

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ CRISTOVAM MARTINS VIEIRA

A PONTE INDIVÍDUO-GRUPO: UMA PRÁTICA DO MODELO DE ADAPTAÇÃO

Dissertação submetida à
Universidade Federal de
Santa Catarina para a ob-
tenção de Grau de Mestre em
Enfermagem

FLORIANÓPOLIS

JULHO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

Título: A PONTE INDIVÍDUO--GRUPO: UMA PRÁTICA DO MODELO DE ADAPTA--
ÇÃO

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do Grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

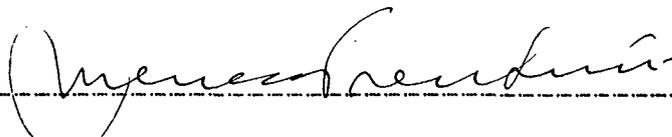
POR

JOSÉ CRISTOVAM MARTINS VIEIRA

APROVADA EM 30/09/91



Dra. Lygia Paim Muller Dias - Presidente



Dra. Mercedes Trentini - Examinadora



Dra. Lúcia Hisako T. Gonçalves - Examinadora

ORIENTADORA: Profa Dra. Lygia Paim Muller Dias

*"Confia ao Senhor as tuas obras, e
terão bom êxito os teus projetos".*

Prov. 16, 3

*"Nenhum homem é feliz a não ser que
acredite nisso".*

Publício Siro (50 a.C.)

*"O homem nada mais é que uma rede
de relacionamentos e somente isso é
que importa para ele".*

St. Exupéry

*"À todas as pessoas ostomizadas,
onde viver feliz é um desafio cons-
tante em suas vidas".*

"À Angela, Januário, Joana e Carolina, companheiros perenes de uma jornada, que juntos ousamos empreender, pelo apoio, carinho e compreensão dispensados".

"À memória do meu pai que em sua singularidade, aspirava o meu crescimento enquanto cidadão".

"À minha mãe, meus irmãos e todos os demais parentes que sempre estimularam o meu crescimento enquanto pessoa e profissional".

**À memória da colega Claudete Capistrano Mathias, pela força, coragem e vontade de crescer pessoal e profissionalmente*.*

AGRADECIMENTOS

- . À professora Dra. Lygia Paim Muller Dias pelos valiosos ensinamentos compartilhados, pela abnegação e esmero dedicados à orientação deste trabalho, pelo constante estímulo, compreensão e suporte dispensados nos momentos de hesitação.
- . À professora Dra. Mercedes Trentini pelo interesse, estímulo e sugestões fornecidas durante a trajetória deste estudo.
- . À coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, representada pela professora Dra. Ingrid Elsen, pelo apoio e estímulo.
- . Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFPE que assumiram uma maior carga horária de trabalho, tornando viável o meu aprimoramento profissional, culminado pela realização deste trabalho.
- . À professora e amiga Neide Maria Freire Ferraz pelo apoio e estímulo.
- . Às pessoas enterostomizadas que se dispuseram a contribuir com este estudo, compartilhando os seus comportamentos e favorecendo uma aprendizagem conjunta cliente/enfermeiro.
- . À Associação Catarinense de Ostomizados (ACO), palco de aprendizagem e solidariedade coletivas.

- . Ao grupo de Apoio ao Ostimizado (GAO) do qual fui membro, representados por Margareth Linhares Martins, Selma Regina Farias, Orivalda Maria Bonomini, Felipe Felício, Rosane Duarte, Maria Edir O. dos Santos e Andréa Zigueli, pelos ricos momentos de crescimento profissional conjunto.
- . À colega e amiga Maria Lusani Rocha pelos momentos de solidariedade que vivemos juntos nesta jornada.
- . À professora Emiliana Cardoso da Silva pela força e suporte proporcionados em um momento resolutivo da minha trajetória como mestrando.
- . Às colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem (turma 1987), em especial à Olga Z. Fangier, pelo apoio e solidariedade.
- . À Rosa Maria Pereira Martins pelo empenho em suas atividades e pela amizade.
- . Ao professor Fernando José Volkmer, pelo competente trabalho de tradução da literatura estrangeira e pela colaboração na revisão do texto deste trabalho.
- . À Artur Henrique Leimann pela compreensão e pelo bom desempenho na digitação deste estudo.
- . A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho descreve a experiência de uma prática assistencial de enfermagem autônoma e itinerante (domiciliar, ambulatorial e grupo de auto-ajuda) com pessoas enterostomizadas.

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR), um conceito de PARTICIPAÇÃO, e o Modelo Genérico (MG), foram os três elementos escolhidos e compatibilizados como recursos para apoiar a prática assistencial de enfermagem. Uma ponte indivíduo-grupo esteve sendo construída compartilhadamente pelo cliente e enfermeiro, para facilitar a adaptação do primeiro ao novo estilo de vida, enquanto ostomizado. O processo ensino-aprendizagem e o exercício da participação foram os elementos propulsores da adaptação.

Avaliou-se conclusivamente que o marco conceitual utilizado mostrou-se viável na prática, facilitando a interação profissional/cliente de forma compartilhada, conferindo característica de autoridade e de familiaridade ao processo assistencial.

ABSTRACT

In the present study, an experiment is described of an autonomous and itinerant (home, out-patient, and self-help group) nursing assisting practice directed to enterostomized individuals. Roy's Adaptation Model (MAR), a PARTICIPATION concept, and the Generic Model (MG) were the three elements selected and made compatible as resources to support the nursing assisting practice. An individual-group bridge was progressively constructed by client and nurse, seeking to render easier the adaptation of the former to his new life style as an ostomized person. Teaching-learning process, and the exercise of participation, have been the elements which propelled adaptation. It has been conclusively assessed that the framework employed throughout the experiment showed to be feasible in practice, making easier the professional/client shared interaction and imparting to the assisting process characteristics both of authority and familiarity.

SUMÁRIO

	Pag.
I - INTRODUÇÃO	01
II - OBJETIVOS	09
- Geral	09
- Específico	09
III - REVISÃO DA LITERATURA	10
- Sub-tema 1 - A Ponte Indivíduo-Grupos e a Assistên- cia a Pessoas Enterostomizadas	11
- Sub-Tema 2 - Colostomia, Medidas Preventivas e Problemas do Cliente Ostomizado	18
- Sub-Tema 3 - Assistência de Enfermagem	31
- Sub-Tema 4 - Aplicações do Modelo de Adaptação de Roy	39
- Sub-Tema 5 - Motivação/Participação	44
IV - MARCO CONCEITUAL	47
 PARTE A	
1 - Pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy	47
2 - Conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (MAR)	49

PARTE B	
1 - Pressupostos Pessoais	65
2 - Conceitos do MAR e de Participação	67
V - METODOLOGIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	81
- Metodologia adotada	81
- Clientela	81
- Acordo profissional/cliente	84
- O processo de assistir	85
- Esquema da prática assistencial	86
- Sequência dos encontros com o cliente	90
- Desengajamento	131
VI - DISCUSSÃO DE TEMAS EMERGENTES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL ..	147
1 - Embates de tornar-se ostomizado	148
2 - O jogo do ensino-aprendizagem na assistência à pessoa ostomizada	167
3 - A participação como possibilidade da re-criação da ponte indivíduo-grupos	184
VII - AVALIAÇÃO REFLEXIVO-CONCLUSIVA	202
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210
IX - ANEXOS	221

I - INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem a pacientes enterostomizados circunscreve um campo de atividade do enfermeiro cuja problemática traz evidentes aspectos críticos no que diz respeito sobretudo ao impacto que causam as ostomias e suas conseqüências de diferentes complexidades. Advém de uma ostomia reações de várias ordens e estas demandam mobilizações diversas à adaptação dos pacientes para o que a assistência de enfermagem tem a possibilidade de contribuir.

Embora a ostomia, em si mesma, não seja uma doença e sim um tratamento que busca a restauração da saúde, a cura ou a melhoria da qualidade de vida, como diz Lopes (1985), ela é a conseqüência de algumas doenças, predominantemente do câncer que ocupa 2/3 das indicações de ostomias, segundo Leão (1981), ocasionando 100.000 novos pacientes ostomizados por ano nos EUA, tal como referido por Zerbetto (1981).

No Brasil, apesar da insuficiência de dados, no triênio 1984-1986 estimou-se 28.796 pessoas ostomizadas, entre elas colostomizados (26.059), ileostomizados (528) e urostomizados (2.209). Mais particularmente em Santa Catarina, também entre 1984 e 1986, existia um total de 710 ostomizados, dos quais 625

colostomizados, 66 ileostomizados e 16 urostomizados, conforme dados obtidos do Programa de Assistência ao Ostimizado (PAO)/INAMPS-SC (1988).

A problemática que envolve a complexa situação de estar ostomizado tem reflexos no comportamento do paciente em várias instâncias tanto a individual quanto a grupal e comunitária, haja vista o que trata Grubb e Blake (1976) quando escreve sobre esse tema e diz que os ostomizados, de início, se vêem em desespero e depressão no confronto com a realidade do estoma e o fato de que uma função privada passa a se tornar em evidência. Além disso, os mesmos autores mostram que nesses pacientes modifica-se o auto-conceito, envolvendo a mudança da imagem corporal, dificuldade no relacionamento tanto com os familiares como com pessoas mais distantes. Na verdade, a ostomia implica na necessidade de dominar habilidades complexas para o seu cuidado e exige possante capacidade de adaptação dos indivíduos envolvidos, uma vez que tais pacientes relatam, segundo Watson (1983) temores de fazer as refeições, vergonha e desfiguração, levando a uma queda do amor próprio e dificuldade em seus relacionamentos interpessoais e sociais.

A história do meu envolvimento profissional como enfermeiro neste trabalho remonta ao início dos anos 80, precisamente em 1983, em oportunidade de participação da criação de um clube de pessoas ostomizadas num Estado do Nordeste do Brasil. Na ocasião, uma equipe multiprofissional reuniu-se para dinamizar tal grupo, o qual de início, congregava-se uma vez por mês para trocar experiências, sentimentos e esclarecer algumas dúvidas quanto às suas atividades enquanto pessoas em situação de envolvimento com ostomias.

Três anos depois, em 1986, se deu minha outra participação, desta feita na qualidade de um dos membros de apoio ao citado clube de ostomizados e então, duas reuniões mensais eram desenvolvidas: a primeira, reunião ordinária, continuou a ser realizada no mesmo local e horário, contando com a participação de vários profissionais e, a segunda, em local mais acessível para que os associados participassem mais plenamente e contava com a minha participação profissional. O objetivo dessa segunda reunião, era dinamizar as atividades de modo a atenuar a dependência entre os membros do Clube Ostomizados e os profissionais daquela instituição. A experiência, que para mim durou cerca de 8 meses, resultou em observações importantes para reflexão dos problemas enfrentados pelas pessoas ostomizadas. Foi possível ver que, a partir desses encontros no clube, houve maior espontaneidade dos seus membros para expor os seus sentimentos e percepções de si mesmos, bem como maior participação dos familiares nessas reuniões, envolvendo-se mais com as situações discutidas e, além disso, a socialização e divulgação foi crescendo naturalmente a ponto de ter sido conquistado um espaço em programa de grande audiência numa emissora de rádio da região, com entrevistas de grande interesse para a comunidade em suas questões de saúde.

Embora em 1988, por necessidade de completar estudos, eu tivesse que me deslocar da região onde trabalhava para participar de um curso na Região Sul, isto não desviou o meu interesse das reflexões que já se acumulavam em torno das questões pertinentes às pessoas ostomizadas. Ao chegar no Estado da Região Sul em que eu estudaria, deu-se logo minha adesão a um Grupo Técnico de Apoio a Ostomizados (GADO) possibilitando o avanço das ponderações a esse respeito. À época, esse grupo pretendeu desenvolver

suas atividades em Programa de Assistência ao Ostimizado (PAO), que estava sendo criado pelo próprio grupo, no INAMPS/PAM da cidade, bem como estimular as atividades de uma Associação de Ostimizados (Associação Catarinense de Ostimizados - ACO), já existente, agrupando esse conjunto à clientela atendida num hospital de ensino do mesmo centro urbano. As experiências nesse GAO ganharam vitalidade a partir da discussão para estabelecer as estratégias de: implementação do PAO, integração de profissionais de ambas as instituições INAMPS/Hospital Universitário (INAMPS/HU) com vistas não só ao atendimento individual da pessoa ostimizada, mas também a prestar uma assistência técnica a grupo organizativo, no caso, aos membros da ACO, em suas reuniões agendadas mensalmente. Na ocasião, ficou decidido que tal assessoria teria propósito acentuado em 2 pontos fundamentais, os quais coincidiam com as questões prementes das pessoas colostomizadas, segundo a experiência e observação minhas enquanto profissional, registradas quando participei do trabalho no Clube de Ostimizados no Nordeste, quais sejam: 1) Apoio aos esforços e lutas pelos direitos das pessoas ostimizadas na conquista de equipamentos de uso cotidiano (bolsas, barreiras de pele, etc.) junto à Secretaria Estadual de Saúde; 2) Apoio de educação em saúde com foco no aspecto emocional envolvendo problemas individuais e de grupos que emergem em reuniões da associação. Tais problemas vivenciados nesse breve histórico, que ora resumo a título de introdução ao assunto, iam desde questões de relacionamentos no grupo familiar e chegavam até a questões político-sociais de grupo no âmbito da própria Associação. De início apresentou-se um quadro em que foi preciso que os próprios associados fossem estimulados a fazer a eleição de uma nova diretoria da ACO a fim de dinamizar as ativi-

dades daquele grupo. A ACO estava sendo renovada com a presença de novos membros trazidos pela junção de outras pessoas que estavam em tratamento de saúde em instituições da localidade em que se situava a Associação (INAMPS/HU) com as antigas pessoas que já frequentavam a Associação (ACO).

