha ainda algumas dúvidas, por exemplo, como realizar a limpeza em lugares públicos, devido à falta de equipamentos, como o chuveirinho. Logo demos a idéia de utilizar uma garrafa de borrifar para auxiliá-lo. Estimulamo-lo a realizar a troca do dispositivo sozinho, pediu-nos que fizéssemos a supervisão enquanto fazia a limpeza e a troca para ter segurança de que

estava fazendo corretamente. Após executar os procedimentos Canasvieiras disse que se sentiu mais confiante pelo fato de estarmos ali presentes. Percebemos que ele conseguiu compreender todas as etapas destes procedimentos. Além de referir, vimos que não se sentia mais sozinho, pois seus amigos estavam fazendo companhia desde que ele saíra de alta hospitalar. Na segunda visita a pedido dele, nosso objetivo maior era saber como ele estava. Constatamos que ele estava mais confiante e ainda com poucas dúvidas sobre os procedimentos, portanto mostramos novamente todo o processo e sugerimos algumas adaptações dos seus objetos à idéia de como realizar a limpeza para ele quando fosse sair para trabalhar ou estando simplesmente fora de casa.

Saímos da residência do senhor Canasvieiras felizes, pois vimos que o paciente se encontrava mais confiante e seguro com relação ao seu tratamento, e como o paciente estava mais independente. Conseguimos finalizar, portanto, essa fase com sucesso observando suas expectativas e potencialidades afloradas, de modo a fortalecê-lo para enfrentar os desafios da vida.

2. *Joaquina*

Orientação

Antes de nosso primeiro contato com a pessoa ostomizada, ao nos acercarmos dela, já tínhamos colhido informações a respeito de sua situação. Apresentamo-nos e explicamos a proposta do projeto e pedimos autorização para cuidar da senhora Joaquina. Após obtermos consentimento demos continuidade a nossa conversa com o mesmo, buscando efetivar a interação.

Dados Sociais:

Joaquina, 46 anos de idade, sexo feminino, natural de Florianópolis - SC, aposentada, trabalhava como diarista, duas filhas, evangélica, casada. Estava acompanhada de seu esposo e de sua filha. Teve duas internações anteriores no HGCR para realizar a cirurgia, não obtendo sucesso. Realizou colonoscopia, seguido de quimioterapia e radioterapia, a não diminuição dos tumores, internou para realizar a cirurgia.

Dados Clínicos:

Diagnóstico médico de tumor de reto baixo. Apresentava-se no seu 1º dia de pós-operatório de amputação de reto via abdominoperineal.

1. Sistema Nervoso Central:

A senhora Joaquina encontrava-se orientada, comunicativa, com queixas de dor localizada na região lombar de média intensidade.

2. Sistema Tegumentar:

Ferida operatória incisiva, limpa, bordas aproximada, sem exsudato, localizada longitudinalmente no abdômen, supra e infra umbilical.

3. Sistema Respiratório

Apresentava-se corada. Respiratória (FR): 22 mrm, expandindo bilateralmente o tórax.

4. Sistema Cardíaco

Frequência Cardíaca (FC): 76 bpm, Frequência Temperatura axilar (Tax): 36° C, Pressão Arterial (PA): 120x70 mmHg. Perfusão periférica inferior que três segundos.

5. Sistema Digestório

Estava com dieta zero e relatando náuseas. Ruídos hidroaéreos presentes. Apresenta uma colostomia definitiva, localizada em hipocôndrio esquerdo, ostomia arredondada, 20 mm de diâmetro, protrusa, coloração da mucosa rósea, drenando muco intestinal em pequena quantidade. Colostomia não funcionante. Exteriorização do cólon descendente. Dreno de Penrose, eliminando média quantidade de conteúdo serosanguinolento.

6. Eliminações

Eliminações por sonda vesical de demora, amarelo citrino, com odor característico, amarelo citrino e ausência de depósitos, débito urinário de 1400 ml em 24 horas.

7. Segmentos

Possuía acesso venoso periférico em membro superior esquerdo para administração de medicação. Semi-dependente para o autocuidado.

Encontro Inicial:

Nosso primeiro encontro com a senhora Joaquina se deu quando a mesma estava desacordada, acompanhada de seu marido e a filha, os quais estavam bastante preocupados

e tensos. Apresentamo-nos aos familiares, explicamos que era normal ela estar sonolenta devida à anestesia.

Quando a senhora Joaquina acordou, pudemos conversar e apresentar o nosso trabalho e nos disponibilizar para os cuidados. Falou-nos que precisará bastante da nossa ajuda por nunca ter visto esse tipo de cirurgia. Relata que gosta de comer um pouco de tudo e evita alimentos gordurosos e doces e que seus exercícios físicos são relacionados ao trabalho de faxineira. Aproveitou para falar das suas dúvidas quanto à alimentação, as roupas que irá usar, demonstrando tristeza.

A: *O que a senhora mais tem dúvidas?*

Senhora Joaquina (Sra. J): *Não sei de nada, não sei trocar a bolsa e também se vou conseguir fazer isso ou não. A mulher me disse que era para eu pensar que é como uma dentadura, mas não é a mesma coisa. A dentadura substitui os dentes e isso é bem diferente. Ela disse que vou fazer cocô normal, que agora apenas vou precisar de uma bolsa.*

A: *Você poderá se adaptar muito bem. A senhora não vê pontos positivos?*

Sra. J: *O ponto positivo é que eu não tive escolha para outra alternativa. Algumas pessoas ficam com isso por dois ou três meses e voltam ao normal, mas eu não vou poder voltar, vou sempre ficar assim, para o resto da minha vida.*

A: *Vou te contar uma coisa. Existe um senhor que, ao contrário de você, teve a oportunidade de escolhas, mas não sabe se vai fazer a reconstrução ou não, porque ouviu os dois lados: aquela que fez a reconstrução e relata que não voltou ao normal e a outra que não fez, hoje leva uma vida tranqüila.*

Sra. J: *É incrível né?! Existe até grupo dessas pessoas. Antes de eu ficar assim, não sabia de ninguém que tinha e agora que estou, fiquei sabendo de várias pessoas com ostomia.*

A: *Está vendo?! A senhora estava preocupada com a roupa, com a percepção das pessoas, mas quantas já não passaram pela senhora e a senhora nem percebeu que elas tinham uma ostomia.*

Nas interações com a senhora Joaquina, pudemos relacionar com a fase que ela se encontrava com a dificuldade de aceitar o tratamento.

Peplau, citado por GEORGE (1993), afirma que é através do esclarecimento da definição em conjunto do problema que a pessoa consegue direcionar a energia acumulada pela ansiedade, gerada pela não satisfação de necessidades, para um tratamento mais construtivo do atual problema.

Identificação

Após a elaboramos os Diagnósticos de Enfermagem, e planejávamos as intervenções que julgávamos que implementariam o cuidado, segundo apresentado nos quadros a seguir:

<i>PROBLEMAS LEVANTADOS</i>	<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</i>	<i>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</i>	<i>JUSTIFICATIVA</i>
1. Acessos periféricos; Ferida operatória; Dreno de Penrose; Sonda vesical de demora;	Risco para a infecção relacionada ao local de invasão do organismo, secundário a cirurgia; acessos periféricos, dreno, sonda vesical de demora;	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar sinais vitais; • Observar as manifestações clínicas de infecção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar os sinais vitais permite identificarmos as alterações da vitalidade do paciente operado nos possibilitando promover intervenções • Evitar complicação por infecção observando as manifestações de infecção como, por exemplo, febre, urina turva, secreção purulenta.
2. Acessos periféricos; Ferida operatória; dreno de Penrose;	Integridade da pele prejudicada, caracterizada por rupturas do tecido tegumentar, relacionado ao tratamento a efeitos de irritantes mecânicos ou pressão, secundários a	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar curativo fechado na incisão; • realizar curativos abertos no local de inserção do dreno. • Observar a pele ao redor 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a recuperação do tecido e evitar infecção, ao impedir a entrada e proliferação de organismos. • Realizar curativos abertos no local da inserção do dreno para facilitar a drenagem e acelerar o processo de cicatrização.

	curativos e acessos periféricos;	da área afetada;	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a irritação da pele ao redor da área afetada para minimizar qualquer desconforto para o paciente.
3. Colostomia;	Risco para controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre o procedimento com a bolsa de ostomia, o cuidado com a pele periestomal e a incorporação do cuidado com a ostomia as atividades da vida diária;	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aprendizado da troca, limpeza e esvaziamento da bolsa de colostomia; • Explicar e discutir o processo da doença, o regime de tratamento, expectativas e efeitos colaterais; • Identificar os serviços comunitários necessários para dar prosseguimento ao atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> • A adaptação adequada é necessária para o uso bem sucedido do dispositivo. A manipulação é uma competência motora aprendida que exige prática e reforço repetitivo. • O esclarecimento sobre o processo da doença e sobre o seu regime terapêutico evita as compreensões errôneas e alivia a ansiedade. • Identificar os serviços comunitários através de informação das redes sociais que auxiliam na aprendizagem para prosseguimento ao atendimento.
4. Dúvidas quanto à vestimenta;	Distúrbio da Imagem Corporal caracterizado por	• Explorar alternativas realistas e proporcionar	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar que existem outras pessoas ostomizadas e que convivem muito bem com a

	preocupação com a mudança, relacionado às mudanças na aparência, secundária a perda de parte do corpo;	<p>encorajamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a olhar e tocar o local do estoma; 	<p>situação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar encorajamento e mostrar que existem alternativas de adequar o seu tipo de estoma a um acessório com a qual ela melhor se adapte. • Encorajar o paciente a olhar e tocar no local do estoma ajuda na obtenção de um auto-conceito positivo.
5. Relato de dor;	Dor caracterizado por relato de dor, relacionado o traumatismo tissular e espasmos da musculatura reflexa, secundários à cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicação analgésica prescrita; 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar a sensação de dor através da administração das medicações analgésicas
6. Não pratica exercícios físicos;	Atividades de Recreação deficiente caracterizado por não praticar exercícios físicos, relacionado à falta de motivação;	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular motivação, mostrando interesse e incentivando-o a partilhar sentimentos e experiências; 	<ul style="list-style-type: none"> • A expressão livre dos sentimentos permite ao paciente a oportunidade para verbalizar os sentimentos e experiências. Estas expressas podem ser terapeuticamente abordadas, minimizando a falta de motivação.

<p>7. Semi-dependente para o autocuidado;</p>	<p>Síndrome do déficit no autocuidado, caracterizado por dificuldade de alimentar-se, banhar-se e vestir-se, relacionado procedimento cirúrgico, a certos equipamentos externos (endovenosos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar escolhas e solicitar as preferências; • Promover e estimular a participação em cada atividade de autocuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> • As escolhas e preferências do paciente expressada ajudam o profissional de saúde a desenvolver seu plano de cuidado de maneira mais fácil e de forma mais prazerosa para ambos. • Promover e estimular a participação em cada atividade ajuda o paciente a se tornar um participante ativo do procedimento.
---	--	---	--

Exploração

Para auxiliar na leitura numeramos as ações da exploração/ implementação de acordo com os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem apresentados acima.

1. Antes de quaisquer procedimentos em que realizássemos com a paciente, fazíamos a lavagem das mãos e usamos luvas de procedimentos e materiais esterilizados para realização de curativos, obedecendo assim às precauções universais contra as infecções. Ficamos atentas para quaisquer sinais de infecção, como hiperemia, sangramento, edema, instabilidade da temperatura e controle dos sinais vitais.

2. Fizemos a limpeza da ferida operatória, cobrindo a área com curativo permeável a umidade. Analisamos que a cicatrização ocorre por primeira intenção, pois houve perda mínima de tecido, ausência de sinais infecciosos, ausência de drenagem e edema, que resultará em lesão quase imperceptível. Observamos também o local da punção venosa a fim de procurar complicações potenciais, como flebite, hematoma, infecção local e infiltração.

3. Fizemos a troca da bolsa de colostomia com a participação do seu marido e da sua filha, mostrando todos os passos necessários para uma limpeza eficaz, e para que todos aprendessem. Informamos alguns dos cuidados pertinentes à ostomia, dando ênfase a atenção com a pele, evitar trocar a bolsa constantemente a fim de provocar menos lesões na pele. Falamos sobre a existência de Grupos de Convivência, no qual eles trocam experiências com relação à ostomia, sentimentos, adaptação, estilo de vida, alimentação, entre outros, e a documentação necessária para o cadastro na Associação de Ostomizados para a captação das bolsas de colostomia. Relatando que assim que estivesse “boa” iria participar do grupo. Esta reação de Joaquina mostra que ela está precisando de um tempo para empreender mudanças em seu estilo de vida. E é prevista mesmo, na fase da exploração quando a pessoa começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados e ganha controle sobre a situação, apresentando autodeterminação.

4. Percebemos que a senhora Joaquina apresentava-se aflita com relação ao significado da sua perda de parte do corpo, enfatizando que não saberia quais vestimentas usar quando fosse sair de casa ou para algum evento importante. Encorajamo-la dizendo que a bolsa poderia ser dobrada por baixo da calça. Falamos da possibilidade dela usar posteriormente um dispositivo chamado oclisor quando realizasse a irrigação, porém, a irrigação deve ser indicada pelo médico e passar por um treinamento com a enfermeira estomateurapeuta.