A dinâmica decorrente dessa junção requereu de mim uma participação em reuniões semanais, inicialmente, e quinzenais, posteriormente, como membro do GAO, e ainda uma participação nas reuniões mensais da ACO, a fim de manter contato com seus associados, na perspectiva de prestar apoio técnico e também como observador das dinâmicas, a fim de levantar e dar andamento às questões individuais e sociais na ótica educativa de saúde, mesmo que isso só fosse possível em outra instância, fora do momento das sessões ordinárias. Um exemplo dessas atividades, fora das sessões, em que cabia meu envolvimento como membro da GAO, está na participação mantida com os associados que redundaram em atividades como a elaboração de documentos destinados à Secretaria de Saúde para solicitar material e equipamentos para manutenção do cuidado individual das pessoas ostomizadas; outro exemplo está em outra forma de participação, desta feita, como integrante do grupo ao lado das pessoas ostomizadas, em audiências com autoridades da Secretaria de Saúde, e com o próprio governador do Estado; ainda outros exemplos podem ser citados, a guisa de dar uma idéia sobre as atividades ligadas a experiência aqui descrita, quais sejam: a) divulgação da ACO nas diversas instituições de saúde da cidade; suporte às reuniões ordinárias; encaminhamento de discussões para melhor estruturação e relações entre a antiga e a nova Diretoria da Associação; visita domiciliar a pacientes que mais necessitavam de ajuda individual e familiar; parti-

cipação como ouvinte da II Reunião Latino Americana de Associações de Ostomizados; elaboração de instrumento para a consulta de enfermagem a pacientes ostomizados; ministração de palestras para orientação técnica do próprio grupo de associados da ACO; elaboração de planejamento e de relatório de atividades da GAO; e, finalmente, ao assumir o cargo de coordenador do GAO por 3 meses.

Ao longo dessa experiência fui acumulando observações e, simultaneamente, refletindo sobre as questões decorrentes das mudanças que faziam parte das manifestações das pessoas enterostomizadas. Tais reflexões levavam, quase sempre, à pensar que o eixo da assistência a essas pessoas era representado pelo conceito de adaptação humana, daí porque se procurava, dentre as concepções teóricas de enfermagem, aquela que mais se expressasse com essa característica. Nesse sentido o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) foi eleito, a fim de que seus conceitos fossem tomados como guia no desenvolvimento de uma prática de enfermagem a pessoas enterostomizadas.

Após ter feito essa opção, a idéia era a de atuar com a assistência individual. Para tanto, do ponto de vista da localização desses indivíduos, foi procurada a Associação Catarinense dos Ostomizados, na cidade de Florianópolis. Lá uma experiência de prática assistencial com o uso do "MAR" foi desenvolvida, inicialmente com dois indivíduos. Na ocasião, um deles deixava, enquanto o outro assumia a Diretoria, e ao entrevistá-los para coleta dos dados com vistas ao diagnóstico e a intervenção, ficou constatado que ambos tinham mais problemas (comportamentos não-adaptativos) referentes a suas relações em grupo, especificamente naquele grupo (grupo secundário - ACO), que problemas de ordem individual, e menos ainda, fisiológicos ou ligados diretamente à

própria ostomia, enquanto uma vertente isolada.

Diante de tal situação, foram buscados outros conceitos mais específicos sobre atuação profissional com grupos, a fim de apoiar o MAR, no que tange a essa extensão conceitual.

Leituras relativas ao trabalho social foram conduzindo as buscas ao denominado Modelo Genérico (MG), utilizado pelo Serviço Social, o qual compreendia o conjunto de operações realizadas em atividades que pertencem ao mesmo gênero (Vieira, 1979). Tal modelo é tresdobrado em processos: 1) com indivíduos, 2) com grupos e, 3) com comunidades; conforme o sistema-cliente e a situação problema, o que se faz necessário é a aplicação de diferentes técnicas, mas o modelo é o mesmo e, por isso, é denominado modelo genérico.

Foi estudada a possível compatibilidade e síntese desses dois modelos: o MAR e o MG, no intuito de abordar às vezes o indivíduo, às vezes o grupo e, outras vezes, o indivíduo no grupo, ou seja, desenvolver uma prática assistencial ao indivíduo, de forma contextualizada socialmente. A idéia consiste em reunir esses conceitos e utilizar sempre o mesmo modelo (conhecido como genérico) e, conforme o sistema-cliente e a situação-problema, fazer sim, a variação das técnicas.

A partir dessa decisão, a proposta passou a ser a de uma prática assistencial que se consubstanciava em: ajudar o indivíduo em sua adaptação, a si próprio e aos grupos com os quais se relacionava, provocando uma visão mais crítica da realidade com a qual se defronta, no interesse de contribuir para uma abordagem que fomentasse a microparticipação e fosse além do fazer para ou com cada pessoa isoladamente, e chegasse a ser uma contribuição a mudanças futuras no midissistema e, indiretamente no

macrossistema.

Finalmente, com uma abordagem desse tipo, a contribuição mais notória vem a ser a aprendizagem do funcionamento social do grupo de pessoas ostomizadas e fortalecimento adequado do seu relacionamento social a partir do indivíduo contextualizado. Para tanto, uma ponte precisava estar sendo construída entre o sistema-cliente indivíduo e suas possibilidades de inserção em grupos sociais organizados, a exemplo da associação (ACO), como pretendeu a prática assistencial que serviu de base a este trabalho.

II - OBJETIVOS

Geral

Desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com pessoas enterostomizadas, tendo como base um guia conceitual centrado na proposta teórica de adaptação de Roy e um determinado conceito agregado de participação.

Específicos

- 1 - Elaborar um marco conceitual fundamentado no Modelo de Adaptação de Roy e em um determinado conceito de participação, possibilitando estabelecer uma ligação indivíduo-grupo.
- 2 - Discutir situações assistenciais de enfermagem desenvolvidas junto a pessoas enterostomizadas na busca de identificação dos comportamentos adaptativos e inefetivos e sua evolução face a metas e ações desenvolvidas pelo enfermeiro.
- 3 - Orientar as situações assistenciais de enfermagem a pessoas enterostomizadas, na perspectiva de ampliação do seu funcionamento social.
- 4 - Avaliar a viabilidade dos conceitos-guia nas situações assistenciais descritas.

III - REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo compreende uma busca de literatura de apoio à prática assistencial a ser discutida, contendo cinco principais sub-temas:

- 1 - A ponte indivíduo-grupos e a assistência a pessoas enterostomizadas;
- 2 - Colostomia, medidas preventivas e problemas das pessoas enterostomizadas;
- 3 - Assistência de enfermagem a pessoas ostomizadas;
- 4 - Aplicações do modelo de adaptação de Roy;
- 5 - Motivação / Participação.

A palavra grupo, conforme Ferreira (1986) "é a reunião de pessoas ou pequena associação de pessoas ligadas a um fim comum".

Na documentação teórica e prática há algumas interpretações de elementos conceituais vinculados a referência GRUPO. Para incluí-lo, colocam-se aquelas mais pertinentes ao presente trabalho, no sub-tema a seguir:

Sub-tema 1 - A Ponte Indivíduo-Grupos e a Assistência a Pessoas Enterostomizadas.

A literatura sobre grupos dificilmente é encontrada sem que nela esteja implícita ou explicitamente colocado o conceito de participação.

Embora haja diferentes modos de ver a participação, alguns autores estão de acordo que nela há diferentes processos, o que distingue a participação em associações daquilo que se denomina participação social. Entre eles, Bordenave (1989) trata de documentar um conceito de Participação que pode ser exprimido como "o caminho natural para o homem expressar sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo". Além disso, o autor fala que a prática da participação envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, como a interação com outros homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e, ainda a valorização de si mesmo. No que diz respeito a grupos onde o homem participa, pelo menos três deles são adotados pelo autor a fim de se colocar quanto aos processos de participação: grupos primários (família, amizade ou vizinhança), grupos secundários (associações, sindicatos, empresas) e grupos terciários ou seja, políticos e movimento de classe. Com esta posição estão incluídos os processos de micro e macroparticipação. Aceita Meister, apud Bordenave (1989), que macroparticipação é a que consubstancia a participação social visto que é nela que se dá a intervenção das pessoas na dinâmica que constitui ou modifica a sociedade, isto é, na história da sociedade.

Doutra parte, a microparticipação configura a associação voluntária de duas ou mais pessoas numa atividade comum que vai além de tirar benefícios pessoais, porquanto delas vem o convívio, a solidariedade, a aprendizagem mútua e a troca de experiências.

Por sua vez, Ferreira (1981) ao tratar sobre teorias sociais contemporâneas e, especificamente, de teoria dos sistemas indica a existência de três dimensões em qualquer problema ou situação quando se utiliza como base essa teoria. São elas, a dimensão no microssistema que circunscreve como característica um maior contato pessoal; o midissistema, cujo contato pessoal diminui, mas não desaparece; e, finalmente, o macrossistema onde o contato pessoal é distante ou quase inexistente, dando lugar à PARTICIPAÇÃO SOCIAL ou seja, à mudança da sociedade. Para a referida autora, no microssistema a referência é família e bairro; o midissistema compreende indústrias, comunidades pequenas e, no macrossistema está a sociedade. É nessa compreensão que Warren, apud Ferreira (1981), mostra no seu contexto que é preciso repensar uma intervenção profissional, a qual por vezes, não se dá em situações tipicamente constituídas como problemas de indivíduo, nem de grupo e nem de comunidade. No que toca especificamente a grupos, a mesma autora se refere a intervenção profissional aos mesmos, chamando a atenção para que se faça algumas diferenças tais como: "os grupos naturais, como a família, são diferentes dos grupos construídos, porque os objetivos do grupo familiar são preexistentes à atuação do profissional e sua estrutura tem características duráveis de tempo e espaço. O grupo cliente é um conjunto de pessoas que têm necessidade de ajuda. No seu início, o conjunto de indivíduos não é propriamente o "grupo"- vai assu-

mindando tais características à medida que as tarefas vão ocorrendo e à medida que se desenvolve a experiência grupal indispensável para a intervenção. Uma característica do grupo cliente é a tomada de consciência de si mesmo, a qual vem emergindo à medida que os obstáculos são examinados e analisados e que as tarefas passam a constituir o próprio processo que visa superá-los. Uma outra característica do grupo-cliente, nessa autora, refere-se a autoridade e à intimidade que existem lado a lado neste trabalho em comum, relações de autoridade do profissional com os membros do grupo e, destes com o profissional e para aqueles que foram escolhidos, ou que se fazem chefes, intimidade gerada das relações de ajuda mútua entre os membros. "A interação entre autoridade e intimidade é que proporciona a força e o valor de uma experiência em grupo" (Ferreira, 1981). Para abordar, tanto indivíduos como os diferentes grupos, Ferreira ainda comenta sobre um modelo de intervenção experimentado e aperfeiçoado pelo serviço social em Saint-Louis, ficando conhecido como Modelo Genérico de Saint-Louis.

Para melhor clarificar o modelo genérico, resgata-se uma explicação de outra autora, Vieira (1979) quando mostrou que o referido modelo se tresdobra em três processos, a saber: com indivíduos, com grupos e com comunidade. A mesma autora diz ainda que de acordo com o sistema-cliente e a situação-social-problema é necessário aplicar técnicas diferentes, porém dentro do mesmo método genérico. Do ponto de vista de enfermagem há uma implicação entre suas propostas teóricas e o que vive o tratado sob o título de "método genérico". Meleis (1985), em análise de teorias de enfermagem refere em definição de Domínio de Conceitos diversas teorias internacionais, e ali se pode ver o foco e o clien-

te de enfermagem das suas teorias. Alí verifica-se que o cliente de enfermagem, raramente, está na expressão como "indivíduo, família e comunidade" ou "pessoas, grupos, famílias, comunidades ou sociedades", King (1971), Orlando (1961), Johnson (1964), Rogers (1980), Paterson (1971), para citar apenas algumas. No Brasil, Paim (1978), Horta (1979) mencionam em suas propostas expressões de igual natureza. Entretanto ainda que seja descomplicado visualizar tal contextualização, a intervenção profissional de enfermagem concretamente ainda não se revela suficientemente clara quanto a admitir se há diferentes métodos ou um método genérico para o tratamento dos três segmentos (indivíduo, família e comunidade), com processos e técnicas diferentes. Apoiados em Oliveira (1981), Barros (1981), Adami (1983) entre outros, é possível pensar que na enfermagem, embora seja utilizada a expressão indivíduo, família e comunidade, a experiência brasileira tem se mostrado enfática no que toca ao indivíduo, tênue, no que tange à família e, menos visível, no que concerne à comunidade.

Quanto ao grupo cliente como um conjunto de pessoas que têm necessidade de ajuda, conforme Ferreira (1981), experiências há, documentadas por alguns autores, especificamente sobre grupos de pessoas ostomizadas. Entre esses autores, Kretschmer (1980) trata dos progressos da luta contra problemas de pessoas ostomizadas, apontando a fundação de clubes de ostomia. Tais clubes criados desde 1950, e unificados desde 1962, contam com uma associação de carácter mundial - UOA (United Ostomy Association) - a qual reúne em torno de cem subsidiárias que agrupam essas pessoas como um conjunto, com necessidades comuns - situações ligadas a serem ostomizados.

Referindo-se também ao valor dos clubes de ostomizados, Leão (1981) registra no Brasil a cidade de Fortaleza como pioneira na fundação do seu Clube de Ostomizados, em 1975. O clube referido é orientado por uma equipe multiprofissional e pretende reabilitar o maior número possível de pessoas ostomizadas.

Relatando historicamente sobre grupos específicos de pessoas ostomizadas nos EUA, Henry e Holland (1985) relatam que tais grupos surgiram em 1940 com o Programa de Visitação da Sociedade Americana do Câncer, a qual utilizou como estratégia de ajuda a visita de pacientes ostomizados, já curados, aos recém-ostomizados, os quais eram apoiados por cirurgiões com experiência em lidar com problemas psicológicos. Essa experiência cresceu e uma primeira circular foi editada sobre ostomia em 1962. Dez anos depois, diz o autor aqui referido, foram criadas a Associação Unificada de Ostomia da América e a Associação Internacional de Ostomia. Essas organizações multiplicaram-se no mundo inteiro, inclusive no Brasil que segundo dados fornecidos pela IIª RLAAO (IIª Reunião Latino-Americana de Associações de Ostomizados) em 1989, já existiam 11 (onze) desses Clubes, os quais estão congregados através da Sociedade Brasileira de Ostomizados (SBO), em São Paulo. Em Santa Catarina, o agrupamento de pessoas ostomizadas deu-se a partir de 1984, por iniciativa de uma equipe multiprofissional de Hospital Universitário - UFSC, e de algumas pessoas ostomizadas a fim de formar esse conjunto de pessoas em torno de necessidades de ajuda específica a assistência de ostomizados; na oportunidade, foi denominada de Associação Catarinense de Ostomizados (ACO) e, no momento, tal organização funciona junto ao Posto de Assistência Médica do INAMPS (PAM/Florianópolis) e já com planos de reunir-se na Casa Vida & Saúde - Enfermagem/ UFSC.

O crescimento dessa Associação ainda que lento, já conta com Núcleos funcionando no interior do Estado (Joaçaba e Concórdia), conforme se pode constatar ao analisar atas de reuniões documentadas na própria Associação e também um projeto técnico de ampliação e abrangência desses Núcleos.

Em síntese, este trabalho trata de grupos a partir dos conceitos de participação, sobretudo colocando uma clara diferença entre micro e macroparticipação. Aliando tais conceitos a outros autores considera-se ainda que a participação pode ocorrer em vários âmbitos, quais sejam no microssistema, no midissistema e no macrossistema, configurando-se, este último, como o que os autores consultados denominam o "locus" da PARTICIPAÇÃO SOCIAL. Os outros dois âmbitos (micro e midi) se constituem em caminhos da construção da PARTICIPAÇÃO SOCIAL. A literatura aponta ainda que para se lidar com grupos é necessário que se conheça a diferença entre os grupos os quais são tipificados em naturais e construídos, a partir de algumas de suas características e peculiaridades; entre elas, a duração de tempo e espaço.

Nesse sentido, os grupos naturais têm objetivos preexistentes à atuação de profissionais e sua estrutura tem características duráveis de tempo e espaço. No que concerne a grupos construídos, as suas características enquanto grupo diferem do natural na sua estrutura e função no tempo e no espaço. Estes vão sendo assumidos à medida que as tarefas vão ocorrendo, quando se desenvolve o que se pode chamar de experiência grupal. Ao considerar como grupo construído, um grupo-cliente, existem autores que apontam referências mais específicas para sua evolução, qual seja, a tomada de consciência de si mesmo, a qual vai emergindo à medida que os obstáculos são examinados e analisados. Outra pecu-

liaridade nesses grupos está no equilíbrio entre a autoridade e a intimidade, gerada pela ajuda mútua entre os membros, visto que esse equilíbrio é o que proporciona a força e o valor de uma experiência em grupo. Percebe-se que uma diferença nítida entre ambos os grupos face a atuação profissional, está em que no grupo natural ou familiar o profissional surge após sua existência, enquanto no grupo construído, grupo-cliente, o profissional participa desde o nascedouro inserido nas tarefas grupais as quais caracterizam e constituem, ao longo da experiência, o próprio desenvolvimento grupal. Todos esses conceitos contribuem para a compreensão de um modelo genérico, o qual se triplica em processos à saber: individual, grupal e comunitário, restando que em tal modelo, a variação reside na unidade do processo e adequação das técnicas a serem adotadas.

À propósito disto, a enfermagem tem manifestado sua preocupação e interesse em assistir indivíduo, grupo e comunidade sem, no entanto, parecer que haja uma articulação efetiva entre as três instâncias. A revisão desta literatura sobre o modelo genérico combinado com Modelo de Adaptação de Roy (MAR) utilizado para assistir a indivíduos enterostomizados, vislumbra a possibilidade de tratar esses indivíduos buscando sua participação em grupo-cliente, mobilizando-os ao desenvolvimento do seu funcionamento social, através da expressão de suas necessidades, e discussão dos seus interesses comuns. Nesse sentido, o aproveitamento dessa dinâmica como uma força impulsionadora de suas potencialidades e deslocamento cada vez mais efetivos se dá em razão de seus modos adaptativos e, portanto, de reforços aos comportamentos efetivos e substituição daqueles que se mostram inefetivos, ou seja, buscando sua crescente adaptação. Esta poderá ser talvez

a alternativa para se obter uma assistência que contribua para a ligação indivíduo-grupo-comunidade, utilizando uma proposta metodológica combinada (modelo genérico e modelo de Roy) e a utilização de técnicas diferenciadas conforme o enfoque preponderante (indivíduo-família-comunidade). A revisão desta literatura facilitou a composição da estrutura de trabalho no que diz respeito a composição da metodologia de modo a atender a simultaneidade da assistência ao tratar de indivíduos, famílias e comunidades, na ótica de pessoas enterostomizadas, como requer esta proposta de Prática Assistencial, em estudo.

Sub-tema 2 - Colostomia, Medidas Preventivas e Problemas do Cliente Ostomizado

As doenças crônicas representam hoje um elevado índice nas estatísticas de morbimortalidade do Brasil. Segundo fonte do Ministério da Saúde, no período 1980 a 1985 o câncer ano-reto-cólico foi a quinta causa de mortalidade entre os tumores malignos no país. Em Santa Catarina, nos anos 1984 e 1985, a mesma doença foi a quarta e a terceira causa de morte respectivamente, dentre os neoplasmas malignos. Já para Souza Júnior e Habr-Gama (1990) "o câncer de cólon está entre os dez tumores mais frequentes no município de São Paulo. Ocupa a oitava posição entre os homens e a sexta entre as mulheres".

Entre as doenças crônicas que podem levar a uma ostomia destacam-se: o câncer colo-retal e as doenças inflamatórias crônicas (doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica). Para LEÃO (1981), o câncer ano-reto-cólico é a causa mais frequente

de colostomias permanentes, praticada em dois terços dos casos. Ainda para o mesmo autor, a colostomia é indicada nas doenças congênitas dos cólons com ou sem comprometimento do aparelho urinário, nas obstruções intestinais, na doença diverticular, no volvo e nas lesões traumáticas dos cólons.

A palavra ostomia é derivada do grego *stoma*, que significa abertura ou "boca". De acordo com o local onde esta abertura é feita, ela receberá nomes específicos como: colostomia se a abertura for ao nível do cólon, ileostomia, se a abertura foi constituída na altura do íleo, porção do intestino delgado, segundo Leão (1981).

A colostomia pode ser temporária ou definitiva e poderá ser construída em qualquer parte do intestino grosso e receberá os nomes de acordo com o segmento intestinal onde for localizada. Assim temos: cecostomia, quando se localizar no ceco, transversostomia, quando se localizar no cólon transverso, sigmóidostomia quando situada no sigmóide, colostomia ascendente e descendente quando situada nos respectivos cólons.

Hurny e Holland (1985), se referem à quantidade de ostomizados existentes, declarando que, de acordo com estimativa da UOA (United Ostomy Association), há nos Estados Unidos e Canadá cerca de 1,5 milhões de pessoas ostomizadas, enquanto Kretschmer (1980), assegura que as pessoas com estomas intestinais já atingem 40.000 na Alemanha e cerca de 100.000 na Inglaterra.

Conforme foi visto anteriormente, nos países ocidentais, é muito alto o número de pessoas que têm uma ostomia intestinal, principalmente uma colostomia. Conforme Kretschmer (1980), a causa pode ser atribuída provavelmente a fatores dietéticos. Os componentes relativamente grandes de carboidratos altamente

refinados e as pequenas quantidades de celulose em nossa dieta diária são responsáveis pela demora das fezes, por alterações no volume fecal, na consistência e na flora bacteriana, assim como por um aumento da pressão intraluminal*.

Segundo Hurny e Holland (1985), "o estoma mais comum é, sem dúvida, a colostomia por câncer colo-retal". Para Souza Júnior e Habr-Gama (1990) "análises epidemiológicas sugerem que a dieta, especialmente a com grande teor de gordura e carne bovina e com falta de fibras vegetais, está associada à ocorrência de câncer de cólon". Fazendo referência ao fator alimentar, Silva e colaboradores (1990), "atribuem às gorduras e às proteínas animais poder cancerinogênico". Burkitt, citado por Silva e colaboradores (1990), "refere que as dietas pobres em resíduos predis põem ao aparecimento de câncer colo-retal, em virtude do retardo do trânsito intestinal e, conseqüentemente, do contato de possíveis substâncias carcinogênicas com a mucosa".

De acordo com Reuben (1975), "os Estados Unidos têm talvez a maior taxa de câncer de cólon do mundo. Cerca de 42 em cada 100.000 americanos entre as idades de 35 e 64 anos contraem o câncer do cólon e do reto Parece ser mais do que simples coincidência o fato de a alimentação americana ser a de menor teor fibroso entre todas as nações do mundo. Comparativamente, a incidência do câncer do cólon nos EUA é 900 por cento maior do que na Nigéria e 1.300 por cento maior do que a Uganda, dois países que, tradicionalmente, usam alimentos de alto teor fibroso". O mesmo autor faz a seguinte afirmação: "as pessoas que passam a vida consumindo alimentos de baixo teor fibroso estão convertendo seus próprios ácidos biliares inofensivos em terríveis compostos causadores de câncer dentro do seu próprio intestino grosso".

Portanto, essas pessoas estão se tornando cada vez mais predispostas a uma colostomia, já que segundo Hurny e Holland (1985), "o estoma mais comum é sem dúvida a colostomia por câncer colo-retal".

Para Souza Júnior e Habr-Gama (1990), "a incidência de tumores malignos do cólon, em algumas regiões do mundo, justifica a investigação em massa, se possível, restringindo-se aos indivíduos submetidos ao risco de terem câncer de intestino e designados como 'população de risco'. Neles, a possibilidade de desenvolvimento de câncer justifica o emprego de métodos de diagnóstico, mesmo na ausência de sintomas. Atualmente defende-se pela facilidade de uso, o método de pesquisa de sangue oculto nas fezes para apontar os indivíduos assintomáticos que merecem pesquisa sistematizada com vistas a possível diagnóstico mais precoce do câncer de intestino grosso ...".

Conforme Reuben (1975), a dieta rica em alimentos fibrosos como cereais integrais, verduras e frutas reduz bastante o risco de câncer colo-retal, diverticulite e infarto do miocárdio. Daí depreende-se que esse tipo de dieta deverá evitar o aumento do número de pessoas colostomizadas, se se analisar esse aspecto isoladamente.

Como se vê nesses aspectos da literatura ora revisada há referências da nutrição como base preventiva de futuras necessidades de enterostomias, embora a prevenção tenha que ser dimensionada em outros aspectos dentre os quais, sem dúvida, o do exercício corporal e o da hidratação suficiente, do lazer como fonte de equilíbrio e, tantas outras condições sem as quais a desadaptação humana ocorre.

No que diz respeito a problemas de pessoas ostomizadas, alguns autores destacam afirmações ligadas não somente a sinais e sintomas externos no âmbito biológico, mas também àqueles relacionados a aspectos psicossociais: Segundo Togawa (1982), "os indivíduos colostomizados se deparam com problemas fisiológicos relacionados à irritação de pele da região peri-ostomal, com a exalação de odores desagradáveis oriundos da colostomia, com o desconforto pela necessidade de uso de bolsa e equipamentos no estoma, e com a alteração da atividade sexual".

Por sua vez, Zerbetto (1981), considera como problemas mais frequentes dos colostomizados a "inapetência, a intolerância a certos alimentos, a desidratação, o distúrbio hidroeletrólítico, os odores fétidos exalados pelo estoma, as alterações na consistência das eliminações, os ruídos provenientes da eliminação de gases, o desconforto e as alterações da atividade sexual".

Gloeckner (1984), investigou o ajustamento sexual após a cirurgia de ostomia e a influência desta sobre a imagem corporal do indivíduo. A sua amostra constou de 40 indivíduos, entre os quais 24 homens e 16 mulheres, que satisfizeram os seguintes critérios: ter no mínimo 18 anos, ter no mínimo um ano de cirurgia de ostomia, estar em condições ambulatoriais e sem grandes problemas de saúde. Trinta e cinco indivíduos eram casados, três solteiros e dois divorciados. A duração do tempo da cirurgia até a época da entrevista, variava de 1,5 até 17 anos, com uma média de 4,6 anos. Vinte e quatro indivíduos (60%) mostraram uma diminuição nos sentimentos de atratividade sexual, desde antes da cirurgia até o ano seguinte à cirurgia de ostomia. Muitos indivíduos fizeram comentários adicionais sobre as mudanças relativas da imagem corporal, que ocorreram durante aquela época. A maioria

desses comentários eram negativos, tais como sentimentos de desfiguração ou de feiura. Em contraste com seus sentimentos no primeiro ano pós-operatório, houve um crescimento no sentimento de atratividade sexual para 27 indivíduos (67,5%) por ocasião da entrevista. Mais de 50% da amostra demonstrou uma diminuição no sentimento negativo quanto a atratividade sexual no primeiro ano após a cirurgia. Dline e Pulman, apud Watson (1983), afirmaram que a perturbação da imagem corporal tem seu pior impacto durante o primeiro ano após a cirurgia.