5. A senhora Joaquina nos relatou sentir dor na região abdominal, portanto analisamos que devido ao ter recém realizado a cirurgia sentiria essas dores eram normais, mas resolvemos administrar analgesia para amenizar sua dor, aliviando posteriormente.

6. Quando a senhora Joaquina nos relatou que não praticava exercícios físicos, somente quando trabalhava, falamos da importância de fazer exercícios como rotina em sua vida, com a intenção de proporcionar momentos de cuidado com seu corpo e sua mente.

7. Exploramos suas preferências com relação ao que gostava de alimentar-se e com relação ao horário do banho. Também a estimulamos a participar da troca da bolsa, como olhar, conhecer os dispositivos. E a movimentar-se no leito e fora dele a fim de promover o retorno do peristaltismo intestinal. Orientamos sobre a dieta alimentar e seus benefícios, no hospital e após a alta hospitalar. Entregamos um folder (ANEXO II) elaborado pela Enfermeira Ana Filipa Cascais sobre alimentos que podem ser ingeridos e alimentos que devem ser evitados para pessoas que fazem uso de bolsa de colostomia, como diarreia e flatulência, a fim de proporcionar melhor conforto e estimular o peristaltismo intestinal.

Solução

O término da nossa Prática Assistencial com a senhora Joaquina se deu no oitavo dia de pós-operatório quando foi o último dia em que nos encontramos. Achamos necessário marcar visitas domiciliares com ela, pois a mesma relatou que precisava de orientações e que não queria ficar sozinha.

Nas visitas domiciliares que realizamos com a senhora Joaquina, pudemos perceber a evolução do aprendizado do autocuidado. A sua filha estava sempre presente, auxiliando-a e interessada em proporcionar melhor conforto.

A senhora Joaquina comentou que estava em processo de aposentadoria e que teria mais tempo para cuidar de sua alimentação e de realizar atividades físicas, como caminhadas. Não sentia mais dores e que estava aprendendo gradualmente a fazer as trocas das bolsas, pois sua filha que realizava a troca. Percebemos que na última visita a senhora Joaquina estava mais confiante e segura para fazer a limpeza e a troca. Estava fazendo as caminhadas como havia mencionado na primeira visita e que agora já saía de casa para lugares públicos, como festas, passeios e compromissos diários.

Finalmente, falamos que na próxima vez nosso encontro se daria no Grupo de Convivência, pois ela relatou que já começaria a participar.

Objetivo II - Prestar assistência de Enfermagem a pessoa, família e comunidade, sob aspecto bio-psico-socio-cultural na visita domiciliária;

Algumas visitas domiciliárias que realizamos pelo fato de a fase de *Solução* do processo de cuidado no hospital, não terem sido atingidas com sucesso junto a alguns dos pacientes, como já apontado em determinados processos. Por meio da visita domiciliária, desejávamos acompanhar a evolução do tratamento destas pessoas ostomizadas.

Entretanto, realizamos outras visitas a pessoas que já freqüentavam o Grupo de Convivência. Objetivávamos, com estas visitas, aprofundar, trocar e sedimentar os conhecimentos referentes às necessidades das pessoas ostomizadas e familiares.

Tínhamos o consentimento das pessoas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) de cada uma das doze visitas domiciliárias que realizamos.

As visitas que efetivamos, eram planejadas, a partir de um roteiro de ações de Enfermagem constituindo as fases dispostas abaixo:

➤ Levantamento das necessidades: para nosso trabalho foi identificada a necessidade de aprofundar, trocar e sedimentar conhecimento pertinente a ostomia;

➤ Planejamento: realizamos o roteiro (APÊNDICE II) composto por um questionário para entrevistar a pessoa e seus familiares;

➤ Seleção de visitas – estipulamos um tempo adequado para a duração da visita, em acordo com o horário previamente combinado com a pessoa; e elaboramos estratégias de como chegar ao local de moradia da pessoa;

➤ Coleta de dados – previamente coletamos dados sobre o histórico social da pessoa, identificamos dificuldades e estabelecemos objetivos para guiar nosso planejamento;

➤ Revisão de conhecimento – revisamos os temas pertinentes a ostomia para possíveis questionamentos e esclarecimentos;

➤ Preparo do material – preparamos o material a ser utilizado na visita, como folder educativo referente ao tema;

A seguir passamos então a relatar uma das visitas realizadas com as pessoas do Grupo de Convivência, dentro do modelo teórico de Peplau.

Santinho

Orientação

Após obtermos o consentimento marcávamos a data da visita e ainda ligávamos com antecedência de um dia pelo menos a fim de nos certificarmos da possibilidade de realização da visita domiciliária. Tendo em mente os objetivos da visita chegamos a sua residência da paciente, e o encontramos acompanhado de seus familiares. Após sermos recebidas por seu esposo, com quem havíamos marcado a visita, a Santinho nos falou que estava muito feliz por estarmos em sua casa.

Após as apresentações e a explicação da nossa proposta, fizemos a identificação dela, conforme o nosso roteiro. (APÊNDICE II).

Santinho, 55 anos de idade, sexo feminino, casada, três filhos, nascida em 18 de junho de 1952, católica, natural de Florianópolis, reside no bairro Santa Mônica, aposentada, trabalhava como bibliotecária de um colégio particular.

Ela nos relatou ter realizado cirurgia para extirpação de tumor de reto há seis meses. Desde então, a cada 21 dias faz quimioterapia. Confessou-nos que quando realizou a cirurgia não sabia que seria definitiva. Mas, lembra que pensou: se eu tenho um limão? Por que então não fazer uma “limonada docinha”?

Pedimos para olhar seu estoma e verificamos que o mesmo apresentava 20 mm de comprimento, apresentava-se de forma ovalada, definitiva e ficava localizada no lado esquerdo do abdômen. Informou-nos que tinha dúvidas sobre como usar a presilha flexível, pois sentia se um pouco insegura e tinha medo que com ela extravasasse líquido. Falou que não usava carvão ativado, pois manchava sua roupa e que costumava limpar a bolsa de colostomia em média de 4 a 5 vezes ao dia. Também nos contou que quando saía em lugares públicos fazia a limpeza utilizando uma garrafa que serve como spray, o que ela enchia de água e um sabão líquido e limpava a bolsa por dentro.

Identificação:

Esta fase se deve ao fato das pessoas que estão com algum problema ou deficiência de saúde, comecem a agir em acordo com aquelas pessoas que lhes

apresentam determinadas soluções e que consigam satisfazer suas necessidades. Assim, passamos analisar a capacidade de Santinho lidar com seus problemas pessoais.

A senhora Santinho, falou um pouco da sua história. Relatou inicialmente que sentia dores no abdômen e por isso foi consultar um médico, descobrindo que tinha tumor cancerígeno. Após sua cirurgia em hospital particular, sentiu que foi bem acolhida pelos profissionais, exemplificando na seguinte fala: “inicialmente estava com medo de realizar os cuidados, foi quando a enfermeira veio e limpou com o chuveirinho, fez tudo e eu perdi um pouco do meu medo”.

Porém no começo ainda estava muito mal psicologicamente, paralelo a essa situação, descobriu que tinha hipertireoidismo, atualmente tratada, explica que era o motivo da sua dificuldade de engordar, e nos conta que: “Eu era o tipo de pessoa que queria fazer tudo, jamais queria que alguém fizesse as coisas por mim, imagina como eu fiquei não podendo cuidar de mim, me olhava gorda no espelho, porque após o tratamento e a quimioterapia a gente engorda muito, fiquei depressiva”. Refere que foi preciso tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico, e que agora ela não era mais preciso, pois acredita que agora encontrou a forma de caminhar sozinha.

Relatou que inicialmente seu médico dizia que não podia deixar de comer, devido à baixa na imunidade, causada pela quimioterapia, mas ela não queria engordar. Após um tempo em silêncio, continuou relatando o quanto sua família havia lhe apoiado, o seu marido não a deixava ficar sem comer e sempre comprava frutas, legumes e cozinhava. Relata que: “quase sempre é ele quem cozinha e agora que eu estou melhor, quero manter esse peso, assim está bom, quero estar recuperada logo e não quero mais ser como antes”.

Contou-nos que os primeiros cuidados domiciliares foram realizados com a ajuda do seu esposo.

Hoje faz todos os seus cuidados sozinha, e se sente apoiada em todos os sentidos, psicológico, biológico, financeiro e principalmente familiar. Nos fala orgulhosa que tem uma neta linda e mostra consciência e sente não poder pegar ela no colo, entretanto, refere que seu pior aprendizado foi ter que depender de outros nos primeiros momentos, pois sempre gostou de ser independente.

Exploração:

Fase em que a pessoa se torna ativa, participativa e confiante, indo à busca dos serviços disponíveis para seu bem estar.

Disse que usa bolsa coletora drenável de uma peça. Relatou ter preferência por uma marca e que nem sempre está disponível na Policlínica, local de captação das bolsas de ostomia. Mas que quando isso acontece, ela compra.

Falamos sobre sua alimentação, a qual nos relatou que faz várias refeições ao dia em pequena quantidade e que evita comer alimentos ricos em gordura e doces. Tem preferência por alimentos com fibras. E que não sente nenhum desconforto referente à alimentação. Ingere em média dois litros de água por dia, incluindo chás, sucos e café.

Sobre o Grupo de Convivência, relatou-nos que adora frequentar, pois lá conversa com outras pessoas que estão na mesma situação, trocando conhecimentos e que as enfermeiras e outros profissionais presentes esclarecem dúvidas e os ajudam muito. Disse que as reuniões que frequentou, mesmo com a saúde fragilizada, ajudaram-na a se adaptar a situação. A sala sempre cheia deixava-a surpresa com o número de pessoas que também passam por isso. Quando fazia quimioterapia, por causa da sensibilidade que tinha a luz e ao frio seu esposo ia em seu lugar à reunião, passando as informações para ela depois.

Solução:

Justificamos sua sensibilidade à luz, aos leitores desse trabalho, explicando que os quimioterápicos apresentam agentes altamente tóxicos, estes agem sobre as células em divisão na pele, uma vez que a taxa de renovação celular da pele é alta, o que deixa os tecidos vulneráveis à ação da quimioterapia, produzindo uma variedade de mudanças e possibilitando também reativar viroses latentes. Dentre as alterações frequentemente observadas temos alterações de textura, cor, reações de hipersensibilidade e alterações na sensibilidade. As reações de fotossensibilidade tornam a pessoa vulnerável à exposição aos raios solares, com possibilidade de desenvolver queimaduras graves. Ocorre com mais frequência alguns dias após a infusão do agente (SILVA A. et al, 2007).

Tendo por objetivo avaliar o plano de visitas, as observações e as ações educativas ou curativas, e também os pontos positivos e negativos da visita, verificamos que as prioridades foram atendidas e percebemos que a família evoluiu na resolução de seus problemas.

Esta fase consiste nos comportamentos finais esperados e estabelecidos, os quais possam conduzir à finalização ou início de novos planos para os cuidados de Enfermagem.

Ao analisar o seu estado de saúde, as observações foram positivas, visto sua segurança e sua auto-estima, com sorrisos espontâneos nas falas e estabelecimento de

prioridades na sua vida. Vimos que seu hipertireoidismo já foi tratado e aguarda terminar as quimioterapias para poder ir aos Grupos de Convivências. Hoje a senhora Santinho vive adaptada a essa condição. O apoio da família, principalmente de seu marido foi fundamental no processo de aceitação de sua condição atual.

Por fim, percebemos que esta pessoa é esclarecida sobre seu tratamento e prognóstico, tirando pontos positivos e podendo trocar relatos de sua vivencia para ajudar o próximo.

Objetivo III - Aprofundar, trocar e sedimentar os conhecimentos referentes às necessidades das pessoas ostomizadas e familiares;

A nossa participação nos Grupos de Convivência ocorreu nas reuniões realizadas nos meses de março, abril, maio e junho/ 2007. Elas ocorrem todas as primeiras terças-feiras de todo mês. Totalizando quatro participações.

O grupo foi indicado a todas as pessoas que cuidamos, porém nenhum deles chegou a ir nesses encontros, apesar do nosso incentivo com ligações no mês de maio e junho, eles não compareceram tanto por medo de locomoção assim como, por ainda estarem se reconstituindo psicologicamente. Porém, recebemos a informação de que na reunião de julho um deles foi pela primeira vez ao Grupo, falando do apoio emocional e da ajuda que lhe fornecemos.

Tínhamos por objetivo trocar e sedimentar os conhecimentos referentes às necessidades das pessoas ostomizadas e familiares. Por considerarmos também uma forma de dar continuidade dos cuidados de Enfermagem sob a forma de orientações, trocas de experiência e ajuda mútua, passávamos as informações sobre o grupo aos pacientes que cuidamos. Visto que a Enfermagem sente a necessidade de manter o vínculo com o ser humano em condição crônica, para estar lhe acompanhando continuamente e colaborando para o seu bem estar.

Como membros do GAO e juntas aos integrantes deste Grupo, vimos que a continuidade dele estava instável, sendo sentida pelos próprios participantes, evidenciado pela instabilidade do local e da composição da equipe de líderes do Programa de Assistência a Pessoa Ostomizada. Logo sentimos a necessidade nos movimentar por esse grupo, porém percebemos que o GAO também apresentava um plano de ação, ao qual nos aliamos, visto que esse grupo segue sua abordagem participativa, baseada em Paulo Freire

e Vygotsky para educação em saúde. Resolvemos, portanto, adotar o objetivo descrito no Projeto de Extensão – 2007, que na íntegra, é “Promover assistência à saúde das pessoas ostomizadas e seus familiares por meio de Grupos de Convivência”.