O mesmo Watson (1983) mostra, ainda, diferenças interessantes as quais foram observadas nas percepções de atratividade antes e depois da cirurgia. Antes da cirurgia as mulheres viam a si mesmas como menos atraentes do que os homens, mas por ocasião da entrevista esta constatação se mostrava invertida.

Jones (1985), relatando a experiência de um grupo de ajuda formado por colostomizados que recebem ajuda financeira da Sociedade Nacional para Alívio do Câncer (USA), revela que a maioria deles tem colostomia como consequência do câncer. "Receber a notícia de que se tem câncer do reto, tem consequências devastadoras para novos pacientes, com sério risco de depressão". Acrescenta ainda que, "após a operação muitos colostomizados ficam mais susceptíveis a reações emocionais, que afetam os movimentos intestinais, frustrando planos e hábitos de ingestão alimentar. Muitos deles nos contam como podem ficar perturbados facilmente pelo alimento, quando na verdade é apenas reação emocional". Segundo a mesma autora, "linhas orientadoras básicas são agora disponíveis, mas tiveram de ser adaptadas aos pacientes individualmente, pois esses nunca são iguais em caráter, sensibilidade, perspectiva mental, aspirações, estilos de vida, etc."

De acordo com Watson (1983), a combinação de câncer e cirurgia se constitui em uma agressão considerável ao auto-conceito, resultando em sentimentos de baixo amor-próprio. A mutilação física, a perda de controle sobre a eliminação intestinal, a necessidade de dominar habilidades complexas de cuidado com a ostomia, e a probabilidade de disfunção sexual estabelecem tremendas exigências sobre as capacidades de adaptação dos indivíduos envolvidos. Ainda para a mesma autora, estudos iniciais das respostas psicológicas do câncer/ostomia revelam que os pacientes de colostomia sofriam temores de rejeição, vergonha e desfiguramento, levando-os a um baixo amor-próprio e dificuldade de formar novos relacionamentos. A referida autora descreve que os pacientes sofriam grande ansiedade com relação ao auto-valor e com relação às reações dos membros da família, no período pós-operatório de uma cirurgia de ostomia. Outros estudos relatavam que seus corpos haviam sido alterados de uma maneira destrutiva pela ostomia. Druss, O'Connor e Stern, citados por Watson (1983), observaram também uma deterioração em relacionamentos sociais e uma redução de horas de trabalho em muitos dos sujeitos de suas pesquisas.

De acordo com Bourke (1984), cada indivíduo ostomizado parece vivenciar problemas emocionais diferentes; alguns encontram dificuldades em aceitar o estoma e em se ajustar a uma mudança da imagem corporal. Uma reação comum a esta crise pessoal é a depressão; e reações à cirurgia variam desde a descrença e a negação até o horror e o desgosto. A maioria das pessoas expressa desgosto com relação ao estoma, particularmente aquelas pessoas meticulosamente limpas que a despeito da tranquilização, consideram a si próprias sujas e imaginam que as outras pessoas compar-

tilham do seu ponto de vista. Algumas pessoas buscam o afastamento do contato corporal e de atividades, tais como dançar, beijar e abraçar por temer que outras pessoas possam descobrir o seu estoma.

Um outro aspecto tratado por Bourke (1984), é que a maioria dos ostomizados experimenta perda da libido, por alguns meses, após a cirurgia, mas não necessariamente por terem um estoma, já que a ostomia em si não é responsável por mudança física no funcionamento sexual. Para todos os ostomizados, a função sexual está principalmente associada ao desejo, motivação e expectativa, já que a resposta sexual dos parceiros envolve o corpo todo e não só a genitália. Inicialmente a ostomia pode representar certas dificuldades e causar problemas entre os parceiros. Quando os relacionamentos estão fracassando, o estoma pode ser injustamente culpado. Ressentimento e cólera são comuns quando existe impotência, quando outras formas de atividade sexual consideradas, são inapropriadas ou desencorajadas, por crença religiosa.

Souza et al. (1986) realizaram um estudo sobre mudanças na imagem corporal em pacientes colostomizados e ileostomizados. A população estudada foi composta de pacientes internados no período de novembro/82 a junho/85, no Serviço de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da USP. Foram também incluídos os pacientes que procuraram o Ambulatório do Serviço, na mesma época. O critério de seleção da amostra foi o de excluir apenas os pacientes que estavam em tratamento psiquiátrico, do total de indivíduos atendidos no serviço supracitado. Os dados foram obtidos através de entrevista psicológica individual, repetida quando necessário, e inclui-se o estudo das atividades social e sexual. O

estudo constou de 30 pacientes, dezoito dos quais do sexo feminino. Na distribuição por faixa etária, houve predomínio das faixas de mais de 40 anos (63,3%). Mais da metade dos indivíduos entrevistados tinham estomas de caráter definitivo (15 colo e 12 ileostomizados). Dentre as doenças que motivaram a realização do estoma tem-se: Neoplasia de reto (30%), Neoplasia de cólon (10%), Fístula retal (23,3%), Outras (36,7%). Dos trinta indivíduos, dezessete (dez homens e sete mulheres) foram entrevistados após a alta hospitalar e reingresso no ambiente familiar e social e, portanto, passíveis de estudo da atividade sexual.

Estes dezessete pacientes puderam ter a sua atividade de trabalho comparada à anterior, ou seja, antes da operação. Quatro deles (24%), entre os quais uma mulher, retornaram ao trabalho anterior. Seis outros (35%), três mulheres, não continuaram a exercer suas atividades anteriores, trabalhando, porém mais isolados, às vezes em sua própria casa. Sete pacientes (41%), um do sexo feminino, passaram a não ter atividade profissional no período após a realização do estoma. Onze indivíduos (65%) referiram que saem de casa apenas para compromissos muito importantes tais como consulta médica ou situações de urgência. Seis (35%) restringem suas atividades fora de casa, apenas ao que denominam "essencial" (supermercado, padaria, visitas a parentes e outros).

Ao Desenho da Figura Humana foram encontradas grandes ansiedades e emotividade frente ao órgão mutilado, deslocando, para o sentimento de invalidez e inferioridade de toda a sua pessoa. Tais sentimentos geram agressividade. A maior área de conflito detectada pelo instrumento foi o abdômem, apresentado muitas vezes como deformado e sem atrativo.

A substancial alteração da atividade sexual dos indivíduos entrevistados é evidente, e inexistente correlação entre o tempo de ostomizado e a ausência ou não de atividade sexual. A preocupação alegada de maneira clara com maior frequência em ambos os sexos é a do sentimento de vergonha frente ao parceiro.

Ainda para Souza et al (1986) "a representação de si mesmo está ligada à imagem corporal. O corpo é uma dimensão muito importante, porque se relaciona de maneira linear e direta com o trabalho. Para a maioria dos pacientes o corpo perdeu a sua função social. A participação em sua comunidade e família decaiu significativamente. Aqui, o estoma é tido como ponto de referência do corpo como um todo, e do sistema de vida geral".

Para Grubb e Blake (1976) os "aspectos psicosssexuais da ostomia são as atitudes mentais e emocionais que o ostomizado apresenta para com as mudanças em seu corpo e relações sexuais. Quando o indivíduo retorna ao seu ambiente normal, preocupando-se com seu futuro papel na sociedade, o período de reajustamento se inicia. Grande parte desse ajustamento é responsabilidade do próprio paciente. Após a doença severa, prolongada, a habilidade para engajar-se em atividade sexual normal pode ter um retorno lento".

Gutman e Reiss (1985), realizaram uma pesquisa com quarenta colostomizados cuja média de idade era igual a 61,5 anos e com colostomia que havia sido contraída entre 3 a 174 meses atrás, na tentativa de identificar que medidas de reabilitação esses indivíduos haviam tomado após a alta hospitalar. Todos eles tinham uma colostomia permanente, a maioria delas resultante de uma cirurgia de extirpação de carcinoma do reto. Eram todos judeus e todos casados, mas apenas dois não tinham filhos. Cinco

deles eram religiosos praticantes.

O método utilizado foi exame e entrevista. As entrevistas foram baseadas em um questionário, cujas perguntas se apoiavam na experiência dos autores e na de outros pesquisadores. Ao final desse estudo os referidos autores chegaram aos seguintes resultados: "A maioria dos pacientes (86%) necessitou de auxílio médico após a alta. Somente 20% acharam satisfatório o auxílio disponível. Pacientes que haviam sofrido procedimentos cirúrgicos de vulto e aqueles que possuíam algum familiar com colostomia pareciam controlar e aceitar mais facilmente suas colostomias. Preferiam ser ajudados pelas suas próprias esposas".

Cerca de 70% da amostra apresentava mais de uma complicação pós-cirúrgica, embora as lesões de pele fossem usualmente secundárias. Foram detectadas como complicações: "Erupção da pele com uma constrição estomal a nível de pele (9 pacientes), hérnia paraestomal com ou sem prolapso (10 pacientes), impotência (7 homens), ejaculação prejudicada (4 pacientes), dispareunia (4 mulheres) e desordens psiquiátricas (4 pacientes)".

Thomas e colaboradores (1987), realizaram um estudo sobre os efeitos psicológicos de estomas com 16 pacientes com ansiedade e/ou depressão moderada ou severa, um ano após a cirurgia de estoma e compararam com 52 pacientes que haviam tido um bom ajustamento psiquiátrico. Concluíram que os fatores associados com distúrbios psicológicos nesse tipo de paciente, estavam relacionados com uma prévia história de desordem psiquiátrica com certos tipos da personalidade como neurose e obsessão e com o aparecimento de sintomas físicos e de complicações do estoma após a cirurgia.

Rheaume e Booding (1991), efetuaram um estudo para investigar qual a relação do suporte social (família, amigos, profissionais e grupos de auto-ajuda) e do enfrentamento com a adaptação de pessoas que possuíam uma ostomia há vários anos, e que pertenciam a grupos de auto-ajuda. Do total da amostra (26) 14 (53,8%) eram homens, e 11 (42,3%) eram mulheres. Sessenta e nove por cento eram casados, e 65% viviam com seus cônjuges. Dos participantes, 16 tinham colostomias, 6 tinham ileostomias, e 1 tinha um conduto ileal. Cinquenta e quatro por cento foram submetidos à cirurgia por causa de um tumor, 15% devido à colite ulcerativa ou Doença de Crohn.

Os resultados da investigação revelaram altos níveis de suporte social e de qualidade de vida dos participantes, e mais, que eles utilizaram significativamente mais estratégias de enfrentamento orientadas a problemas, do que aquelas orientadas à emoção. Constataram que a idade, sexo, tipo de ostomia, número de cirurgias anteriores ou complicações de cirurgias não estão relacionados com o suporte social, enfrentamento ou qualidade de vida. Os resultados também indicaram que a "adaptação ocorria quando a pessoa havia se tornado confortável com sua imagem corporal adequada, sendo capaz de retornar a padrões prévios de estilo de vida". Os resultados sugerem ainda que o ajustamento da pessoa à ostomia, é resultante, pelo menos parcialmente, do suporte social que recebe. Ou seja, quanto maior o suporte, maior será o ajustamento à ostomia, o que foi indicado pelos altos índices de qualidade de vida revelados pelas pessoas, dos grupos examinados, que tinham suporte social mais elevados. Esses níveis de suportes elevados podem ser indicativos do efeito positivo que o grupo de auto-ajuda possui sobre os seus membros.

As autoras também mencionaram que a utilização, pelo indivíduo, de grande número de estratégias de enfrentamento, pode ser atribuído ao suporte social, seja ele proveniente de familiares, de profissionais de saúde ou de grupos de auto-ajuda. Para as autoras, os achados desse estudo sugerem que a avaliação do tipo e da abrangência do suporte social, é muito importante para ser utilizado na assistência que deverá ser dada ao cliente no pré e no pós-operatório. Quando um suporte social se acha disponível para o indivíduo, o enfermeiro deve encorajá-lo para que este seja utilizado em prol de uma melhor adaptação à sua ostomia. Se um tal sistema de suporte não se acha disponível ou é inadequado, o enfermeiro deve ajudar o cliente a encontrar um sistema de suporte social, que possa ser usado como auxílio.

Os autores referidos anteriormente, mencionam basicamente três tipos de problemas que as pessoas ostomizadas vivenciam, quais sejam: fisiológicos, psicológicos e sociais, dando mais ênfase e se referindo com mais frequência aos problemas fisiológicos. No entanto, têm também grande importância os problemas sociais relacionados ao próprio indivíduo ostomizado, como seu isolamento social enquanto portador de ostomia; os relacionados com a rejeição de familiares que nem sempre aceitam as suas novas peculiaridades no que se refere a falta de controle da eliminação do efluente e de gases intestinais; os relacionados à reintegração às atividades do trabalho anterior ou de um novo trabalho; os relacionados a adaptação ao grupo-cliente específico de ostomizados (associações ou clubes); e os relacionados a aquisição e uso de material de ostomia, que proporcione mais conforto e segurança. Embora a literatura enfoque cada âmbito (fisiológico, psicológico e social) por partes, ou isoladamente, a contex-

tualização desses aspectos não pode ser afastada, até porque a experiência de tratar em enfermagem com pessoas enterostomizadas mostra, claramente, as pontes inerentes ao fisiológico, psicológico e social. Em oportunidades de minha prática assistencial, foi possível ver que muitos problemas fisiológicos têm estímulos psicológicos e sociais e vice-versa. Daí, a necessidade de contextualizar a visão do profissional ao se defrontar com a assistência a pessoas enterostomizadas indo à sua situação nos grupos, tanto os naturais (primários) como os construídos (secundários).