Dentre as estratégias descritas pelos integrantes do GAO no projeto, a primeira era elaborar, apresentar e votar na reunião de abril com os participantes a proposta de articular dois grupos. Um com pessoas recém ostomizadas e outro com pessoas ostomizadas há mais tempo. Estratégia que até o momento não foi possível realizar devido à flutuação do número de participantes e a variabilidade, pois, ora o número maior é das pessoas recém ostomizadas e ora daquelas com maior vivência já nesta condição, o que tem dificultado a formação dos grupos. Entretanto, acreditamos que com a estabilidade atual do local, seja possível viabilizar, mesmo que inicialmente um grupo ou outro fique pequeno. Contudo, julgamos que a abordagem daquele que está iniciando a sua vivência, necessariamente deva ser diferente daquele que frequenta há mais tempo, a fim de que esta participação seja efetiva para as diferentes pessoas.

Outra dificuldade por nós identificada foi o número reduzido de profissionais para a condução das reuniões desde sua organização, ou nas atividades durante a mesma como: distribuição de cronograma, solicitação do consentimento livre-esclarecido, registro e transcrição de depoimentos, da frequência e mesmo o fotográfico. Os poucos profissionais e voluntários atuantes sentem-se sobrecarregados.

Entretanto, o GV representou para nós uma fonte de sensibilização e conhecimento real. Pois nele, a partir do conhecimento empírico trocado com as pessoas ostomizadas e seus familiares, desenvolvemos nosso conhecimento técnico-científico na busca de maior bem estar para estas mesmas pessoas.

As reuniões são planejadas com antecedência nas reuniões do GAO, com a flexibilidade de mudanças no percurso, pois se trata de uma reunião construída por todos os participantes. Vimos que muitas dúvidas são comuns a muitas pessoas, porém elas participam mais como ouvintes, principalmente aqueles que recém realizaram a cirurgia. Algumas ainda, com a intenção de adquirir informações importantes para si, muitas vezes esquecendo seus papéis de construtores de novas artes, fornecedores de informações e de vivências, nessa fase inicial, elas ainda se encontram identificando suas próprias necessidades. Outros querem contar seus momentos de dificuldades, esperando receber apoio emocional e profissional. Mas, para alguns o ponto forte dessas reuniões é poder rever as pessoas com quem se sentem identificadas.

Mas, como acadêmicas, percebemos também nossa responsabilidade nessas atitudes consideradas passivas. Muitas vezes queremos que as dúvidas fluam rapidamente, e que as trocas aconteçam, esperando ações que evidenciem o efeito de nosso cuidado, rejeitando alguns momentos como troca de afeto, respeito e reconhecimento. Apontando a necessidade de praticarmos mais o nosso Marco Teórico.

Considerando o grupo uma ferramenta de representatividade, ele é importante para a aquisição de mudanças sociais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas ostomizadas. Coordenar um grupo como este exige responsabilidade, interesse e organização, para que reais mudanças sejam viabilizadas em prol dos usuários dos serviços de saúde participantes.

Relatos da participação no Grupo de Convivência

Para os relatos dos participantes do GV, decidimos por chamá-los por nomes de rios, preservando assim sua identidade e garantindo o anonimato.

Dia 06/03/07 – Grupo de Convivência – Policlínica – 14h – 17h

1º Momento:

- Cada participante da reunião se apresentava falando seu nome, ocupação ou profissão, estudante, familiar ou ostomizado (este último falava seu tempo de ostomia).
- Trinta pessoas estavam presentes no encontro (representando empresa, profissionais da saúde, estudantes familiares, ostomizados,) para três deles esta era a primeira participação.
- Foi feita a notificação do andamento da mudança do local do Programa de Assistência as Pessoas Ostomizadas, inclusive das reuniões do GV;
- Comunicado aos participantes que algumas falas são usadas em trabalhos de pesquisa para reafirmar o que pesquisadores mostram tecnicamente aos profissionais da saúde com vistas a melhorar a assistência a eles prestada.

2º Momento:

Objetivos da reunião:

- Falar sobre a Portaria 002, atendimento pelo SUS, site da ABRASO, capacitação, site da associação brasileira de ostomizados, grupo multidisciplinar;

3º Momento:

- Apresentação do material de uma empresa por uma enfermeira estomaterapeuta;

4º Momento:

- Lanche e encerramento

Dia 03/04/07 – Policlínica – 14h – 17h

1º Momento:

- Cada participante da reunião se apresentava falando seu nome, ocupação ou profissão, estudante, familiar ou ostomizado (este último falava seu tempo de ostomia).
- Havia 15 pessoas presentes no encontro (familiares, ostomizados, empresa, profissionais da saúde e estudantes).

Durante a reunião uma participante, usando a palavra fez um desabafo, sobre a vivência relacionada à situação de seu marido, uma pessoa ostomizada:

(...) agora vai ser referência no país?! Não vai ser... não adianta que não vai ser! O médico deu a requisição para o meu marido no hospital para fazer exames, mas eu não consegui fazer. Eles simplesmente colocaram o nome na lista e depois te mandam para casa. O médico disse que ele não precisa mais dessa bolsa, ele não precisa mais ficar usando essa bolsa, mas não dá para fazer essa cirurgia porque ele não tem esses exames. Eu to aqui pedindo pelo amor de Deus para alguém fazer esse exame no meu marido, porque eu não posso pagar, eu faço faxina, essa é minha realidade (...). A única coisa que eu quero é salvar meu marido, é só colocar a bolsa dele no lugar. Eu voltei para o hospital e me disse quem é que é seu marido? (...) “Disse que eu quero uma nutricionista, uma psicóloga para o meu marido, e me disseram que é só entrando na fila” (Itajaí-Açu).

Este relato mostra que nem todos os profissionais estão preparados para atuarem de forma interdisciplinar. Com isso desconhecem informações corretas, podendo gerar maior tensão familiar. Sabemos que filas em alguns hospitais e em unidades locais de saúde são crescentes, levando o cidadão a sentir-se cada vez mais desamparado. Daí a importância de profissionais da saúde estar inteirados e articulados às redes existentes, a fim de fornecer o itinerário real dos cenários dos serviços de saúde às pessoas, ofertando não só o suporte de que o usuário necessita, mas também facilitando um planejamento responsável do trabalho dos profissionais

Eu não posso reclamar desse lugar porque são, casos e casos, lá eu fui muito bem atendida, eu graças a Deus até hoje em todo lugar que eu vou eu sou bem atendida. Porque se não, eu falo, falo mesmo. Tem que bater a perna, quando eu precisei do médico me disseram que ele não podia me atender, eu não quis saber fiquei lá até ele me atender, a gente está pagando, não é de graça! Assim ele me encaixou e eu fui atendida. Como a minha carterinha de deficiência, eu fui quatro vezes arrumar essa carterinha e não conseguia. Fui com minha amiga para conseguir para os outros. Quando eu fiz a colostomia, eu não sabia de nada, eu não sabia que tinha médico, eu não sabia que tinha psicóloga. Ai o que eu fiz?! Vim aqui e me disseram: - A senhora é colostomizada, não precisa pagar ônibus, pode fazer a carterinha de deficiência! E eu consegui, agora por que algumas pessoas vêm aqui não conseguem? A maior parte não tem. Falam bonito sim, mas a gente não tem nada que a gente possa dizer: “A nossa associação tem!” (Tubarão)

Diante dessa fala, notamos que algumas pessoas já persistem na busca de seus direitos. Todavia, infelizmente ocorre frequentemente que elas têm de esperar mais do que desejavam.

Cada pessoa age de forma diferente, com o tempo tornam-se mais independentes para encontrar sua solução. Percebemos a sua identificação de um problema comum, além da preocupação com aqueles que a pessoa ostomizada se identifica, ressaltando a importância desse grupo

Foi explicado para Itajaí-Açu, pela Enfermeira da Emergência deste hospital, que existe uma lista de espera e conforme prioridade as pessoas são chamadas respeitando a urgência.

E os médicos sabem da urgência ou não.

Itajaí-Açu se retirou do local e levando outros participantes tecer sobre sua atitude com comentários como:

Você vem para a associação para aprender alguma coisa, mas ela não queria ouvir... (Araranguá)

Talvez ela não esteja entendendo o que está acontecendo com o seu marido.
(Tijucas)

2º Momento:

Objetivos da Reunião;

- Levantar as necessidades do grupo através da Tempestade de Idéias: “o que cada um espera do grupo”.

Esses objetivos foram adiados devido a situação trabalhada no percurso da reunião.

3º Momento:

- Foi aplicada uma técnica de relaxamento para as todas as pessoas presentes na reunião. Colocada uma música ambiente calma visando proporcionar momentos de reflexão. Uma de nós estava guiando os participantes, ensinando técnicas de respiração profunda. Falando palavras que permitissem às pessoas refletirem sobre a família, a vida, as tarefas diárias, seus amores, amigos, lugares que gostariam de estar, o que gostariam de fazer de agora em diante (APÊNDICE III). Após terminar esse relaxamento, todos os participantes relataram como se sentiram, o que pensaram, e se foi bom ou não. Alguns deles assim se expressaram:

(...) parece que saí do meu corpo e estava em um lugar claro, arejado e com minha família (Itapocu).

eu pensei no meu namorado, que esta longe e eu estou com saudades (Pelotas).

(...) que delícia, me senti leve, parece que nem sei respirar direito, foi muito bom (Canoas).

O relaxamento proporciona bem estar não só físico, mas mental, pois é um momento de encontro da pessoa com ela mesma, em que busca alcançar o equilíbrio, saúde e integração com sua essência, que em nosso cotidiano não damos o devido valor.

4º Momento:

- Lanche e encerramento

Dia 08/05/07 – Terça feira – Auditório do Hospital Universitário - 14h – 17h

1º momento:

Apresentação através da dinâmica “teia de aranha” – cada um vai passando o novelo de lã e quem estiver com o novelo deve se apresentar.

Vendo o emaranhado que o fio de lã formou durante essa apresentação, um dos participantes nos contou uma estória, para refletir sobre a importância que cada um representa pra si independentemente de sua classe, cor e raça.

“E sabe que essa teia aqui de aranha me lembrou uma coisa...

Vocês conhecem a estorinha do Ratinho? Conhecem ou não? Então eu vou contar...

Lá em uma fazenda gaúcha, lá pra aquele interior... Gaupéres foi ao galpão, viu um pacote lá... Tinha um ratinho espiando, no pacote tinha uma ratoeira... o Ratinho saiu correndo: - eu vou avisar os outros - chegou lá e disse: Dona Galinha? Oi senhor Rato. Tem uma ratoeira lá no faiol! Mas o que eu tenho a ver com isso Ratinho? O problema é seu... Tá bom, eu vou avisar outro! Foi lá e avisou o seu Porco: senhor Porco, lá no faiol tem uma ratoeira! Mas o que eu posso fazer cara? Eu só vim te avisar! O problema é teu... Então tá, eu vim avisar! Dona Vaca tem uma ratoeira lá no faiol! Mas o que eu posso fazer Rato? Eu só vim te avisar! O problema é teu! Nisso ele viu a dona da fazenda indo lá no faiol para dar uma olhada e quando ouviu um Tec. Foi ver o que tinha acontecido e pensou: mas o que aconteceu? Não fui eu, pois estou aqui! A ratoeira tinha pegado uma cobra e casualmente a dona foi ver o que tinha acontecido e a cobra acabou mordendo ela. A dona foi parar no hospital, e tratamento vai indo, vai melhorando e aí ela foi pra casa! O Gaúcho sabe, não sabe? O que é bom pra dar quando a pessoas esta mal? O que eu vou fazer, vou fazer uma “canjinha”! O pessoal veio visitar a coitada e acabou tendo que matar o porco para dar para os vizinhos... a mulher piorou, foi piorando e morreu... o que aconteceu? “Os parentes e mais os vizinhos vieram para o enterro e aí mataram a vaca para eles comerem”.

Ninguém entendeu? Então quer dizer o seguinte: olhei esse emaranhado aqui e me lembrei, quando tiver uma ratoeira armada na tua casa, não é problema só teu é de todos nós aqui, enquanto nós estivermos emaranhados assim o negócio dá força... largou disso meu amigo... e o ratinho continua vivo...” (Iguaçu)

- O único que sobreviveu! (Chapecó) (risos)

- Mas ele avisou né? (Peixe) (risos)

- Ninguém quis ouvir né? (Paraná) (risos)

Que dizer que enquanto nós estivermos assim emaranhados, tudo juntos, nós teremos condições cada vez mais, né?!”(Iguaçu)

Essa estória levou as pessoas pensarem positivamente sobre a sua interdependência e a importância da sobrevivência do grupo independente de quem o estiver coordenando ou aonde ele ocorrerá. A percepção do desse participante, que há anos contribui como convidado de aulas, é um exemplo de aceitação.

2º momento:

Acolhimento: trabalhada a dificuldade em chegar ao Hospital Universitário, novo local do GV. Suas vantagens e desvantagens.