A literatura revisada é provocante de um reforço à idéia de que é preciso trabalhar com as pessoas enterostomizadas fluindo da instância individual à instância grupal, apoiando-as em seus funcionamentos sociais.

Sub-tema 3 - Assistência de Enfermagem

Assistência de enfermagem aos indivíduos colostomizados tem sido um tema que vem preocupando os enfermeiros do Brasil e de outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, os estudos teóricos e a prática sobre o tema, se encontram bastante avançados.

Um fato curioso ocorreu nos EUA e foi decisivo para a assistência ao ostomizado, como também influenciou a qualidade da assistência de enfermagem a este tipo de paciente. Tal fato, foi a criação do curso de enterostomoterapia em 1958 em Cleveland, por Norma Gill, paciente ostomizada que manifestou ao seu cirurgião a dificuldade que encontrava para o auto-cuidado e relatou também a experiência negativa que teve com a hospitalização. Esta

paciente se propôs a iniciar como voluntária um programa de reabilitação de pacientes ostomizados. Esta iniciativa ganhou vulto e, hoje existem vários cursos de estomoterapia. Só para citar um exemplo, existe um destes cursos na Universidade do Texas - EUA. Atualmente já foi constituída a Associação Internacional de Estomoterapêutas com sede em Washington (Zerbetto, 1981).

Graças aos cursos citados anteriormente, os enfermeiros puderam ter uma formação específica para lidar com indivíduos ostomizados e assim, elevar o nível da assistência de enfermagem prestada a esse tipo de indivíduo.

Esta assistência é feita nos períodos pré e pós-operatórios, principalmente. No período pré-operatório a enfermagem está preocupada em preparar fisicamente o cliente para a cirurgia, em informá-lo sobre as mudanças que ocorrerão com o seu corpo e com a sua eliminação intestinal e em oferecer um certo suporte psicológico. No período pós-operatório a enfermagem assiste ao cliente em relação ao manejo da colostomia, ou seja, a troca de bolsa coletora de dejetos, à higiene da colostomia, à observação das alterações que ocorrem com a pele da região periestomal. Ao mesmo tempo, oferece um certo suporte psicológico, encorajando os indivíduos colostomizados ao seu auto-cuidado (como higiene da colostomia, troca de bolsa), logo que ele demonstrar competência para tais procedimentos (Rideout, 1987). A assistência ao indivíduo colostomizado, nos países desenvolvidos, conta com a participação de uma equipe multiprofissional de saúde, que envolve o enfermeiro, o médico, o psicólogo, a assistente social e outros. Nesta assistência está incluída a família do cliente. À família são fornecidas informações sobre as mudanças ocasionadas pela cirurgia de ostomia, sobre as atividades de auto-cuidado do clien-

te, como também o apoio que a família deverá dispensar ao seu membro (Lopes, 1985).

No pós-operatório, e próximo à alta hospitalar, o enfermeiro prepara para o cliente um plano de alta e acompanhamento a longo prazo, onde são informados e ensinados sobre os seguintes aspectos: manuseio de colostomia; o tipo de função da ostomia no momento presente; tamanho e formato da colostomia e como medi-la para adaptar a bolsa coletora; o nome, o endereço e o telefone para obter suprimentos para a colostomia (bolsa, etc.); o nome da enfermeira local, para terapia enterostomal e quando chamá-la; o nome do médico que deverá procurar quando voltar para acompanhamento; que tipo de reembolso de seguro obter, caso haja algum; o nome e o número do telefone de, pelo menos, um grupo local de auxílio; quaisquer restrições especiais durante o seu período de convalescência (dirigir carro, voltar ao trabalho); reconhecer complicações pós-operatórias e relatá-las; e, finalmente, como descontraír-se e desfrutar um novo começo (Rideout, 1987).

Outro aspecto importante para a assistência ao ostomizado-norte-americano, é a grande quantidade de grupos de ajuda (p.e. Associação Unida de Ostomia), cujos subsidiários estão espalhados por todo o país, e prestam um grande serviço, principalmente aos neo-ostomizados, fornecendo-lhes apoio através de uma experiência própria, vivenciada pelos seus membros (Rideout, 1987). Estes grupos de ajuda são tão valiosos para os ostomizados, que vários deles emitiram a seguinte opinião para um desses grupos de ajuda: "é possível poder aceitar mais prontamente as desvantagens e prejuízos quando as pessoas ostomizadas sabem que não estão sós no que experienciam" (Jones, 1985).

A assistência de enfermagem às pessoas ostomizadas no Brasil encontra-se ainda em fase de crescimento, contando com experiências em alguns serviços de saúde das principais cidades brasileiras.

Pelo que temos conhecimento através da escassa literatura sobre o assunto, há em São Paulo o Centro Paulista de Assistência aos Colostomizados, que é um serviço do INAMPS que funciona no PAM (Posto de Atendimento Médico) - Várzea do Carmo. Este Centro desenvolve suas atividades incluindo em sua equipe médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas no atendimento ao ostomizado. Já publicaram uma apostila intitulada: "Curso de Terapêutica Enterostômica e Reabilitação do Paciente Ostomizado", cujo conteúdo engloba anatomia e fisiologia dos intestinos delgado e grosso; cirurgias ostômicas; avaliação de equipamentos disponíveis para ostomia; assistência de enfermagem em relação aos aspectos bio-psico-sócio-espirituais; orientação dietética; aspectos psicológicos dos ostomizados e a atuação do psicólogo; e, educação física para ostomizados (Tommaso et al, 1983).

Aqui, em Santa Catarina, a assistência de enfermagem às pessoas ostomizadas foi iniciada há vários anos, e era exercida de modo ainda incipiente. Em 1984, foi fundada no Hospital Universitário (HU) a Associação Catarinense de Ostomizados (ACO), por iniciativa de um médico proctologista, que à época, convidou outros profissionais da mesma instituição (enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogo e outros médicos) para juntos constituírem um grupo com o objetivo de assistir sistematicamente aos clientes ostomizados. Esse grupo que surgia concomitantemente com a ACO, foi denominado de Conselho Técnico da

ACO. A ACO tem sua sede provisória no Hospital Universitário, onde foram iniciadas as reuniões com a participação de alguns clientes e do grupo profissional referido anteriormente. Os trabalhos foram iniciados com algum êxito, porém o pequeno número de clientes participantes das atividades que ora se iniciavam na ACO, não perduraram por muito tempo, ficando as atividades de assistência de enfermagem, praticamente, reduzidas àquelas com os clientes que se encontravam nos períodos pré e pós-operatório imediatos das cirurgias de ostomia. Os clientes que restaram do grupo que iniciou as atividades da ACO, se restringiram a realizar apenas a confecção da bolsa de colostomia levada a efeito no Hospital Universitário.

Em 1988 o mesmo médico, que em 1984, teve a idéia de reunir profissionais e clientes para criar a ACO, convidou novamente outros profissionais para retomar as atividades de assistência aos clientes ostomizados e reativar o funcionamento da Associação. O novo grupo de profissionais (pertencentes ao HU e ao INAMPS), elaborou um programa que funciona até a presente data (1991) no INAMPS - PAM-Capital, apoiado pela Ordem de Serviço SMS 158 de 03/02/88, denominado Programa de Assistência ao Ostomizado (PAO). O mencionado Programa funciona com três profissionais do INAMPS: um médico (o referido anteriormente), uma enfermeira e uma assistente social. Simultaneamente à criação do PAO, os profissionais do HU (enfermeira, assistente social e nutricionista), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (professora) e do INAMPS envolvidos na questão, constituíram o grupo que presta assessoria técnica à ACO, denominado de Grupo de Apoio ao Ostomizado (GAO). Participam também deste Grupo, em caráter temporário, alunos dos Cursos de Gradua-

ção e Pós-Graduação de Enfermagem e do Curso de Graduação de Serviço Social da UFSC. O Programa de Assistência ao Ostimizado começou a funcionar no segundo semestre de 1988. As atividades desenvolvidas incluem o cadastramento de todos os ostomizados que participam do Programa; a distribuição de bolsa coletora; a consulta de enfermagem; a consulta médica; o atendimento da assistente social; reuniões quinzenais do Grupo de Apoio para discutir os problemas surgidos na assistência ao cliente, e àqueles referentes à reativação do funcionamento da ACO. Para discutir os problemas que envolviam a ACO, eram convidados membros da diretoria da entidade. São também realizadas reuniões mensais onde participam os clientes, os seus familiares e amigos, e os profissionais (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, 1988).

Recentemente, Martins e Duarte (1991) realizaram um diagnóstico analítico da situação da assistência ao cliente ostomizado em 15 (quinze) Postos de Assistência Médica (PAM) do Sistema Unificado de Saúde (SUS) - antiga rede do INAMPS - espalhados por todo o estado de Santa Catarina, e em mais 5 (cinco) hospitais da Grande Florianópolis. Os dados obtidos nos 15 PAMs, revelaram que a participação de profissionais por categoria, na assistência à clientela ostomizada se distribui da seguinte maneira: Auxiliar de enfermagem 73,3%; enfermeiro 60,0%; assistente social 33,3%; médico 20,0%; farmacêutico 13,3% e psicólogo 6,60%. Em apenas 1 dos PAMs examinados não havia profissional de enfermagem, enquanto nos demais havia o enfermeiro e/ou o auxiliar de enfermagem. Das atividades de assistência realizadas nas mesmas instituições foram constatadas: Distribuição de bolsa coletora 100%; orientação quanto à ostomia e à higiene 86,0%;

orientação quanto ao cuidado com a pele periestomal 73,0%; distribuição de manual 53,0%; controle médico 33,3%; orientação à grupo de pessoas ostomizadas 20,0%; treinamento de clientes e familiares sobre o uso de equipamento 6,60% . Quanto ao funcionamento do programa de assistência nos 15 PAMs, as dificuldades foram: Reposição de bolsa 86,6%; definição de uma política de assistência no Estado 66,6%; curso sobre ostomia 53,3%; definição do serviço pelo SUS 46,6%; falta de pessoal 40,0%; encaminhamento a outros serviços 13,3% . A avaliação do atendimento à clientela ostomizada, avaliada pelos próprios profissionais resultou em: Muito bom 13,3%; bom 6,7%; regular 40,0%; e ruim 40,0% .

Nos cinco hospitais que fizeram parte do estudo foram relatadas, pelos entrevistados, como dificuldades referentes à prestação de cuidados aos clientes ostomizados: Falta de conhecimento específico (ostomia/ostomizado) 100%; falta de material (bolsas comuns) 60,0%; falta de acesso à patologia do paciente 60,0%; desconhecimento do que observar (no paciente) 60,0%; falta de curso/treinamento 100%; falta de preparo para lidar com o material 100%; falta de preparo para lidar com o paciente 20,0%; e inalação do odor 60,0% . Ainda nos cinco hospitais foram identificados como problemas dos ostomizados, declarados pelos enfermeiros entrevistados: Não aceitação (ostomia) 100%; preocupação com aquisição do material na alta 100%; irritação da pele pela bolsa 100%; insegurança 80,0%; medo de olhar a ostomia 60,0%; vergonha de ser ostomizado 60,0%; rejeição das fezes 40,0%; redução na alimentação/diminuição fezes 20,0%; insegurança e dúvida na relação sexual 20,0%; alteração da auto-imagem 20,0%; dependência do pessoal de enfermagem 20,0% .

Concluíram as autoras, que a assistência ao cliente ostomizado em Santa Catarina está deficiente, embora sejam prestados cuidados em várias unidades de saúde distribuídas pelo Estado. Constataram que nesse contexto, a assistência de enfermagem à clientela ostomizada, encontra-se defasada, tanto em nível ambulatorial, quanto hospitalar. Essa defasagem está relacionada, no caso dos hospitais, com a falta de material e de preparo do pessoal de enfermagem, e, no caso dos PAMs, com a falta de material, e de definição de uma política assistencial que inclui a falta de pessoal. Nesse sentido, sugeriram as autoras que seja determinado filosofia e objetivos que norteiem a política organizacional, de recursos humanos, de material e de assistência, incluindo a elaboração de um programa de assistência à clientela ostomizada à nível estadual.

Vale dizer finalmente, que na literatura consultada sobre a assistência de enfermagem não foi encontrado qualquer trabalho que evidenciasse o tratamento de clientes fazendo ligações indivíduo, grupo e comunidade. Embora o discurso da profissão nos últimos tempos indique a necessidade dessa vinculação, não há nos trabalhos revisados explicitações que assegurem ações correspondentes à criação dessa ponte como um requerimento do próprio processo de assistir em enfermagem.

Pelo exposto, podemos perceber que há um interesse e uma preocupação, por parte dos enfermeiros ligados à esta área, em elevar o nível da assistência de enfermagem, não só em Santa Catarina, mas em várias cidades brasileiras; entretanto, ainda não se explicitam metodologias direcionadas à ampliação do funcionamento social dos assistidos.

Sub-tema 4 - Aplicações do Modelo de Adaptação de Roy

A década de 1970 foi marcada por grande desenvolvimento dos modelos conceituais para a prática de enfermagem. Esses modelos trouxeram em seu bojo uma visão holística da pessoa, a meta e a intervenção de enfermagem.

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) é um dos modelos mais comumente usados nos EUA e, está sendo crescentemente usado em diversos países.

O MAR surgiu quando Roy trabalhava com Dorothy Johnson, para obter o seu grau de mestre em ciências, na Universidade da Califórnia em Los Angeles, entre os anos de 1964 e 1966. O MAR descreve a pessoa como um sistema adaptativo que utiliza os mecanismos conhecedor e regulador para enfrentar os estímulos internos e externos durante situações de saúde e de doença. Além desses, os conceitos mais utilizados nesse modelo são os Modos Adaptativos e, principalmente, o de adaptação. A meta de enfermagem se constitui na promoção da adaptação, e a intervenção de enfermagem consiste na alteração dos estímulos internos e externos de maneira que os mesmos figurem dentro do limite da habilidade da pessoa para se adaptar.

A implementação do MAR ocorreu em 1970 no currículo do Curso de Bacharelado de enfermagem da Faculdade Mount St. Mary em Los Angeles. Na mesma época surgiram os primeiros artigos publicados na literatura, sobre o MAR. Membros do corpo docente da Faculdade acima referida e, eventualmente, outras instituições, bem como estudantes de nível de mestrado e doutorado contribuíram significativamente para o maior desenvolvimento do MAR.

Em 1981, Roy editou o primeiro livro contendo o seu Modelo de Adaptação. Em 1982 já haviam surgido quase 20 publicações mostrando o contínuo desenvolvimento do MAR. Nessa mesma época, Randell, Tedrow e Landingham, escreveram e publicaram um livro intitulado: "Modelo de Adaptação de Roy Aplicado, com o intuito de ensinar um processo de pensamento que permitisse ao enfermeiro compreender, organizar e utilizar o relacionamento complexo que existe entre a pessoa em adaptação e o ambiente.

Em 1984, o MAR já havia sido adotado como base para o curso de enfermagem em muitas escolas dos EUA e do Canadá. Na mesma época, nasceu a idéia de revisar o trabalho original, para que refletisse o crescimento do MAR ao longo do tempo. Desta forma surgiu a segunda edição do seu Modelo, revisada e atualizada, a qual contou com a colaboração de vários enfermeiros, que haviam testado o seu modelo na prática.

No Brasil, Moreira (1979), utiliza o Modelo de Adaptação de Roy para elaborar um plano de assistência de enfermagem para um paciente com hipótese diagnóstica de glomérulonefrite. Ela justifica a escolha deste Modelo afirmando que ele encara o indivíduo em todas as suas dimensões. A autora descreve os objetivos do plano assistencial, desenvolve o histórico identificando as necessidades do paciente em cada modo adaptativo. Ela expõe um quadro intitulado diagnóstico e prescrição de enfermagem com três colunas, a saber: a primeira contém problemas ligados às necessidades do paciente, na segunda encontram-se os estímulos correspondentes à cada problema e, por fim, a coluna que envolve a prescrição de enfermagem. A autora concluiu que a experiência com a aplicação do MAR foi positiva, uma vez que produz resultados mais efetivos no que concerne ao nível de recuperação do pacien-

te, como também ao tempo e energia requeridos para alcançar os objetivos terapêuticos. Quanto a adaptação, proposta pelo modelo, ela afirma que esta ocorre em função da ação conjunta dos estímulos focais, contextual e residual.

Lins e Rodrigues (1982) realizaram um estudo sobre a operacionalização do Modelo de Adaptação de Roy (MAR) com um paciente com Síndrome de Cushing. O referido estudo teve como objetivos: 1) verificar se a assistência de enfermagem prestada ao paciente era feita de forma holística dentro dos modos adaptativos; 2) promover a adaptação do cliente identificando os estímulos e os seus respectivos efeitos sobre o processo de adaptação do cliente ao sistema; e 3) determinar a intervenção de enfermagem, apoiada nos 4 modos adaptativos afetados, avaliando os efeitos pelas respostas emitidas pelo cliente. Durante o desenvolvimento do trabalho, as autoras utilizaram os conceitos de modos de adaptação, estímulo e avaliação de enfermagem no momento que implementaram o processo de enfermagem. Ao final, concluíram que a enfermagem não vê o cliente como um ser holístico e que os aspectos psicossociais eram relegados, sendo valorizado apenas o aspecto físico. Acrescentaram, ainda, que a enfermagem agia inconscientemente e que o seu papel era prestar cuidados físicos por ordem de prioridade e de acordo com cada caso, além de não promover a adaptação do cliente. Ainda concluíram que era necessário conscientizar os profissionais de enfermagem sobre a necessidade de utilizar teorias para embasar a assistência de enfermagem e mais, que o cliente com Síndrome de Cushing quando recebe orientação do enfermeiro sobre as alterações que ocorrem no seu organismo e aprende a manipular os estímulos internos e externos, se adapta mais facilmente às alterações ocorridas no corpo.

Aguillar e Angerami (1984), realizaram um estudo usando o modelo de Adaptação de Roy sobre o processo de adaptação da pessoa laringectomizada. Nesse estudo elas ordenaram as observações sobre os fenômenos ocorridos, identificando as situações nas quais a adaptação era negativa e os respectivos estímulos correspondentes a esse tipo de adaptação. As autoras concluíram que os problemas adaptativos referentes ao modo fisiológico são de mais fácil identificação e relativamente semelhantes para diferentes pacientes, ao passo que, os do modo do auto-conceito, do domínio do papel e da interdependência são de difícil identificação, sua frequência é elevada e os pacientes apresentam comportamentos diversos diante de situações semelhantes. Acrescentaram ainda que as intervenções de enfermagem se constituíram de orientações, encaminhamentos, demonstrações e solicitações, as quais foram realizadas à medida que os problemas iam surgindo.

Trentini (1985), embasou o marco conceitual do seu estudo no modelo de adaptação de Roy (MAR) e na teoria de tomada de decisões. A autora estava interessada na investigação das decisões tomadas por enfermeiros em relação à seleção de problemas de pacientes passíveis de intervenção de enfermagem, e também em relação às ações de enfermagem empregadas no cuidado de pacientes com doença renal em fase final, submetidos à diálise. Estabeleceu como objetivos a identificação de problemas dos pacientes de acordo com o MAR, que os enfermeiros julgavam importantes para a intervenção de enfermagem; e a identificação do tipo de ações de enfermagem que os enfermeiros elegiam como sendo as melhores alternativas para resolver ou aliviar cada problema relacionado. A mesma autora concluiu que nem o nível de educação dos enfermeiros, nem os seus anos de experiência profissional com o cuidado

de pacientes, estiveram relacionados com o número de problemas de pacientes selecionados como passíveis de intervenção de enfermagem em cada modo adaptativo. Por outro lado, o nível de educação dos enfermeiros estava significativamente relacionado com o número de ações de enfermagem selecionadas para resolução de problemas em todos os quatro modos adaptativos. Adicionou ainda, que a maioria dos enfermeiros selecionou uma combinação de ações dependentes e independentes para resolver problemas associados com o modo de adaptação fisiológico, enquanto que para as modalidades do auto-conceito, desempenho e interdependência, a maior parte dos enfermeiros selecionou uma combinação de ações dependentes, independentes e interdependentes.

Choque (1990), utilizou o modelo de adaptação de Roy para assistir a clientes hansenianos em condição hospitalar e asilar. O seu estudo visou promover a adaptação desse tipo de cliente através do emprego do processo de enfermagem, identificando nas diversas situações dos clientes as respostas adaptativas e inefetivas, e manipulando os estímulos (focal, contextual e residual) relacionados a essas respostas dentro dos quatro modos adaptativos: necessidades fisiológicas, auto-conceito, domínio do papel e interdependência. A autora concluiu que é possível aplicar o MAR, desde que se possua conhecimentos sobre o seu processo de enfermagem e, no caso de clientes hansenianos, tenha conhecimentos e habilidades na área específica de hanseníase. Também concluiu, que os clientes portadores de hanseníase em condição asilar, independente de terem ou não deformidades incapacitantes irreversíveis, manifestam comportamentos adaptativos à sua atual condição de vida; bem como que os portadores de hanseníase em condição hospitalar que não possuem deformidades físicas, têm o

potencial de reverter comportamentos inefetivos em adaptativos e continuar convivendo com a família e na sociedade, desde que recebam orientação e assistência adequada.

Os trabalhos aqui mencionados como aplicação do MAR, referem-se exclusivamente ao indivíduo. Quase todos eles, excluindo o de Trentini, usaram exclusivamente os conceitos de Roy nos seus estudos. Na sua maioria, eles se referiram aos conceitos de modos adaptativos, de estímulo focal, contextual, residual e de adaptação.

Sub-tema 5 - Motivação / Participação

Do ponto de vista da motivação como um dos requisitos à participação dos indivíduos foi considerado, nesta prática, de extrema importância; para tanto, a motivação foi vista, segundo o postulado por Pinto, citado por Amann (1977), isto é "o indivíduo desenvolve a cada momento significativo de sua evolução, um nível tensional (energia positiva que o leva ao estado de alerta para perceber algo) ligado a um "optimum continuum"(*) de agrado e desagradado que vai, em última instância, determinar o seu grau de motivação face ao mundo exterior". Desse modo, o indivíduo tem a

(*) O autor chama de continuum, aquilo que é idêntico, ligado, sem espaços vazios; aquilo em que não se pode fazer distinção, a não ser com referência ao tempo (agora, antes, depois) e ao espaço (aqui, ali, aquém, além).

capacidade de rejeitar um estímulo que não lhe agrada, porquanto o organismo vive e age por preferências. O indivíduo desenvolve quatro motivos que funcionam simultaneamente como primários e secundários. No primeiro caso porque possibilitam a realização pessoal, e secundários porque propiciam as tarefas comunitárias. Esses quatro motivos são: Biológicos (sobrevivência), éticos (participação), lógicos (cognição) e amorosos (libertação, criatividade, projeção global). Estes motivos foram tomados como fundamentais à geração e ao impulso do processo participativo. Desses, o motivo ético é o que se vincula diretamente à busca do contato e da associação com outros indivíduos. A motivação na situação dessa prática profissional, levou a razões para mover o indivíduo a participar, mas a aprendizagem da participação só se deu quando surgiu como resposta a uma necessidade sentida.

Ainda Meister apud Ammann (1977), considera requisitos à participação:

- O que o indivíduo sabe (seu nível de informação sobre participação);
- O que o indivíduo pensa (suas atitudes, como julga os grupos de participação);
- O que o indivíduo quer (suas aspirações, como deseja melhorar a sua vida, pelo que luta, crê ou vive);
- O que o indivíduo faz (seu comportamento de participação).

Ammann (1977) apropriou-se desses requisitos e encaixou-os nos pré-requisitos de informação e motivação. Ademais, a autora lembra a falácia conceitual de participação quando se utilizam duas expressões: Participação passiva e participação ativa. Para a autora, é contraditória a expressão participação passiva visto que a participação pressupõe sempre conquista, contribui-

ção, reivindicação.

IV - MARCO CONCEITUAL

Este capítulo está elaborado com base no Modelo de Adaptação de Roy (MAR), em um determinado conceito de participação e em crenças, valores e em minha experiência profissional. Ele compreende duas partes "A" e "B". Na parte "A" estão descritas as pressuposições, os conceitos do MAR, e o conceito de participação eleito; enquanto que a parte "B" constitui-se de minhas pressuposições pessoais e da referência aos conceitos do MAR (já incluído um conceito de Participação), bem como os ajustes de sua interpretação ao assistir a pessoa enterostomizada.

PARTE A

1 - Pressuposições do Modelo de Adaptação de Roy:

- 1.1. A pessoa é um ser biopsicossocial, que funciona como um todo, denominado sistema de adaptação, e que se encontra em constante interação com o meio ambiente.
- 1.2. A habilidade de uma pessoa para se adaptar depende do grau em que a mudança ocorre, e do estado da pessoa que enfrenta a mudança.
- 1.3. A adaptação libera uma energia do indivíduo para responder a outros estímulos.

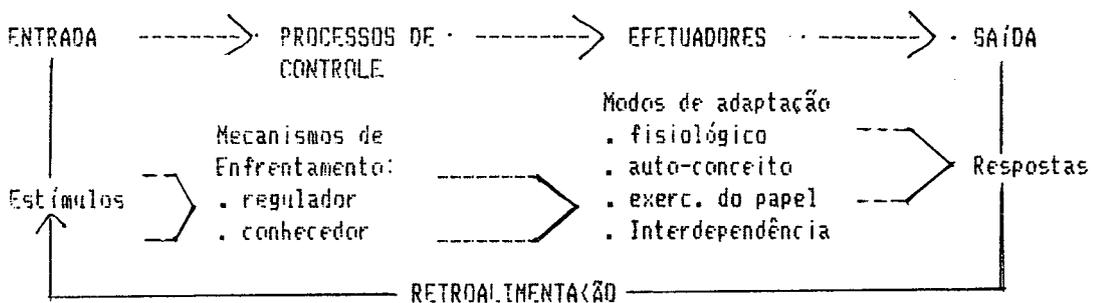
- 1.4. A pessoa está constantemente enfrentando os estímulos do ambiente, isto é, enfrentando condições, circunstâncias e/ou influências que rodeiam e afetam o seu desenvolvimento e o seu comportamento. Há três tipos de estímulos: focal, contextual e residual.
- 1.5. Respostas adaptativas são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.
- 1.6. A pessoa para se adaptar deve responder positivamente às mudanças do ambiente.
- 1.7. Para enfrentar uma mudança no mundo, a pessoa usa mecanismos inatos e adquiridos que são biológicos, psicológicos e sociais em sua origem.
- 1.8. As pessoas têm quatro modos de adaptação: fisiológico, auto-conceito, exercício do papel e interdependência, pelos quais a pessoa manifesta as respostas aos estímulos.
- 1.9. Saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida da pessoa.
- 1.10. O cliente é a pessoa que, por estar com problemas de adaptação, recebe assistência de enfermagem.
- 1.11. A meta da enfermagem é promover a adaptação da pessoa.
- 1.12. A participação do cliente origina-se do respeito e consideração aos seus valores e opiniões.