3º momento:

Objetivos da reunião: Retomar o levantamento das necessidades

- Tipos de ostomia e tipos de dispositivos (apresentação do material disponível no PAO, incluindo bolsas, protetores cutâneos e outros dispositivos):
- Nutrição (incluindo crianças com cerca de um ano, e os cuidados com a alimentação, quando ocorre diarreia);
- Cuidados com ostomia;
- Questões políticas
- Sexualidade e as mudanças corporais (questão levantada por uma profissional de saúde).

4º momento:

Alguns participantes da reunião sugeriram fazer um único grupo. Contudo, as pessoas presentes no momento desta discussão, eram pessoas ostomizadas há cerca de três anos no máximo. As pessoas ostomizadas há mais tempo já tinham se retirado.

Outra sugestão feita pelo grupo foi de que no futuro, quando a distribuição das bolsas passarem para o HU, que a entrega da bolsa seja feita no mesmo dia da reunião.

A reunião encerrou-se com a definição do local da próxima reunião.

Dia 05/06/07 – Grêmio do Hospital Universitário - 14h – 17h

1º Momento:

- Cada participante da reunião se apresentava falando seu nome, ocupação ou profissão, estudante, familiar ou ostomizado (este último falava seu tempo de ostomia).

- Havia 32 pessoas presentes no encontro (familiares, ostomizados, empresa, profissionais da saúde e estudantes).

2º Momento:

Objetivo da Reunião:

- Falar sobre o Ser Humano no contexto bio-psico-social;
- Revisão de Anatomia do Sistema Gastrointestinal;
- Falar sobre os dispositivos;

3º Momento:

Uma de nós, falou sobre o Ser Humano no contexto bio-psico-social, os sentimentos das pessoas, a etapa de enfrentamento da doença, a importância da presença dos familiares durante essa fase e a importância da interação do ser humano com as pessoas dentro da sociedade. Com o auxílio de um boneco discorreu sobre a anatomia humana e posteriormente falou dos sistemas que compõem o nosso corpo, dando ênfase para o sistema gastrointestinal. Algumas pessoas interagiram e concordavam com as exposições da acadêmica:

Ac: Agora vou falar sobre as partes do sistema digestório, alguém sabe por onde ele inicia?

Inicia pela boca, né? (Parapanema)

Logo após, outra de nós falou sobre a fisiologia do sistema digestório, falou de alguns alimentos necessários para auxiliar a motilidade intestinal, algumas pessoas apresentaram dúvidas com relação à alimentação.

Por que sempre que eu como feijão me dá muito gases? (Paranaíba)

O feijão, o leite e o pão causam gases. O feijão porque apresenta uma substância que o nosso organismo não digere, produzindo gases, assim como as pessoas que apresentam intolerância a lactose, açúcar do leite ou pouca enzima para a digestão deste açúcar, o mesmo ocorre com quem come pão em excesso, levando a produção de gases pelas bactérias presentes no nosso intestino levando a produção de gases. (Acadêmica)

Existe algum alimento que a gente não pode comer?(Parapanema)

Eu sempre comi de tudo... (Tietê)

Eu não sabia que comendo fibras junto com líquido melhoraria a função do meu intestino.(Solimões)

Em continuidade ao que foi exposta, a acadêmica ainda falou sobre os tipos de ostomia e sua localização. E como era a consistência dos fluídos ejetados.

Em seguida, as enfermeiras estomaterapeutas falaram sobre os dispositivos e acessórios para as pessoas estarem utilizando. Houve, portanto, um entrosamento muito grande nessa hora, todos colocaram seu ponto de vista e o que achavam sobre os dispositivos oferecidos pelo governo.

Objetivo IV - Identificar as alterações causadas no modo de vida vivenciado por uma pessoa com ostomia e seus familiares;

Ao realizarmos os cuidados durante a nossa prática, salientamos algumas orientações de Enfermagem que são relevantes às pessoas ostomizadas.

Sendo mais importantes os aspectos emocionais, que alteram a auto-imagem; o exercício físico, atividades laborais, alimentação, vestuário e cuidados pertinentes ao estoma.

O problema mais relevante foi a alteração da auto-imagem, causando transformações reais e sentidas pela pessoa. Causando-lhe medo do julgamento da família e mesmo da sociedade. Muitos dos cuidados ofertados por nós tinham a participação do familiar, e muitas vezes os familiares contribuíram para a inicial aceitação dessa nova condição, como pode-se observar na fala a seguir:

Tive grande apoio da minha esposa e da minha filhinha, que falava “Papai, eu te amo, volta logo para casa”, isso me fez ter vontade de lutar para voltar. (Ponta das Canas)

Esta manifestação de afeto encorajou-o a enfrentar os obstáculos, como as mudanças nos seus hábitos de vida, comprovando nossa visão de que a família facilita o processo de aceitação e suporte da pessoa ostomizada.

Muitos dos problemas que eles apontavam eram comuns a vários participantes, exemplificados nessas falas relativas à auto-imagem:

Algumas pessoas ficam com isso por dois ou três meses e voltam ao normal, mas eu não vou poder voltar, vou sempre ficar assim para o resto da minha vida. (Joaquina)

Estou feliz por estar livre da doença, podem colocar o ostoma onde quiserem menos na minha cabeça. (Campeche).

O exercício físico também era um fator que eles tinham dúvidas da sua importância e consideravam nesse momento prejudicial. Então falamos sobre os exercícios físicos que como qualquer indivíduo, o ostomizado pode e deve praticar atividades físicas. Não deverá escolher modalidades mais violentas como, por exemplo, o boxe, judô, karatê, mas esportes tais como: ciclismo, natação, atletismo, tênis, ginástica de manutenção, são recomendados. Qualquer esporte ou atividade física que implique em grande esforço abdominal está contra-indicado. Observemos abaixo algumas de suas dúvidas:

Açores: *Mas eu vou poder fazer exercícios?*

Acadêmicas: *Vai, o senhor não vai poder fazer atividades muito pesadas, como levantar peso, mas uma caminhadasim... Vai poder e vai até ajudar na digestão e no seu bem estar.*

Esposa Açores: *Agora vamos caminhar juntos!...*

Também falamos sobre atividade laboral, que está relacionada com seu trabalho. A maioria dos pacientes ostomizados volta a fazer quase tudo como antes da cirurgia. Porém, alguns acabam tendo que se aposentar ou parar de trabalhar pela sua invalidez. Logo que completamente restabelecido, o ostomizado deve retomar ao seu emprego normalmente, salvo nos casos em que o esforço físico é incompatível com a situação de ostomizado (FERNANDES, 2001). Como acadêmicas devemos estar preparadas para orientar, não somente essas pessoas, mas também a sociedade, no sentido de não marginalizar esses cidadãos que continuam ativos e produtivos.

A volta ao trabalho, muitas vezes se tornava dificultosa conforme mostra o depoimento a seguir:

Trabalho como diarista, não tenho condições de continuar a trabalhar tão pesado. (Joaquina)

Com relação à alimentação demonstrávamos aos pacientes a pirâmide alimentar (ANEXO III), líamos com eles algumas recomendações dietéticas fornecidas pelo site da ABRASO (< www.abraso.org.br >) realizado pelo Association of Perioperative Registered Nurses – AORN, os quais seguem abaixo:

1. Para diminuição de gases:

- Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- Evitar falar durante as refeições;
- Não fumar nem mascar chiclete;
- Evitar alimentos que produzem gases tais como: bebidas alcoólicas, refrigerantes, feijão, ervilha, cebola, alho, doces em geral, frituras, cebolinha, milho, maçã, melão, abacate e melancia.

2. Para diminuição do odor, ou seja, cheiro nas fezes:

- Evitar os seguintes alimentos: peixe, carne em conserva, cebola crua, alho cru, couve-flor, repolho, ovo cozido, condimentos (cominho, orégano). Estes alimentos só deverão ser evitados quando a pessoa estiver em atividades sociais (casamentos, festas, etc.);
- Alimentos que não produzem odor desagradável: maçã, pêsego, pêra, coalhada, chá (salsinha, salsão e hortelã).

3. Como deve ser a dieta para o paciente ostomizado?

- Os pacientes devem seguir a sua dieta normal trazendo restrições somente para os alimentos que lhes causem problemas;
- Colocar sal de cozinha normal em torno de 7g dia;
- Consumo de água normal - 2 litros/dia;
- Ingerir frutas ricas em vitamina "C" (laranja, acerola, goiaba, limão, caju).

4. Quando o paciente apresentar diarreia: (fezes líquidas)

Evitar os seguintes alimentos:

- leite integral e queijos gordurosos (manteiga, coalho);
- feijão;
- ervilhas;
- vegetais crus (alface, acelga, agrião, escarola, almeirão);
- cereais integrais (arroz integral, pão integral);
- doces concentrados (goiabada, marmelada, doce de leite, cocada, pé-de-moleque chocolates, bolos recheados);
- alimentos enlatados (lingüiça, salsicha, mortadela, etc.);

- temperos (pimenta, vinagre, molho picante, molho inglês, pickles, massa de tomate, mostarda e maionese).

Ingerir os seguintes alimentos:

- Utilizar uma dieta leve para facilitar a digestão. Todo alimento deverá ser bem cozido, preparado com pouco óleo vegetal;
- Sucos: verduras e frutos coados;
- Purê: vegetais (batata inglesa, cenoura);
- Ovo quente;
- Sopas: espessados, liquidificados;
- Leite desnatado ou leite de soja (Sovac, Novo Milk, Sobee);
- Frutas: maçã, bananas, laranja lima sem bagaço ou frutas cozidas;
- Temperos: tomate sem pele, cebola, alho liquidificados.

5. Quando o paciente apresentar prisão de ventre. (intestino preso)

- Ingerir os seguintes alimentos diariamente: verduras de folhas cruas (alface, almeirão, escarola, agrião), legumes (abobrinha, abóbora, vagem, quiabo, jiló, mandioca, pêra com casca), frutas secas (ameixa, uva passa), mamão.
- Utilizar, de preferência, alimentos integrais (biscoito com fibra) feijões, ervilha, lentilha, grão de bico.
- Caso os alimentos acima listados não surtam efeitos usar farelo de trigo ou farelo de aveia (2 colheres de sopa/dia), nos sucos, feijões, sopas.

Algumas pessoas preocupam-se com a boa alimentação visando sua saúde:

Quero saber tudo o que posso e não posso comer. (Canasvieiras)

Outros se alimentam de forma a simplesmente combater a fome, sem se preocupar com as necessidades do seu organismo, e desconsiderando que mesmo nessa condição, a alimentação ainda pode ser momento de prazer, conforme revela a fala abaixo:

Sem uma gordurinha não tem graça comer, né! (Açores)

Ao falarmos sobre as vestimentas, sentimos que eles não sabiam como lidar com esse aspecto. Então conversávamos mostrando-lhes que poderiam manter o mesmo estilo de vestuário, pois atualmente o material é cômodo e discreto. Deveriam, no entanto, ter a

preocupação de não colocar cintos ou roupas muito apertadas por cima do estoma, para não ferir o estoma e seu próprio conforto. No homem, é aconselhável o uso de suspensório, e na mulher, o uso de roupas mais largas. Em casos de necessidade e de acordo com a indicação médica, a pessoa ostomizada pode utilizar uma cinta abdominal apropriada (FERNANDES, 2001).

Quanto aos cuidados pertinentes ao estoma, todos apontavam dificuldades segundo constatamos na seguinte fala:

Inicialmente estava com medo de realizar os cuidados, foi quando a enfermeira veio e me mostrou como limpá-la, aí perdi um pouco do meu medo. (Santinho)

Não sei de nada, não sei trocar a bolsa e se vou conseguir fazer isso ou não. (Joaquina)

Porém, todas as necessidades demonstradas por expressões faciais, pelas falas eram distintas e permitiam que interagíssemos com as pessoas, dando apoio emocional e orientando para que eles conseguissem satisfazer seus anseios.

Assim, encerramos esse objetivo, cientes que a educação em saúde é um fator que pode contribuir para a melhoria de vida dessas pessoas, ofertando condições de escolher entre as alternativas que sejam favoráveis a uma vida mais saudável.

Objetivo V - Participar da estruturação e execução do projeto do GAO - gestão 2007;

Participávamos das reuniões do GAO, fazendo a leitura dos informes da semana anterior e construindo uma nova ata.

Colaboramos na construção do projeto GAO-2007: “Educação em Saúde e Inserção Social: legitimação à saúde das pessoas ostomizadas, com feridas e com incontinências” (APÊNDICE IV).

Realizamos com as outras participantes os resumos projeto GAO-2007: “Educação em Saúde e Inserção Social: legitimação à saúde das pessoas ostomizadas, com feridas e com incontinências” e do Projeto do Hospital Universitário, “Contribuição de um Grupo de Extensão Universitária para Sugerir Política Pública de Saúde à Pessoa Ostomizada de Santa Catarina”, foram encaminhados para apresentação em forma de pôster na VI Semana de Pesquisa e Extensão – SEPEX (APÊNDICE V).

Através das reuniões também nos informávamos sobre a estruturação e o funcionamento do Grupo de Convivência (GV), auxiliando no que fosse necessário. Ligávamos para os participantes do GV, informando onde seria realizado o próximo encontro. Durante as reuniões nos juntávamos com outros membros do GAO e explicávamos a situação atual, com relação ao local, a divisão em dois grupos (experientes e iniciantes), o horário, o dia da semana e todo o suporte multidisciplinar que eles teriam, se essa mudança viesse a acontecer.

Objetivo VI - Caracterizar o perfil das pessoas ostomizadas em Santa Catarina;

Caracterizamos o perfil das pessoas ostomizadas, porém não pudemos publicar os dados neste trabalho, uma vez que o processo de autorização para sua divulgação ainda está em andamento.

Objetivo VII - Conhecer a forma de produção de conhecimento de um grupo de pesquisa/ NUCRON;

Fonte: Regulamento do NUCRON – 2006.

O grupo de pesquisa: Núcleo de Pesquisa e Assistência a Pessoas com Doenças Crônicas – NUCRON, criado em 1987, coordenado atualmente pela Dra. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva e Betina S. Meirelles, tem como propósito desenvolver conhecimento teórico-prático relacionado à saúde de pessoas que vivem com uma condição crônica de saúde, através da pesquisa, do ensino e da assistência (NUCRON).

Tem como principais atividades: realizar projetos de pesquisas, projetos articulados de estudos e pesquisas, produção e publicação de trabalhos científicos, ensino e orientação de pesquisas nos diferentes níveis de ensino (graduação, especialização, mestrado e doutorado), dentre outros. Seus projetos são registrados na Pró-reitoria de Pesquisa e aprovados no Departamento de Enfermagem UFSC

Apresenta três linhas de pesquisa, com os temas principais em: “O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer. Atividades de pesquisa”; “Promoção da Saúde

de Pessoas com Doenças Crônicas” e “Redes Sociais de Apoio a Pessoas com Doenças Crônicas”, dentro dos quais submetem-se “subprojetos” que são vinculados à dissertações e teses de mestrados e doutorandos, respectivamente. Contribuindo para a articulação entre a graduação e a pós-graduação, no interesse do ensino, da pesquisa e da extensão;

São focados além dos próprios cuidadores, as pessoas com as doenças crônicas (problemas respiratórios crônicos, ostomias, diabetes mellitus, problemas renais crônicos ou com problemas cardiovasculares) e também pessoas com doenças infecciosas ou reemergentes (Tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatite).

O grupo conta com a participação efetiva de profissionais da área da saúde, que atuam em instituições diversas, fortalecendo sua disposição para produzir conhecimento articulado com o cuidado à saúde. Avançando na construção de um modelo de assistência à saúde de pessoas com doenças crônicas. Poderão participar das atividades do NUCRON em caráter especial e temporário, os estagiários e voluntários.

Os membros integrantes do NUCRON, segundo critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) nas normas de cadastro de Grupos de Pesquisa, são classificados como: Líder Coordenador e Vice-líder como sub-coordenador; pesquisadores; estudantes e técnicos. O NUCRON apresenta um regulamento interno do qual, as pessoas que pretendem nele se inserir, devem ter projetos de pesquisa registrados e participar diretamente e de forma continuada nas atividades programadas por um período mínimo de um semestre, obedecendo a classificação a seguir:

I - professores-orientadores de alunos da Pós-Graduação em Enfermagem e de outros cursos ou programas;

II – pesquisadores docentes e enfermeiros de instituições diversas;

III - alunos de doutorado, mestrado, especialização e graduação;

IV - bolsistas de iniciação científica orientado por doutores do NUCRON;

VI - bolsistas de apoio técnico de projetos do NUCRON.

Acrescem ao seu regulamento interno, além dos já citados, deveres dos membros cadastrados no NUCRON como: elaborar pareceres sobre projetos, sempre que lhe for solicitado, e apresentar relatórios anuais relativos às atividades a que se encontra vinculado; participar do planejamento, organização e realização das atividades científico-culturais promovidas pelo NUCRON; participar de atividades científicas e culturais promovidas pelas instituições de ensino superior, pelas entidades de classe e por grupos interessados nos estudos e pesquisas da(s) linha(s) de pesquisa do NUCRON e finalmente,

publicar, no mínimo, um artigo em periódico indexado por ano dos resultados dos projetos de pesquisa por ele participado ativamente.

Conforme o capítulo III de seu regulamento, o qual disponibiliza sobre a organização e o seu funcionamento, o NUCRON deve ser administrado pelo Líder Coordenador e Vice-Líder Sub-coordenador, representado por professores-pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, sendo pelo menos um deles do Departamento de Enfermagem da UFSC, escolhidos entre seus integrantes doutores orientadores. Cabendo-lhes elaborar plano de trabalho e relatórios anuais; coordenar o trabalho administrativo do NUCRON; e promover reuniões periódicas, científicas e administrativas, seminários, eventos, organizar grupos de estudos, dentre outros (NUCRON).

Participamos da reunião apenas no dia 25 de abril de 2007, do NUCRON representando o GAO, nos inserindo no Projeto de Redes Sociais. Tinham em media 15 pessoas entre elas, doutoras, mestres, alunas do curso de Mestrado e Graduação em Enfermagem e profissionais.

A pauta da reunião era sobre o Projeto Redes Sociais, que tem como objetivo geral compreender como estão organizadas as redes sociais de apoio às pessoas com doenças crônicas no Município de Florianópolis.

Após a leitura do projeto sobre redes sociais, o grupo foi subdividido, em primeiro momento por locais de pesquisa escolhido: Lagoa da Conceição, Trindade e Saco Grande, tendo pelo menos um representante de cada áreas temáticas, sendo estas: diabetes, ostomias, hipertensão, problemas respiratórios crônicos, , problemas renais crônicos ou com problemas cardiovasculares discutimos como se dariam as entrevistas que seriam realizados no local. Em segundo momento nos reunimos por área temática, discutindo como se dariam essas entrevistas com as pessoas com suas respectiva cronicidade.

Objetivo VIII - Divulgar resultados parciais do Projeto: “A INTERAÇÃO ENTRE A PESSOA OSTOMIZADA E SEUS FAMILIARES E A ENFERMAGEM SEGUNDO A TEORIA INTERPESSOAL DE PEPLAU: UM CAMINHO PARA ACEITAÇÃO”.

Participamos da Semana de Pesquisa e Extensão nos dias 16 a 19 de maio de

2007 na Universidade Federal de Santa Catarina divulgando o pôster do nosso projeto. Explicávamos para as pessoas que passavam e demonstravam interesse em saber sobre o processo de viver ostomizado (APÊNDICE VI).

7.3 – Atividades não planejados, porém realizadas.

Atividade 1: Seminário Cuidado: Essência da Enfermagem/Joinville-SC

Durante o período da Prática Assistencial, tivemos a oportunidade de participar do Seminário Cuidado: Essência da Enfermagem, promovido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), realizado nos dias 26 e 27 de abril de 2007, no Hotel Slaviero Suites, em Joinville/SC, o qual apresentou as seguintes temáticas: Responsabilidade ética e penal; Cuidado: essência da Enfermagem; Cuidando de pessoas com feridas: processo de avaliação da Lesão; Ulcera vaso-gênica; Cuidando de pessoas com feridas: terapia tópica (curativos); Cuidados de enfermagem a pessoas com Ostomia intestinal; Ulcera por pressão e Terapia Intravenosa. O mesmo contribuiu para atualizar nossos conhecimentos referentes aos cuidados com as pessoas que apresentam ostomia intestinal, possibilitando uma melhor compreensão da prática vivenciada. Sua programação (ANEXO IV).



Seminário Cuidado: Essência da Enfermagem Joinville/SC (Enfermeira Paula E. Leite, Acadêmica Thaís Helena, Enfermeira Margareth L. Martins e Acadêmica Ana Cristina).

Uma de nós já havia participado deste Seminário em Florianópolis/SC.

O mesmo contribuiu para atualizar nossos conhecimentos referentes aos cuidados com as pessoas que apresentam ostomia intestinal, possibilitando uma melhor compreensão da prática vivenciada.

Atividade 2: Sensibilização com os funcionários do hospital.

Com a intenção de sensibilizarmos os profissionais do local expusemos um cartaz feito por nós na sala de reunião dos funcionários.

Enquanto fazíamos o cartaz (APÊNDICE VII), uma funcionária questionou o porquê dos sentimentos estarem misturados com a anatomia, porque havia a palavra cólon e íleo?. Utilizamos a oportunidade então para explicar-lhe que durante o nosso trabalho, cuidávamos das pessoas ostomizadas considerando importante que tivéssemos sempre em mente os sentimentos delas, pois estes, em pessoas ostomizadas estão bem aflorados justamente por apresentarem uma ostomia. Mas, que muitas vezes, não os levamos em

conta ao realizarmos os cuidados. Daí surgiu à proposta de eles experimentar qual é a sensação de usar uma bolsa de colostomia durante 24 horas apenas. E a reação deles está traduzida nas seguintes falas:

É, a gente nunca sabe quando pode ser com a gente, o que pode nos acontecer no dia de amanhã, qualquer um está sujeito. Ah, mas hoje eu tenho natação, não dá para eu fazer isso. (Funcionário A)

Respondemos que é possível fazer natação com a bolsa, ela adere bem e não desgruda e hoje em dia, é bem resistente.

Outros nos responderam que:

Ahhh eu não sei, qualquer coisinha em mim já me irrita, imagina uma “bolsa de colostomia”. Pode ser que um dia eu nem olhe para isso, mas não sei até onde eu agüentaria. (Funcionário B)

Não, não vou colocar. Eu odeio aquelas pessoas que ficam brincando com cadeiras de rodas, não sei se é por que a gente está acostumada a levar paciente doente e algumas pessoas nunca tiveram o contato com uma cadeira de rodas aí querem brincar ou experimentar, mas para mim isso é brincadeira de mau gosto. (Funcionário C)

Nem pensem meninas, nem pensar, não inventem!... (Funcionário D)

Diante dessas falas notamos as dificuldades que, as pessoas em geral, têm em se colocarem nessa condição e de verem isso como uma solução e não como um problema. As diferenças de significados alertam para a necessidade de capacitação sensível dos trabalhadores da saúde, mais especificamente da Enfermagem. Esse confronto consigo mesmos levou-os a refletirem sobre o que é viver ostomizado, mesmo que uma possibilidade bastante remota.

Atividade 3: Elaboração do Artigo “A Importância da Interação Familiar no Processo de Aceitação de Viver Ostomizado”

Elaboramos o artigo supracitado, o qual será enviado para publicação na Revista Estima, específica na área de Estomaterapia.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Projetamos esse estudo tendo como objetivo maior sensibilizar a pessoa ostomizada, seus familiares e a equipe de Enfermagem sobre a condição de viver ostomizado visando, através da educação em saúde, facilitar a aceitação das mudanças implicadas. Ao término do mesmo podemos afirmar que atingimos nossa grande meta.

No decorrer da Prática Assistencial fomos percebendo o quanto é importante uma Enfermagem atuante, embasada em conhecimentos científicos para cuidar do aspecto físico, assim como comprovamos o valor inestimável do aspecto relacional, no cuidado a pessoa ostomizada, e de seu familiar.

O trabalho resultou em rica oportunidade de: fazermos profundas reflexões acerca do que é viver ostomizado; aprofundar nossos conhecimentos sobre a temática; reconhecer nossas potencialidades, surpreendendo-nos com a idéia de dar continuidade ao mesmo, tendo em vista que esta área é pouco abraçada por estudantes e profissionais de saúde.

A Prática Assistencial acrescentou vastas e significativas experiências para a base de nossa vida profissional. Durante o seu desenvolvimento passamos por momentos difíceis, mas, também vivenciamos aqueles gratificantes como quando Campeche, na despedida, declarou: *Espero que o trabalho de vocês possa ajudar muitas outras pessoas, como vocês me ajudaram...*destacando a contribuição deixada por nosso trabalho.

Enfim, avaliamos como muito significativa nossa atuação durante o desenvolvimento da Prática Assistencial. Através dela mostramos o respeito que devemos ao outro e aprendemos infinitas lições com pessoas que precisaram se adaptar a uma nova condição de viver.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. et al. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-10, out. 2004. Acesso em: 02 de mar. 2007.

AORN Association of Perioperative Registered Nurses. **Recomendações dietéticas**. São Paulo, 2001-2006. Disponível em: www.abraso.org.br. Acessado em 16 mar de 2007.

BOOG, Maria Cristina Faber; CEOLIM, Maria Filomena. **Orientações para uma nova vida**. SP: Unicamp, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Pessoas com deficiência. **DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004**. Regulamenta a Acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência. Núcleo Regional de Informação da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/legislacao/> acessado no dia 20 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d05.htm>

BRUNNER, L. S.; SUDDART, S.D. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**. 10 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

BUB, Lydia Igenes Rossi; PENNA, Cláudia Maria de Mattos Penna. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

BUB, Maria Bettina Camargo; BENEDET, Silvana Alves. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem Baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA**. Santa Catarina, Florianópolis: BERNÚNCIA Editora, 1998.

CANELA, Cristiane P.; D'êça, Cristhiani Gama. **A enfermagem ajudando a vítima de acidente e sua família fundamentada na teoria da relação interpessoal**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CARPENITO-MOYET, Lynda J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 10ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CARRARO, Telma Elisa; WESTPHALEN, Mary E. A. **Metodologias Para a Assitência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a prática**. Goiania: AB, 2001.

CASCAIS, Ana Filipa. **Algumas orientações para as pessoas recém ostomizadas**. 2006. Dissertação para aprovação de Mestrado em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

COELHO, Julio. **Aparelho Digestivo: Clínica e cirurgia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1996.