2 - Conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (MAR):

- O SER HUMANO (a pessoa):

Roy (1984), em sua teoria, considera o homem como um ser biopsicossocial, que constitui um sistema aberto, denominado sistema de adaptação. Este sistema é formado por partes distintas que compõem um todo; tais partes mantêm íntima relação entre si e o ambiente externo. Com este ambiente ele troca matéria, energia e informação em busca de adaptação. As partes deste sistema são nomeadas de elementos de entrada, processos de controle, efetadores, elementos de saída e retroalimentação, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 - O homem como um sistema adaptativo.



Fonte: Roy, C. Introduction to Nursing: an adaptation model. New Jersey: Englewood Cliffs, 1984. CAP. 2: The adaptation model of nursing. p. 30.

Entrada

Consiste de estímulos internos e externos ao ser humano, os quais determinam o nível de adaptação do indivíduo.

Estímulos

São todas as condições, circunstâncias e/ou influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa, ou seja, são as mudanças do ambiente (interno e externo), às quais o ser humano responde (Roy, 1984).

Roy (1984), refere três tipos de estímulos: a) estímulo focal, b) estímulo contextual e c) estímulo residual. Cada estímulo (focal, contextual e residual) pode ser de natureza física, biológica, psicológica e social.

Estímulo focal

É toda a condição, circunstância e influência à qual o indivíduo responde de forma imediata.

Estímulo contextual

É um conjunto de circunstâncias, influências e condições que existe no ambiente interno e externo e que, junto com o estímulo focal, contribui para o desencadeamento do comportamento (resposta) humano.

Estímulo residual

É a condição, circunstância e/ou influência existente no indivíduo, que em combinação com os outros estímulos (focal e contextual) contribuem para determinar o comportamento ou resposta do ser humano. No entanto, seu efeito nem sempre pode ser con-

firmado.

Processos de Controle

Os processos de controle são dois subsistemas da pessoa (sistema de adaptação) e consistem de habilidades internas, tanto inatas quanto adquiridas, com as quais enfrenta as mudanças do ambiente interno e externo (estímulos). Estas habilidades são mecanismos de enfrentamento internos ao homem, denominados de regulador e conhecedor. Estes mecanismos (regulador e conhecedor) têm a função de receber mensagens que são os próprios estímulos. O processamento desses estímulos os converte em resposta (comportamento) (Roy, 1984).

Mecanismo regulador

De acordo com Meleis (1984), este mecanismo (subsistema) funciona através dos nervos automáticos (sistema nervoso autônomo) para organizar a ação do indivíduo para responder e adaptar-se às mudanças do ambiente.

O mencionado mecanismo recebe estímulos do ambiente interno e externo ao indivíduo, ambos basicamente de natureza química e neural, por meio do sistema nervoso central. As manifestações observadas do corpo, por exemplo, são os efeitos das respostas automáticas que ficam à cargo das glândulas endócrinas e do processo de percepção. As percepções são alteradas pelos fatores culturais e sociais (estímulos externos) e devem permanecer na memória o tempo suficiente para que uma resposta psicomotora seja dada (Meleis, 1984).

Mecanismo conhecedor

Este mecanismo (subsistema), conforme Roy, é composto de várias partes e processos correspondentes. São eles:

a) Percepção/informação:

Este é manifestado através dos processos de atenção seletiva, codificação e memória;

b) Aprendizagem:

Esta se modifica pela imitação, reforço e discernimento;

c) Julgamento:

Envolve solução de problema e tomada de decisão;

d) Emoção:

É manifestada em defesa de si mesmo para buscar alívio (assistência, ajuda), avaliação emocional e ligação afetiva.

Estes fatores são influenciados pelos estímulos internos e externos, e afetam a escolha de resposta psicomotora de orientação, abordagem, fuga e trajetória.

Efetadores

São as maneiras pelas quais os mecanismos de controle ou de enfrentamento (regulador e conhecedor), manifestam as suas respostas (adaptativas e inefetivas). Estas maneiras, Roy (1984) denomina de modos adaptativos: a) fisiológico, b) auto-conceito, c) exercício do papel e d) interdependência.

a) modo fisiológico:

Este modo, segundo Roy (1984) compreende dez maneiras pelas quais as respostas fisiológicas são manifestadas. São elas:

- movimento e repouso;
- nutrição;
- eliminação renal e intestinal;
- oxigenação e circulação;
- fluídos e eletrólitos;
- função endócrina;
- função neurológica;
- integridade da pele;
- regulação da temperatura;
- sentidos.

Para ilustrar este modo, será dado o seguinte exemplo: um indivíduo acometido por uma infecção respiratória (estímulo), manifesta as suas respostas através de tosse, dispnéia, febre, astenia, que são maneiras próprias do modo fisiológico.

b) Modo do auto-conceito:

Para Buck (1984), este modo compreende um conjunto de crenças e sentimentos individuais, que influenciam o comportamento da pessoa. Este modo inclui integridade psíquica, eu-físico, eu-pessoal, auto-consistência, auto-ideal/ auto-expectativa, eu moral-ético-espiritual, auto-estima e aprendizagem.

- integridade psíquica - significa que a pessoa precisa saber quem ela é, a fim de que possa existir, com um senso de unidade.
- eu-físico - é a valorização que o indivíduo atribui ao próprio ser físico, incluindo atributos físicos, funciona-

mento, sexualidade, estados da saúde-doença e aparência (sensação corporal e imagem corporal).

- eu-pessoal - é a valorização que a pessoa atribui às suas características próprias, suas expectativas, valores e merecimento. Engloba auto-consistência, auto-ideal/auto-expectativa, eu moral-ético-espiritual e auto-estima:

- . auto-consistência - componente do eu-pessoal que se esforça para manter uma auto-organização consistente, evitando o desequilíbrio;

- . auto-ideal/auto-expectativa - se refere ao que o indivíduo espera ser e fazer;

- . eu moral-ético-espiritual - aspecto do eu pessoal que funciona como observador, estabelecedor de padrões, sonhador e, acima de tudo, avaliador de quem este indivíduo se diz ser;

- . auto-estima - é a percepção que o indivíduo tem do seu próprio merecimento.

- aprendizagem - é a mudança de comportamento que está na dependência de processos envolvendo recompensas, imitação e discernimento.

c) Modo do exercício do papel

Conforme Nuwaihid (1984), o exercício do papel é o desempenho de deveres com base em posições determinadas dentro da sociedade. Este é o modo como uma pessoa desempenha estes deveres, o qual está constantemente respondendo a estímulos externos. Os seus componentes são: papel primário, secundário e terciário; posição; desempenho do papel; domínio do papel; integridade social; comportamentos instrumental e expressivo.

Serão definidos abaixo, cada componente deste modo adaptativo, de acordo com Nuwaihid (1984):

- papel - é um conjunto definido de expectativas sobre como uma pessoa ocupa uma posição determinada, se comporta com relação a uma pessoa que ocupa outra posição. O papel foi classificado em: primário, secundário e terciário:
 - . primário - é um papel determinado, baseado em idade, sexo e estágio de desenvolvimento. Ele determina a maioria dos comportamentos em que uma pessoa se envolve, durante um período de crescimento particular da vida;
 - . secundário - é aquele que uma pessoa assume para completar as tarefas associadas a um estágio de desenvolvimento e para completar o papel primário;
 - . terciário - é aquele que é livremente escolhido por uma pessoa, temporário por natureza, frequentemente associado com realização de uma tarefa secundária, no desenvolvimento da vida pessoal.
- posição - é o lugar que uma pessoa ocupa na sociedade em relação às tarefas ou comportamentos de um papel a ser desempenhado.
- desempenho do papel - define as ações desempenhadas com relação à comportamentos esperados de um papel particular.
- domínio do papel - indica que uma pessoa demonstra comportamentos tanto expressivos, como instrumentais, que atendem expectativas sociais ligadas aos papéis assumidos.
- integridade social - significa que uma pessoa precisa saber quem ela é em relação às outras, para que ela possa agir (necessidade básica do modo do exercício do papel).

- comportamento instrumental - é o desempenho físico real de um comportamento para atingir a meta de domínio do papel. Comportamento orientado à meta de longo prazo.
- comportamento expressivo - são os sentimentos, atitudes, gostos ou antipatias que uma pessoa tem sobre um papel ou a respeito do desempenho de um papel. Comportamento orientado à meta de curto prazo.

d) Modo de interdependência

Para Tedrow (1984), interdependência são os relacionamentos estreitos de pessoas, que envolvem o desejo e a habilidade para amar, respeitar e valorizar os outros, e para aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dados por outros. Este modo envolve os aspectos de procurar ajuda, atenção e afeto. Ele compreende: adequabilidade de afeição, sustentação, outro significativo (pessoa, animal, objeto), sistemas de apoio e comportamentos receptivos e contributivos.

- Adequabilidade de afeição - é o sentimento de segurança em relacionamentos de apoio a outros (necessidade básica deste modo).
- Sustentação (suporte) - provisão de cuidado e atenção que resultem em crescimento da pessoa.
- Outro Significante - é o indivíduo que é amado, respeitado e valorizado e que, por sua vez, ama, respeita e valoriza o outro em um grau maior do que em todos os outros relacionamentos.
- Sistema de Apoio - são todas as pessoas, grupos ou animais que contribuem para atender às necessidades de interdependência da pessoa.

- **Comportamento Receptivo** - consiste em a pessoa receber, aceitar ou assimilar comportamentos de sustentação, advindos de outros significantes ou de sistemas de apoio.
- **Comportamentos Contributivos** - consistem em dar ou suprir sustentação, conforme iniciada pela pessoa em direção ao outro significante e/ou sistemas de apoio.

Saída

Consiste das respostas emitidas pelos mecanismos de enfrentamento, as quais são manifestadas através dos quatro modos adaptativos. Estas respostas (ou comportamentos) podem ser adaptativas e/ou inefetivas (Roy, 1984).

Uma resposta é considerada adaptativa quando atinge as metas estabelecidas. A resposta é inefetiva quando não atinge essas metas.

Retroalimentação (feedback)

É o canal de comunicação entre a resposta emitida e o estímulo que causou a resposta. Ou seja, funciona como o elemento propulsor do equilíbrio dinâmico do sistema.

- ADAPTAÇÃO

De acordo com Helson, citado por Roy (1981), adaptação é um estado de equilíbrio dinâmico que envolve respostas adaptativas tanto aumentadas como diminuídas, ocasionadas por processos autônomos e cognitivos, postos em funcionamento por estímulos internos e externos.

Nível de adaptação.

Segundo Roy (1984), nível de adaptação é um ponto constantemente em mudança, resultante do efeito combinado dos estímulos focal, contextual e residual, que representa o padrão da própria pessoa.

Saúde.

Conforme Roy (1984), saúde é a adequação da pessoa às mudanças do ambiente interno e externo. Dito de outra forma, a pessoa tem saúde quando responde positivamente (de forma adaptativa) aos estímulos (mudanças) aos quais ela está submetida.

Doença.

Leddy e Pepper (1985), interpretando Roy, definem doença como um enfrentamento inefetivo em um contínuo, que varia desde o grau mínimo de inadaptação até a morte (grau máximo de inadaptação).

- AMBIENTE.

Para Roy (1984), ambiente é o espaço constituído por todos os estímulos internos e externos à pessoa, ou seja, todas as condições, circunstâncias e influências (cultura, família, crescimento, desenvolvimento, valores pessoais) que circundam e/ou afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas ou grupos.

- META DA ENFERMAGEM.

Conforme Roy (1984), a meta da enfermagem é promover a adaptação da pessoa às mudanças ambientais (estímulos). Isto se

faz através da manutenção, eliminação, substituição ou modificação dos estímulos (focal, contextual e residual), aumentando assim as respostas (comportamentos) adaptativas e diminuindo as inefetivas. Desta forma a enfermagem contribui para um melhor nível de saúde, uma melhor qualidade de vida e para uma morte digna.

3 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

O processo de enfermagem do MAR se constitui de 6 passos: 1) coleta de dados de primeiro nível, 2) coleta de dados de segundo nível, 3) diagnóstico de enfermagem, 4) estabelecimento de metas, 5) intervenção e 6) avaliação.

O primeiro passo, coleta de dados de primeiro nível, consiste da identificação, pelo enfermeiro e cliente, dos comportamentos efetivos (adaptativos) e inefetivos (inadaptativos) que a pessoa está apresentando diante das mudanças ambientais. Os comportamentos são classificados em quatro categorias: fisiológicos, auto-conceito, exercício do papel e interdependência, que representam os quatro modos adaptativos, os quais têm os mesmos nomes das categorias dos comportamentos.

O segundo passo, denominado de coleta de dados de segundo nível, consta da identificação, pelo enfermeiro e cliente, dos estímulos relacionados à cada comportamento inefetivo identificado no passo anterior. Os estímulos são classificados em: focal, contextual e residual.

O terceiro passo, diagnóstico de enfermagem, se refere à interpretação que o enfermeiro dá aos dados compilados nos pas-

tos anteriores confrontando-os antes com o cliente. Roy descreveu três maneiras de se elaborar o diagnóstico. Uma delas, consiste em agrupar os comportamentos dentro de cada um dos quatro modos adaptativos, e enquadrá-los (os comportamentos) em uma tipologia de comportamentos inefetivos (previamente estabelecida), que contempla os quatro modos adaptativos. Uma outra maneira de firmar o diagnóstico é relacionar cada comportamento inefetivo aos estímulos aos quais ele está ligado dentro de cada modo adaptativo. Por fim, a terceira maneira de formular o diagnóstico é reunir comportamentos de mais de um modo adaptativo, os quais estão afetados pelos mesmos estímulos. Este é, um diagnóstico que intercruza modos adaptativos.