COSTA, J. Visitação Domiciliária: base para o ensino de Enfermagem na comunidade. **Revista de Enfermagem Novas Dimensões**. 1997.

CREMA, E. et al. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Minas Gerais, Uberaba: Pint Artes Gráficas Ltda., 1997.

CUNHA, Daniele et. al. **Corpos Feridos: um espaço para a promoção do autocuidado**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

DANI, Renato. **Gastroenterologia essencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998.

FERNANDES, Izaac. **Ostomizado: Redescobrimo a vida saudável**. Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

FONSECA, Humberto C. et al. **Gastroenterologia: rotinas terapêuticas**. Rio de Janeiro: Fundo Editorial BYK, 1995.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. **Manual de Enfermagem/Instituto para o desenvolvimento da saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.4-5, 2001.

FRANCIONE, F. **grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2002, 129p. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) PEN/UFSC

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 11ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FRITZEN, Silvino J. **Relações Humanas Interpessoais**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

GARCIA, CARLA CAVALER; GORONZI, Thaise A., MARTENDAL, Mariana P. **Condição crônica de saúde: um enfoque dialógico no cuidado transcultural**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GEOBCKE, Francine Lima; PRADO, Marta Lenise do. **Fundamentos de Enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1993. 49 p.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Processo Educativo participativo com enfoque na ajuda à família: Uma experiência na disciplina de Enfermagem Cirúrgica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Construindo com a equipe de Enfermagem o compromisso de ajudar a família do cliente de uma Unidade cirúrgica com base no referencial de Travelbee**. Rev. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v. 3, n.2, p.125-134, jul/dez 2001.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras**. Florianópolis, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

GUIMARAES, Deocleciano Torrieri. **Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2002

HABR-GAMA, A.; ARAÚJO S. E. A. Estomas intestinais: Aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS V. L. C. de G., CESARETTI I. U. R. **Assistência de Enfermagem em estomaterapia: Cuidando do ostomizado**. São Paulo. Atheneu, 2000, p. 39-54.

HOBBLE, W. H. & LANSIGER, T. In: MARRINGER, Anna. **Modelos y teorias de enfermería**. Barcelona: Rol, as. p.157 – 170.

HEMOCARE PLUS. **Dicas para ter uma boa alimentação**. Disponível em: <www.homecareplus.com.br/nutricao.htm> Acessado em: 10 mar 2007.

KRETSCHMER, K. P. **Estomas Intestinais**. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

LOURENÇO, Wenderson G. Primeira conferencia nacional dos direitos das pessoas com deficiência. **Revista da ABRASO**, Rio de Janeiro, n.7, p. 20, 2006.

MACKEIGAN, John M. et al. **Intestinal estomas: principles techniques, and magemente**. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, 1993.

MANTOVANI, Maria de Fátima. **O processo de interação propiciando ensino e**

aprendizagem na vivencia com a ostomia. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

MARTINS, Margareth L. **Ensinando e aprendendo a enfrentar situações vivenciadas em grupos com pessoas ostomizadas.** 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

MARTINS, Margareth Linhares. **Assistência de Enfermagem à pessoa com ostomia intestinal: Programa de assistência ao ostomizado.** Curso de graduação de Enfermagem: Enfermagem nas Intecorrências Cirúrgicas e de Urgência. Março de 2006a. Notas de Aula. Mimiografado.

MARTINS, M. L. et al. Pessoas Ostomizadas: A construção de seu itinerário terapêutico. **Revista Nursing**, São Paulo, v.99, n.8, p. 953 – 957, ago 2006b.

MARTINS, Margareth; PEREIRA, Valéria C.; SILVA, Rode; FANGIER, Anita. A Enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: KALINOWSKI, Carmem Elizabeth. Sistema de Educação em Saúde Continuada à distância (SESCAD). **Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2006c.

MARTINS, M. L. et. al. “Pessoas ostomizadas, com feridas, com incontinências, e seus familiares: Educação em Saúde e Inserção Social”. **Relatório do Projeto de Extensão – 2006/2007.** Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC. Florianópolis/SC, fev, 2007.

MARUYAMAL,Sônia Ayako Tao ; ZAGOL, Márcia Maria Fontão.O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista. Latino-Americana de Enfermagem** v.13 n.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2005.

MATHEUS, Mariana Queiroz; LEITE, Silvana Maria Coelho; DÁZIO, Eliza Maria Rezende. **Compartilhando o Cuidado da Pessoa Ostomizada.** Universidade Federal de Alfenas – CEUFE. Artigo apresentado no Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em Acessado em 02 abr 2007.

MAZZA, M.M.P.R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde.** Disponível em: < <http://fsp.usp.br/MAZZA.HTM>.> Acessados em 02 abr. 2007.

ORTIZ, H.; MARTIRAGUE, J.; FOUKLES, B. **Indicadores y Cuidados de los Estomas.** Espanha, Barcelona: Editorial JIMS, 1994. Paulo: Atheneu, 2000. p. 55.

PEREIRA V.C.; PERUGINI, V. C. **Grupos de Convivência.** FANGIER et al. In: Mudando Caminhos: Prazeres, Saberes e Fazeres em Parceria 1985-2005. Florianópolis: Bernúncia, 2005. 80 p.

Proposta de Portaria Ministerial / Política Nacional de Saúde das Pessoas com Estomas.

Associação Brasileira dos Ostomizados / ABRASO e Associação Brasileira de Estomaterapia / SOBEST. 2005 <http://www.sobest.org.br>, acesso em abr 2007

RODRIGUES, P. Estomas urinários: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C.

SALES, Catarina Aparecida et A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, no. 2, p. 177-182, 2003.

SAESP. Informa Capital. Brasília/ DF, 1º de maio de 2006. **Câmara dos Deputados: Tramitação de Proposições Legislativas. PL 7177/2002** - Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de fornecimento de bolsas de colostomia pelos planos e seguros privados de saúde. Disponível em: <http://www.saesp.org.br/noticia1.asp?cd_noticia=910> Acessado em: 20 de março de 2007.

SERRANO, et al. **Uma ferramenta epidemiológica para diagnóstico, planejamento e gestão em saúde**: Registro de câncer de base populacional da grande Florianópolis. Florianópolis: SES/ SC, Insular 2006. 20p.

SILVA, Ana Cristina P.da et al. Manejo dos Problemas Relacionados à Quimioterapia pela Equipe de Enfermagem – Parte II. **In: Educação Continuada – RSBC**. Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/Suplemento.asp> .Acessada em 4 de jul. de 2007.

SILVA, R. D. M. da et. al. “Proposta de Programa de Assistência à Pessoa Ostomizada do Estado de Santa Catarina”. **Projeto Hospital Universitário**. Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC. Florianópolis, jan. 2007

SONOBE, Helena Megumi; BARICHELLO, Elizabeth; ZAGO, Márcia Maria Fontão A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 341-348, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, C.R.; LOPES, S.C.F.; BARBOSA, M.A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção a saúde através da visita domiciliária. **Revista da UFG**, v. 6, n. Especial, dez 2004. Disponível em: <www.proec.ufg.br>. Acessado em 02 abr 2007.

TRENTINI, et al. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Santa Catarina, Florianópolis: Editora Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.

WITHAKER, Francisco (1998). Redes: Uma estrutura Alternativa de Organização. Disponível online: http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_estrutalternativa.cfm

NUCRON. **Núcleo de Pesquisa e Enfermagem em Saúde no Cuidado à Pessoas com Doenças Crônicas**. Disponível online: <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0043404CJCFZQT> Acessado em 05 jun 2007.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

ANEXO II – FOLDER “ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA A PESSOA RECÉM OSTOMIZADA”

ANEXO III – PIRÂMIDE ALIMENTAR.

ANEXO IV - FOLDER “SEMINÁRIO CUIDADO: ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM”s

ANEXO I – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE CIÚRGICO

Profª Drª *Dalva Irazy Grüdtner* - Clínica Cirúrgica I – 2006/2


Profª Drª *Eliane Regina do Nascimento*

Profª Drª *Sayonara de F. Barbosa*

1. SNC – Nível de Consciência?
Dor? – Localização
Intensidade (uso escala)
Queixas?
2. RESPIRATÓRIO – Espontâneo? Com auxílio cateter?
Cor da pele – cianose?
Dispnéia?
Tosse?
Secreção?
Exercícios?
3. CARDÍACO – Pulo?
Frequência?
Ritmo?
Temperatura e cor da pele?
Edema?
Enchimento capilar?
4. DIGESTIVO – Jejum?
SNG/Drenagem/Aspecto/Fechada?
Náuseas?
Vômitos (aspecto/quantidade)
Saiu jejum?
Aceitou dieta?
Tipo alimentação?
5. ELIMINAÇÃO – Renal – Espontaneamente/sonda de alívio ou demora?
Urinou/Volume/Aspecto?
Globo?
Intestinal – Ruídos hidroaéreos?
Sente se mobilizar?
Evacou? Características?
Distensão Abdominal?
6. SEGMENTOS – Fluidoterapia? Soro G, Soro F? Tem medicação? Gotejamento?
Local inserção cateter?
Curativos/Secreção/Aspecto cicatrização? Drenos (tipo e aspecto líquido)
Gesso? Perfusão Membro? Susceptibilidade? Exercício Físico?

ANEXO II – FOLDER “ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA A PESSOA RECÉM OSTOMIZADA”

A SUA ALIMENTAÇÃO



A alimentação é importante para a recuperação da saúde e conforto pessoal. Através de uma alimentação adequada é possível normalizar a quantidade e consistência das fezes, diminuir a formação de gases, evitar a diarreia ou prisão de ventre e diminuir o odor (cheiro) das fezes.

- A alimentação deve ser diversificada;
- Comer poucas quantidades de cada vez e fazer um maior número de refeições (5 a 6 refeições);
- É aconselhável ingerir 1,5L a 2L de água;
- É importante mastigar bem os alimentos e comer sem pressas;
- Alguns alimentos são formadores de gases: feijão, lentilha e grãos em geral, cebola, repolho, couve-flor, brócolos, pimentão, pepino, doces e frituras, bebidas alcoólicas e refrigerantes;
- Outros alimentos deixam odor forte nas fezes: carnes em conserva muito temperadas, peixe, cebola crua, alho cru, couve-flor, repolho e ovo cozido;
- Outros alimentos contribuem para a redução desses odores: maçã, pêssego,

pêra, coalhada, iogurte, chá de salsinha, salsa e hortelã;

CONTATOS ÚTEIS

Programa de Assistência ao Ostomizado Policlínica de Referência Regional – SES/SC/SUS
Rua Esteves Júnior, 390. Subsolo – Centro – Florianópolis/ SC
Telef: (48) 3212-1627


A.C.O – Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada
Rua José Cândido da Silva, 264, sala 10 – Balneário – Florianópolis/ SC
Telef: (48) 3240-5850

A.R.P.O – Associação Regional da Pessoa Ostomizada de Florianópolis
Rua Esteves Júnior, 390/ subsolo, Bloco B – Centro – Florianópolis/ SC
Telef: (48) 3223-3250

Grupo de Convivência - Hospital Universitário
Rua: Campus Universitário - Trindade
Fone: (48) 3212-1627

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde

Algumas Orientações para a Pessoa Recém Ostomizada




Florianópolis, 2007

Elaboração: Enf.ª Ana Filipa Cascais

O QUE É UMA OSTOMIA

Uma ostomia ou ostoma consiste na exteriorização do intestino através da parede abdominal, para desvio do conteúdo fecal para o exterior. Tem como objetivo preservar a sua vida diante de alguma situação em que não é mais possível utilizar o ânus para a eliminação fisiológica.



Dependendo da porção exteriorizada do intestino, existem designações diferentes:




- **Colostomia** – Quando a parte intestinal exteriorizada no abdômen é o cólon (intestino grosso);
- **Ileostomia** – Quando a parte intestinal exteriorizada é o íleo (intestino delgado).

CUIDADOS DE HIGIENE E TROCA DE SISTEMA COLETOR

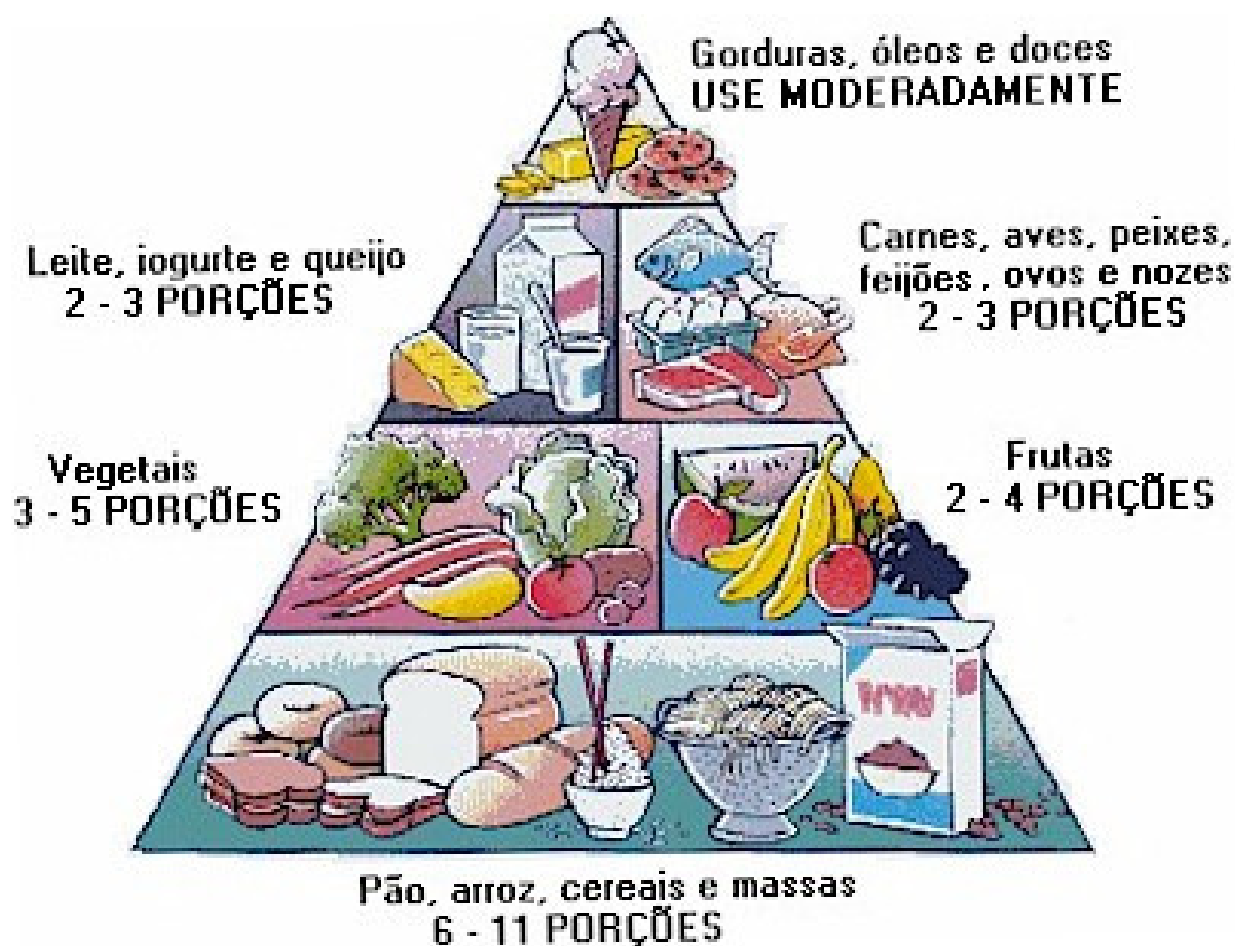
- Retirar a placa de preferência na hora do banho. Umedecer o adesivo para facilitar sua remoção, descolando a placa protetora suavemente da pele (pressionar a parede do abdômen com a outra mão, enquanto se desloca o adesivo da pele);
- Limpar a pele ao redor do ostoma com água morna e sabão neutro, sem esfregar, tendo o cuidado de remover os resíduos de fezes tanto da pele como da borda do estoma;
- Enxaguar abundantemente e secar bem com uma toalha de algodão macia, observando se a pele fica bem limpa e seca;
- Caso existam pêlos à volta do ostoma deverão preferencialmente ser cortados com tesoura;
- Nunca aplique na pele perfumes; cremes depilatórios; desodorizantes; álcool; acetona; éter; tinturas; iodo; cremes, salvo indicação do profissional de saúde;
- Para a colocação do sistema coletor, deve estar em posição confortável de

modo a facilitar a observação do ostoma;

- Medir o ostoma utilizando um medidor específico e marcar o tamanho no papel que recobre a placa protetora (a abertura da bolsa deve estar o mais ajustado possível ao ostoma);
- Recortar a abertura inicial da placa protetora de acordo com o tamanho e forma do ostoma;
- Retirar a proteção da placa de resina e posicionar a bolsa com a abertura sobre a ostomia;
- Pressionar a placa de resina levemente contra a pele (a aplicação do sistema coletor faz-se sempre de baixo para cima);
- Certificar que o sistema ficou bem colocado de forma a não existirem pregas, evitando a fuga de gases e fezes para o exterior.

ANEXO III – PIRÂMIDE ALIMENTAR



ANEXO IV – FOLDER “SEMINÁRIO CUIDADO: ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM”

Inscrições:

Até às 18:00 horas do dia 17 de abril de 2007.

Local: COREN-SC – Subseção Joinville
Fone/Fax:(47) 3422-9878 com Ana Paula, Sérgio e Carolina.
e-mail: corenjoinville@terra.com.br

Requisitos:

- * Ser profissional de Enfermagem em situação regular junto ao Conselho.
- * Ser estudante do curso técnico ou de graduação em Enfermagem.
- * Apresentar pessoalmente ou via fax:
 - a) Cópia da ficha de inscrição.
 - b) Cópia do comprovante de pagamento da inscrição tendo como identificador o CPF.
- * Não haverá devolução do valor pago.
- * A inscrição somente se efetivará mediante o cumprimento dos itens acima.

Número de vagas: 350

Valor da inscrição:

Enfermeiro: R\$ 30,00
Técnico e Auxiliar: R\$ 15,00
Estudantes: R\$ 15,00

Pagamento via depósito bancário, com identificador do depósito. (O identificador é o número do seu CPF).

Banco do Brasil
Agência: 3174-7
Conta: 5282-5

Enfermagem é Gente cuidando de Gente
(Wanda de Aguiar Horta)

Participe de Seminário e amplie a sua **competência profissional** para cuidar de gente!

Competência profissional é a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (Res. CNE/CEB n°.04/1999).

É da responsabilidade do profissional de Enfermagem: *Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão* (CEPE, Art. 18).

Promoção e Organização



COREN-SC

Comissão Organizadora

Denise Fátima Bordignon Flores
Lidvina Horr - Coordenadora
Marcos Ribeiro da Silva
Ronaldo Pierri
Sara Rosângela Federle

Apoio:

Banco do Brasil



Um exercício profissional competente implica um efetivo preparo para enfrentar situações esperadas e inesperadas, previsíveis e imprevisíveis, rotineiras e inusitadas, em condições de responder aos novos desafios profissionais, propostos diariamente ao cidadão trabalhador, de modo original e criativo, de forma inovadora, imaginativa, empreendedora, eficiente no processo e eficaz nos resultados, que demonstre senso de responsabilidade, espírito crítico, autoestima compatível, autoconfiança, sociabilidade, firmeza e segurança nas decisões e ações, capacidade de autogerenciamento com autonomia e disposição empreendedora, honestidade e integridade ética (Parecer CNE/CEB n°. 16/1999).

Dia 26/04/2007

09:00 às 11:00: Responsabilidade ética, civil e penal
Enfermeiro, Advogado e Presidente do COREN-SC Joacir da Silva

11:00 às 12:00: Cuidado – Essência da Enfermagem
Enfª. Taise C. Ribeiro Klein

12:00 às 13:30: Intervalo

13:30 às 16:00: Cuidando de pessoas com feridas: processo de avaliação da lesão
Enfª. Margareth Linhares Martins

16:00 às 16:30: Intervalo

16:30 às 18:00: Úlcera vasculo-gênica
Enfª. Paula Stela Leite



COREN-SC

Impresso Especial
68001309/2003-DR/SC
COREN/SC
CORREIOS

Seminário

Cuidado: Essência da Enfermagem

“É possível viver sem cura, mas não é possível viver sem o cuidado”.

26 e 27 de abril de 2007
Joinville-SC

Hotel Slaviero Suítes
Joinville Hotéis
Av. Dr. Albano Schulz, 815
Centro - Joinville-SC
www.hotelslaviero.com.br
Fone: (47) 2101-8500

Dia 27/04/2007

09:00 às 11:00: Cuidando de pessoas com feridas: terapia tópica (curativos)
Enfª. Margareth Linhares Martins

11:00 às 12:00: Cuidados de Enfermagem a pessoas com ostomia intestinal
Enfª. Paula Stela Leite

12:00 às 13:30: Intervalo

13:30 às 14:30: Cuidados de Enfermagem a pessoas com ostomia intestinal (Continuação)
Enfª. Paula Stela Leite

14:30 às 15:45: Úlcera por pressão
Enfª. Margareth Linhares Martins

15:45 às 16:15: Intervalo

16:15 às 18:15: Terapia intravenosa
Enfª. Taise C. Ribeiro Klein

18:15 às 18:30: Encerramento
Enfª. Joacir da Silva, Presidente do COREN-SC

O certificado será entregue no período da tarde do dia 27/04/2007.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I – ROTEIRO DA VISITA DOMICILIÁRIA

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE III – TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

APÊNDICE IV – RESUMO SEXPEX GAO

APÊNDICE V – RESUMO SEPEX HU

APÊNDICE VI – RESUMO SEPEX “A INTERAÇÃO ENTRE A PESSOA OSTOMIZADA, SEU FAMILIAR E A ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A ACEITAÇÃO”

APÊNDICE VII – CARTAZ DE SENSIBILIZAÇÃO

APÊNDICE I- TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, **Ana Cristina O. Kerber, Kátia A. Hamada e Thais H. M. Cardoso**, graduandas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina do oitavo período. Vimos por meio desta entrevista realizar um estudo sobre **“A Interação entre a Pessoa Ostomizada, seu Familiar e a Enfermagem: um Caminho para a Aceitação”**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Dalva Irany Grudtner. Temos como objetivo planejar, aplicar e avaliar este plano à pessoa ostomizada, sua família e comunidade abrangendo os aspectos bio-psico-socio-cultural.

Entendemos que a relevância deste estudo está em levar à conscientização da realidade, de todas as pessoas envolvidas, no processo de viver ostomizado, contribuindo para a transformação político-social, uma melhor assistência de Enfermagem na área de educação em saúde às pessoas ostomizadas e seus familiares. Serão realizadas entrevistas para a obtenção dos dados, as quais serão gravadas e transcritas na sua originalidade. Seu conteúdo será mantido em sigilo e você terá o livre arbítrio de desistir ou interromper a entrevista a qualquer momento.

Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só utilizadas para esse trabalho.

Assinaturas:

Acadêmica : _____

Acadêmica : _____

Acadêmica : _____

Orientador: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o projeto **“A Interação entre a Pessoa Ostomizada, seu Familiar e a Enfermagem: um Caminho para a Aceitação”**, e concordo que os dados referentes a minha entrevista sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____, _____ de 2007.

Assinatura: _____ *RG:* _____

APÊNDICE II – ROTEIRO DA VISITA DOMICILIÁRIA

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Idade:	Estado Civil:
Sexo:	Naturalidade:
DN:	Data da Cirurgia:
Local:	
Diagnóstico Médico:	
Tempo de ostomizado:	
OSTOMIA	
Localização no Abdome:	
Tamanho: Diâmetro () Comprimento () Forma: () Ovalada () redonda	
Tipo de Ostomia:	
Tipo de Bolsa que usa: () Fechada () Drenável Marca:	
Tipo de Orifício: () Fixo () Recortável	
Tipo de Bolsa que gosta:	
Usa alguma barreira protetora (pó, pasta, película, gel, spray, líquido, carvão) e qual se adapta melhor, acessórios (cintos, clamps, medidor, sacos protetores):	
Faz o autocuidado sozinho:	
Quantas vezes por dia realizam a limpeza:	
Quantas vezes trocam à bolsa:	
Como realiza o processo (descrever) (usa paninho macio, não usa papel higiênico):	
Tem ou teve alguma complicação: (dermatite, protrusão, prolapso, retração, hérnia):	
Diarréia: () Sim () Não - Frequência:	
Sangramento: () Sim () Não - Frequência:	
Constipação: () Sim () Não - Frequência:	
Efluente: () líquido () semi-líquido () sólido () sanguinolento	
Gases: () Sim () Não - Frequência:	
ALIMENTAÇÃO	
O que come:	
Quantas refeições diárias:	
Ingesta Hídrica:	
LAZER/TRABALHO	
Profissão:	
Quais atividades de lazer:	
Pratica atividade física: () sim () não Quais:	
Quantas vezes por semana:	
Quantas horas diárias:	
PERCEPÇÕES (dificuldades)	
EXPECTATIVAS (direitos)	
O QUE ACHOU DA NOSSA VISITA	

APÊNDICE III - TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Agora quero convidá-los a viajarem um pouquinho dentro de si mesmos e a respirar!

Pedir para prestar atenção na forma como está respirando no momento e arrumar postura (não cruzar pernas, encostar as costas na cadeira, deixar os braços e as pernas soltas, colocar uma mão em cima do abdome e outra em cima do tórax)

1 – Respiração Completa:

Inspirar = sentir caixa torácica expandindo (pulmões cheios) e abdome ir para fora

Expirar = sentir caixa torácica esvaziando (pulmões vazios) e abdome ir para dentro

Séries:

- Deixar cada um fazer no seu tempo (5 vezes)
- 3 fases: inspira, retém pulmões cheios, expira (5 vezes)
- 4 fases: inspira, retém pulmões cheios, expira, retém pulmões vazios (5 vezes)

Imaginar:

- Na inspiração = estar levando o oxigênio para todas as células do organismo, vitalizando, rejuvenescendo e desintoxicando.
- Na expiração = que todas as impurezas do ar, tudo de ruim que vocês imaginarem, toda a ansiedade, medo, angustia, agitação, estão sendo jogados para fora, sendo expelidas junto com o ar.

2 – Respiração para “limpeza do cérebro”:

Inspirar lentamente e expirar energeticamente (5 vezes)

Objetivos: oxigenar as células nervosas do cérebro

Imaginar: estar eliminando todas as impurezas cerebrais.

Relaxamento

Comentar: Procure ficar numa posição bem confortável, bem à vontade, com a qual se sinta bem. Durante o relaxamento, tente esquecer todos os seus problemas e deixá-los lá fora. Fique de olhos fechados e procure não abri-los até o final do relaxamento.

Vamos começar o relaxamento prestando atenção na música, na sua respiração e na minha voz.

Como está o seu ritmo respiratório nesse momento? Está lento? Está rápido?

Se tiver rápido, comece a deixá-lo cada vez mais lento, mais calmo. Inspire devagar e solte suavemente. Inspire e solte

Tente sentir o ar, entrando pelas suas duas narinas. Entrando gelado, e saindo quente.

Agora comece a sentir esse ar percorrer todo o seu corpo,

Solte-se completamente, respire calmamente e se entregue por inteiro ao relaxamento.

Comece relaxando seu rosto, soltando toda a musculatura da face, seu nariz, seu maxilar, sua boca.

Deixe seus músculos se afrouxarem e se soltarem

Deixe-se levar pelo exercício respiratório, sempre tentando imaginar a sua respiração

Sinta o ar percorrendo todas as suas células

Deixe seus braços relaxados e solte suas mãos e seus dedos

Agora solte sua nuca, seus ombros, suas costas, seu tórax e todo o seu abdômen

Imagine cada vértebra de sua coluna, e tente soltar vértebra por vértebra

Solte e relaxe suas pernas

Imagine agora seus pés, relaxe a planta e os dedos de seus pés

Vá relaxando aos poucos o seu corpo e levando o oxigênio para cada parte.

Respire suavemente, mentalizando forças positivas para você,

Perceba a sensação de serenidade, tranqüilidade, e descanso profundo,

Sinta-se cada vez mais a vontade, mais relaxado.

Procure perceber seu próprio relaxamento.

Tente sentir seu corpo, está pesado, está leve ou quase levitando

Imagine agora um lugar onde você se sinta bem, se sinta relaxado. Um dia no campo, um dia na praia.

Agora tente usar todos os seus sentidos e perceber esse lugar, suas cores, seu cheiro, seu toque, a presença da natureza.

Agora imagine alguém que te traga muita paz, que te traz tranqüilidade, que te faz sentir bem e a vontade

Vivencie todos esses detalhes e perceba que você vai conseguindo sentir a mesma tranqüilidade, paz e felicidade desses momentos

Sinta a paz e o descanso que esta situação está lhe trazendo.

Você está sentindo-se cada vez mais relaxado e à vontade.

Agora sem pressa, continue de olhos fechados e permaneçam alguns minutos em silêncio interno e termine o seu relaxamento.

Devagar, aos poucos, vamos abrir os olhos, abrindo e fechando suas mãos, mexendo seus pés, movendo um pouco suas pernas e o rosto.

Pedir para fazer três respirações profundas.

(Thaís Helena Marques Cardoso)

APÊNDICE IV – RESUMO SEXPEX GAO**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E INSERÇÃO SOCIAL: LEGITIMAÇÃO À SAÚDE
DAS PESSOAS OSTOMIZADAS, COM FERIDAS E COM INCONTINÊNCIAS****Margareth Martins Linhares – Coordenadora do GAO****Rode Dilda Machado da Silva – HU****Valéria Cyrillo Pereira – SES****Viviane Cruz Perugini – GAO****Anita Fangier – ARPO****Fabíola Santos – HU****Ana Filipa Cascaes – Aluna pós-graduação****Kátia A. Hamada – Aluna Graduação****Ana Cristina de O. Kerber – Aluna Graduação****Thaís Helena M. Cardoso – Aluna Graduação**

Área Temática: Saúde

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina. Associação da Pessoa Ostomizada - Regional Florianópolis.

Palavras-chave: Extensão Universitária. Pessoa Ostomizada. Educação em Saúde.

Trata de projeto de extensão universitária vinculado ao Departamento de Enfermagem (NFR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada (GAO). Visa otimizar a qualidade de vida das pessoas ostomizadas (aquelas com desvio de eliminação fecal e/ou urinária, usuárias de bolsa coletora e que exigem cuidados especiais) e seus familiares, além de desenvolver ações para pessoas com feridas e incontinência anal e urinária (perda involuntária de fezes e/ou urina). Objetivos do projeto: desenvolver ações educativas e assistenciais a essas pessoas visando a promoção da sua qualidade de vida; aprender, produzir e socializar o conhecimento em Estomaterapia e áreas afins; possibilitar a viabilização do Plano de Ação Integrado à Saúde (PAI), em parceria com profissionais da saúde e lideranças de pessoas ostomizadas, com feridas, com incontinência e seus familiares; colaborar na estruturação, articular e participar do projeto “Programa de Atendimento Integral à Pessoa Ostomizada” no Estado de Santa Catarina, em parceria com o HU e a Secretaria de Estado da Saúde/SC. O Projeto é uma continuação do iniciado em Junho de 2006 e decorrerá de Abril a Dezembro de 2007. É integrado por profissionais da saúde, estudantes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que produzem estratégias para continuidade na melhoria do cuidado a essas pessoas e seus familiares, através de grupos, cursos, aulas, oficinas e palestras, com abordagem participativa, baseada em Paulo Freire e Vygotsky, para a educação em saúde. Busca trocar os saberes, identificar as dificuldades encontradas na estruturação deste serviço, nas assistências realizadas e recebidas por ele e desenvolve ações no NFR e na Gerência do Posto de Assistência Médica, em Florianópolis. O trabalho desenvolvido resulta nas ações em saúde através de

parcerias com instituições e entidades promovendo qualidade de vida aos sujeitos envolvidos, na mobilização de parceiros autônomos com a preocupação de assumir espaços no controle social do SUS aumentando a organização de suas representações nas instituições e entidades e na produção de um somatório de conhecimentos e formulação de práticas profissionais coerentes com ação-reflexão-ação. Na execução do projeto se exercita a interdisciplinaridade, a parceria, num espaço e tempo simultâneos de assistência, pesquisa, ensino e extensão universitária.

APÊNDICE V – RESUMO SEPEX HU**CONTRIBUIÇÃO DE UM GRUPO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA
SUGERIR POLITICA PÚBLICA DE SAÚDE À PESSOA OSTOMIZADA
DE SANTA CATARINA****AUTORES:**

SILVA, Rode Dilda Machado da. MSc, Graduada em Filosofia, com especialização em Gerontologia, Técnica de Enfermagem do Hospital Universitário / UFSC e Membro do GAO.

MARTINS, Margareth Linhares. MSc, Enf^a Estomaterapeuta/ET, Prof^a do Departamento de Enfermagem - NFR/UFSC e Coordenadora do GAO.

FANGIER, Anita. Graduada em Administração e Filosofia, Representante da ARPO no GAO.

SANTOS, Fabíola. Enfermeira do Hospital Universitário / UFSC, Professora substituta do NFR da UFSC e Membro do GAO.

VERGOLINO, Maria das Graças. Presidente da Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada / ACO e Membro do GAO.

KERBER, Ana Cristina de Oliveira. Voluntária do Projeto de Extensão, Acadêmica de Enfermagem da 8ª fase da UFSC e Membro do GAO

Trata de Extensão Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC com o foco na pessoa ostomizada (aquela com desvio da eliminação fecal e urinária, dependente de bolsa coletora e cuidados especiais). Executa ações através de parcerias: UFSC/Departamento de Enfermagem, Hospital Universitário, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES/SC/Centro Catarinense de Reabilitação/Setor de Ostomizados, Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada e Voluntários. Santa Catarina tem aproximadamente 1407 pessoas ostomizadas. Desde 1985, o Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada – GAO contribui para a melhoria da assistência. Com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, criaram-se lacunas que culminaram com a suspensão do atendimento. O Programa de Assistência ao Ostomizado foi perdendo qualidade reduzindo-se, em 2006, à distribuição de dispositivos. A vida destes usuários depende de um programa de saúde, com equipe multidisciplinar mínima, médico coloproctologista, enfermeiro estomaterapeuta, nutricionista, psicólogo, acesso aos dispositivos de qualidade para ostomia, e orientações, além de uma rede de apoio com hospitais, ambulatórios, postos de saúde, associações de usuários, representações nos Conselhos de Saúde e nos Fóruns de decisões para implementação de políticas públicas. É objetivo do trabalho a efetivação do Programa de Atendimento Integral à Pessoa Ostomizada para o Estado de Santa Catarina, no Hospital Universitário da UFSC, tornar-se um centro de referência de alta complexidade e capacitação de profissionais da saúde. Metodologia participativa com discussão e representação dos usuários, e, colaboração de estudantes-bolsistas. Para atender a pessoa ostomizada e seus familiares utiliza modelo assistencial preconizado pela Associação Brasileira de Estomaterapia e Associação Brasileira de Ostomizados. Institui cronograma a longo prazo de 2007 à 2012. Como resultado espera-se capacitar cerca de 150 profissionais das Gerências Regionais de Saúde, colaborar tecnicamente na

estruturação do Programa no Estado e sugerir políticas públicas de saúde que visem a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada e seus familiares, participar da gestão do Programa através de assessoramento. Concluindo, o GAO acredita que os conhecimentos produzidos possibilitam agregar valores a serem socializados para articular a capacitação e a estruturação do Programa.

APÊNDICE VI – RESUMO SEPEX “A INTERAÇÃO ENTRE A PESSOA OSTOMIZADA, SEU FAMILIAR E A ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A ACEITAÇÃO”

Ana Cristina de Oliveira Kerber - Acadêmica Graduação
Kátia Atsuko Hamada - Acadêmica Graduação
Thaís Helena Marques Cardoso Acadêmica Graduação
Dalva Irany Grudtner – Prfª Drª Departamento de Enfermagem UFSC

Área Temática: Saúde

Palavras-chave:

Pessoa ostomizada, Relação Interpessoal, Enfermagem

A incidência e prevalência de doenças crônicas têm aumentado desde o início do século XX. Conseqüentemente as necessidades das pessoas que passam a viver nesta condição exigem recursos adversos, e cuidados específicos. Muitas razões contribuem para as pessoas rejeitarem submeter-se a uma ostomia. O impacto da presença de um ostoma determina forte alteração da imagem corporal, e dependendo das características individuais e dos suportes sociais encontrados pelas pessoas, este acarreta diversas reações à sua nova realidade, além da percepção de perda vivida e sentida por elas. A Enfermagem, por ser uma profissão prática, torna-se comprometida com o social e com a educação em saúde das pessoas cuidadas. Este trabalho objetiva realizar o planejamento, execução e avaliação de uma Prática Assistencial, norteadas pela teoria de Hildegard E. Peplau, às pessoas ostomizadas e seus familiares, com ênfase na educação em saúde visando promover a melhor aceitação da situação e corroborando com o seu bem estar. Segundo Peplau, a Enfermagem pode ser entendida como um processo interpessoal, uma vez que envolve a interação entre duas ou mais pessoas, que juntas possibilitam construir estratégias para adaptações e enfrentamentos. O projeto será realizado no Hospital Governador Celso Ramos, na Clínica Cirúrgica. Enfocaremos as pessoas que se submeteram a ostomia, bem como as que participam do Grupo de Convivência do Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada. Inicialmente apresentaremos o projeto às pessoas candidatas a ostomia e seus familiares, e com a assinatura do Consentimento Livre Esclarecido efetivaremos nossa Prática Assistencial. A partir da interação estabelecida entre aquelas pessoas e as acadêmicas identificar-se-ão as necessidades. Trabalhando para um fim comum, construiremos metas para amenizar as dificuldades. A seguir exploraremos as facilidades e limitações e assim, reconstruiremos um novo plano de cuidado. Nas visitas domiciliares avaliaremos a aceitação das mudanças impingidas, sua compreensão e dúvidas por exame físico e auto-avaliação. A participação nos encontros do grupo será contribuindo na organização, realizando os registros de frequência, coleta de dados e das necessidades encontradas. Nossas atividades serão avaliadas como tendo alcançado as metas estabelecidas se os participantes responderem positivamente na sua aceitação do processo de viver ostomizado e se tiver fortalecido ações para realização e continuidade de suas atividades diárias.

APÊNDICE VII – CARTAZ DE SENSIBILIZAÇÃO





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

A Prática Assistencial de autoria das acadêmicas: **Ana Cristina de Oliveira Kerber, Katia Atsuko Hamada e Thais Helena Marques Cardoso** intitulada *A Pessoa Ostomizada, seus Familiares e a Enfermagem: um caminho para a aceitação* foi aprovada pela Banca Examinadora com recomendação de reformular os seguintes itens:

1. Ajustar o título;
2. Colocar os autores não constantes das referências na introdução;
3. Aprofundar a discussão dos dados à luz do marco conceitual;
4. Apresentar apenas dois Processos de Enfermagem e uma só Visita Domiciliária;
5. Retirar as atas das reuniões do GAO e certificado do evento;
6. Aprofundar as considerações finais com mais algumas reflexões.

Uma vez que as estudantes atenderam todas as recomendações, e apresentaram o trabalho dentro do prazo previsto, sou de parecer favorável pela completa aprovação e à entrega do mesmo às respectivas instâncias.

Prof^a Dr^a Dalva Irany Grüdtner - Orientadora