O estabelecimento de metas é o quarto passo do processo de Roy, o que se faz ao determinar o tipo de intervenção a ser realizada. O estabelecimento de metas consiste de uma afirmação ou afirmações que preconiza(m) qual deve ser o comportamento esperado da pessoa; ou seja, qual o comportamento a ser atingido pelo cliente.

O quinto passo, a intervenção de enfermagem, refere-se ao controle dos estímulos relacionados aos comportamentos inefetivos. Esse controle é efetivado pela eliminação ou substituição do estímulo focal ou pela ampliação do nível de adaptação, isto é, pela mudança de outros estímulos presentes. Quanto aos comportamentos efetivos que o cliente apresenta, devem ser reforçados nesta etapa pelo enfermeiro.

O sexto e último passo, denominado de avaliação, diz respeito ao julgamento da efetividade da intervenção de enfermagem. Ou seja, nesta etapa se verifica se as metas estabelecidas foram atingidas ou não. Em caso positivo, os comportamentos ine-

fetivos se tornaram efetivos, e em caso contrário, o processo deve ser reiniciado e novo(s) controle(s) deve(m) ser exercido(s) sobre o(s) estímulo(s) que está(ão) influenciando o(s) comportamento(s) que ainda permanece(m) inefetivo(s).

Para a prática assistencial, estes espaços foram confrontados com as etapas do Modelo Genérico (MG) e adotada mais uma etapa própria deste Modelo, chamada de Desengajamento. O Modelo Genérico foi escolhido por possibilitar a assistência à pessoa individualmente, na família, e em grupo secundário, no caso a ACO.

No capítulo seguinte está descrito a compatibilização dos modelos (MAR e MG) e o esquema da prática assistencial.

4 - CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO (AGREGADO AO MAR):

Para efeito de ver o cliente como um sistema cuja qualificação inclua a dimensão social, foi agregado um conceito tomado para uso junto com os conceitos de Roy. Trata-se do conceito de participação em grupo.

O conceito de participação torna-se referência obrigatória num projeto em que o agrupamento do indivíduo em um sistema (junto a uma Associação) constitui-se parte da proposta. Assim, compreender o indivíduo em grupo, requer a utilização de um claro conceito de participação. Para isto, optou-se pelo conceito de participação que tem base em Bordenave (1989), ou seja: Participação é uma necessidade fundamental humana e o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo, visto que mobiliza a interação com os demais homens, a auto-expressão,

o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e a valorização de si mesmo, pelos outros. Ligado ao conceito anterior, adota-se o que Meister apud Ammann (1977) considera como requisitos à participação:

- o que o indivíduo sabe (seu nível de informação sobre participação);
- o que o indivíduo pensa (suas atitudes, seu julgamento dos grupos de participação);
- o que o indivíduo quer (suas aspirações, como deseja melhorar sua vida, pelo que luta, crê ou vive);
- o que o indivíduo faz (seu comportamento de participação).

Ammann (1977) apropriou-se desses requisitos de informação e motivação. Além disso, a autora lembra a falácia conceitual de participação quando utilizam duas expressões: Participação passiva e participação ativa. Para a autora é contraditória a expressão participação passiva visto que a participação pressupõe sempre conquista, contribuição, reivindicação e ação.

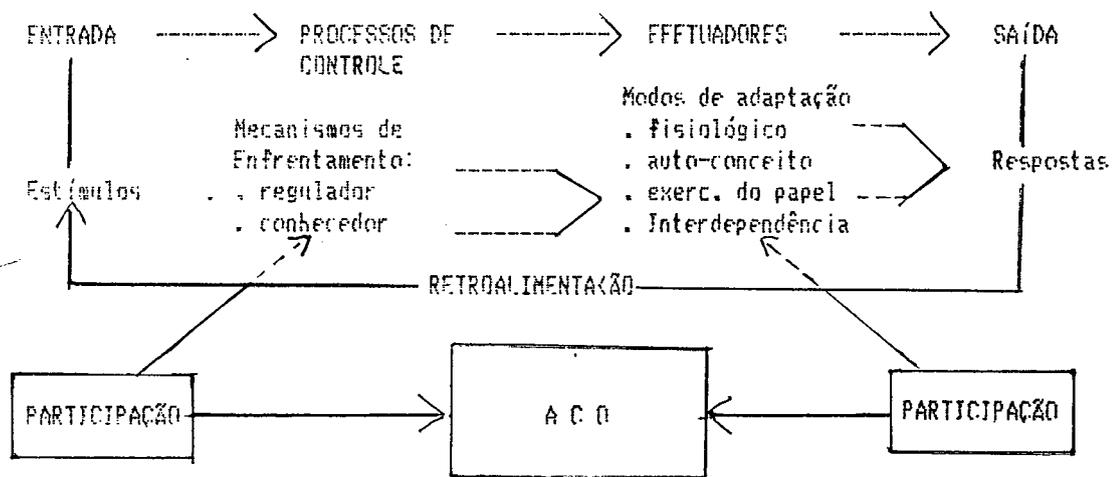
Em síntese, a participação é inerente a natureza social do homem desde as tribos dos tempos primitivos até as associações e partidos políticos de hoje. Nesse sentido, a frustração da necessidade de participar em grupos, constitui uma mutilação do homem social.

Diante dos processos de participação micro e macro, foi intencional ter como referência o conceito de microparticipação, uma vez que tal processo compreende como grupo, a família e as associações; e não, numa visão mais ampla, quando o cidadão intervém em lutas sociais, econômicas e políticas (macro-participação).

Ao agregar o conceito de PARTICIPAÇÃO ao Modelo de Adaptação de Roy, a idéia foi ativar a ponte indivíduo-grupo, embora a própria Roy, ao descrever seu modelo ^e tinha considerado a possibilidade de que ele pudesse servir a assistência de indivíduos e de grupos. O conceito de participação neste trabalho portanto, se compatibiliza e atua como um dinamizador do modo adaptativo denominado de interdependência, ou seja, aquele modo adaptativo visto como um efetivador que se caracteriza pela busca de auxílio, busca de atenção e busca de afeição através de uma interação com outras pessoas e passa a respostas que incluem tomar iniciativa e denominar obstáculos, de modo coletivo, ao lado de outras pessoas; neste caso, pessoas da Associação de clientes ostomizados.

Ao entender como principal, neste trabalho, a aproximação do cliente individual com o grupo associativo de outros ostomizados, entendemos que a PARTICIPAÇÃO contemplaria os elementos necessários aos interrelacionamento desejável desse sistema (o indivíduo e a ACO). Portanto, ao utilizar agregadamente ao esquema de Roy o conceito de PARTICIPAÇÃO, considera-se que este funciona como um conector entre os sistemas mobilizando o canal de resposta de interdependência. Num exercício, procurei ver que tanto este modo de interdependência quanto o agregado conceito de participação, ambos pertencem à modalidade psicossocial e ambos convergem para um equilíbrio confortável no relacionamento do sistema cliente com o sistema de apoio (ACO). Subjacente à modalidade da interdependência estão alguns requerimentos próprios do ser humano, tais como: ser amado, ser apoiado, ser correspondido, estabelecer relações mais profundas e outros.

Assim sendo, o conceito de participação se configura na conexão entre o sistema adaptativo do cliente e o sistema de apoio representado pela ACO. Não se pretendeu exaurir esta questão do ponto de vista de sua inserção enquanto desdobramento no modelo de Roy, mas é possível visualizar o ocorrido no seguinte esquema:



Como se pode ver, o conceito de PARTICIPAÇÃO age como conector entre o sistema adaptativo do homem e o sistema de apoio (grupo de clientes ostomizados). Essa participação, ainda que em potencial todo homem a tenha, ela precisa ser APRENDIDA e a aprendizagem decorre do mecanismo conhecedor servindo tanto à própria PARTICIPAÇÃO como também ao modo de interdependência. Nesse aspecto já se conhecia que segundo Gerwitz, citado por Roy e Roberts (1983), "o processo conhecedor ativado em relação à modalidade de interdependência é primariamente o processo de aprendizado". Nesse estudo de prática assistencial, o processo conhecedor ativado foi o APRENDIZADO DE PARTICIPAÇÃO - e com esta referência buscou-se mobilizar o modo adaptativo de interdependência, aqui visto como uma ponte INDIVÍDUO-GRUPO.

PARTE B

A pessoa enterostomizada vista segundo a Teoria de Enfermagem de Adaptação de Roy, agregando-se o Conceito de Participação.

Conforme divisão deste capítulo, nesta parte estão incluídos os meus pressupostos pessoais, os conceitos do MAR, acrescidos do conceito de participação. Na oportunidade, tais conceitos estão situados em pessoas enterostomizadas.

1 - Pressuposições Pessoais:

- 1.1. A pessoa enterostomizada, como toda pessoa, possui necessidades biológicas, psicológicas e sociais.
- 1.2. A pessoa enterostomizada, para se adaptar, precisa do apoio que advém de pessoas significantes como: cônjuge, outros familiares, amigos e, em particular, outros em semelhantes necessidades de ajuda.
- 1.3. A pessoa enterostomizada precisa compartilhar a sua experiência de enterostomia, com outras pessoas em situação similar, formando um grupo que troque experiências de modo a favorecer à sua adaptação.
- 1.4. A vida é um processo que inclui comportamentos inefetivos a serem revertidos, e nela, o próprio homem procura o prazer e não o sofrimento; a recompensa e não a punição; o equilíbrio e não o desequilíbrio; a adaptação e não a desadaptação.

- 1.5.) A educação e o cuidado têm um fim, qual seja, a melhor utilização pelo homem do seu poder, de suas potencialidades e/ou possibilidades para a solução de seus problemas.
- 1.6. Nas perspectivas de educação e cuidado, a enfermagem assiste a pessoas enterostomizadas, através de sua participação em grupos, como uma forma de mobilização do componente educativo face ao processo social, a fim de promover a adaptação.
- 1.7. A participação é potencialmente inerente ao indivíduo, cuja habilidade se aprende e se aperfeiçoa.
- 1.8. Ao cliente individualizado ou em grupo propõe-se o reconhecimento de suas potencialidades para resolver seus comportamentos inefetivos.
- 1.9. A vida associativa proporciona ao indivíduo compartilhar, seus problemas individuais com o grupo, ao mesmo tempo que o encoraja a viver, pois reconhece que, como ele, há outras pessoas com problemas semelhantes e diferentes soluções.
- 1.10. A participação do indivíduo em grupo favorece o seu auto-crescimento como pessoa, à medida que o capacita para o entendimento do funcionamento social.

1.11. A participação do indivíduo no microssistema (família e bairro) e no midissistema (pequena comunidade e associação), favorecerá a sua participação mais ampla na sociedade, contribuindo para a sua adaptação.

2 - Conceitos do MAR e de Participação

Nesta prática incluiu-se o conceito de participação, atribuindo a este um espaço igualmente importante ao lado dos conceitos de Roy, em razão do desenvolvimento no cliente enterostomizado, de forma que, ao ativar o modo de interdependência, haja a possibilidade de aumentar a adaptação.

A pessoa com uma enterostomia é, portanto, na ótica de Roy, um sistema aberto que troca matéria, energia e informações, constantemente, com o ambiente. Ele é dotado de elementos de entrada, que são os estímulos, de processos de controle (mecanismo regulador e conhecedor) e de elementos de saída que são os comportamentos ou respostas do indivíduo aos estímulos, como qualquer outra pessoa.

Input (entrada)

Os "inputs" são os estímulos provenientes do ambiente (interno e externo) da pessoa enterostomizada. Alguns dos principais estímulos específicos do enterostomizado são, por exemplo, a presença de enterostomia (Jones, 1985), a mutilação do corpo (Kelly, 1985), a drenagem de fezes sobre a pele periostomal, podendo causar erosão; os estomas sem protrusão, dificultando a adaptação da bolsa coletora de dejetos; a presença de bolsa que

não retém odor (Erikson, 1987). Ainda outros podem ser constituídos de localização inadequada do estoma, podendo resultar em respostas inefetivas (não adaptativas) de controle, e não aceitação da ostomia; ou da eliminação incontinente de fezes e flatus (Kelly, 1985; Rideout, 1987). Figuram também como estímulos, a presença de agente alérgico e trauma mecânico para a pele (Broodwell, 1987). São também estímulos a condição pós-cirúrgica e o medo do futuro (Kelly, 1985). A lesão cirúrgica (causada pela criação do estoma) nos nervos que controlam a ereção e a ejaculação no homem, e a remoção ou encurtamento vaginal, a lubrificação diminuída da vagina, provocando a dor durante o coito, na mulher, são partes de um conjunto de estímulos possíveis a pessoas enterostomizadas. Também o medo da aparência do estoma, o ruído, o odor e o vazamento da bolsa de ostomia durante o coito, motivando uma má adaptação no relacionamento sexual do enterostomizado (Shipes, 1987), são outras possíveis possibilidades de estímulos. Além desses, podem também figurar como estímulos, as normas da sociedade que exigem que se tenha um corpo jovem, saudável, perfeito e plenamente funcional. Por outro lado, esta sociedade tem expectativas de que o corpo seja continente e livre de odores. A pessoa ostomizada deixa de se ver como um ente íntegro, para encarar-se como mutilada, suja e sem atrativos (Shipes, 1987). Estes são alguns dos estímulos esperados diretamente da situação de pessoas enterostomizadas. Naturalmente, ao lado desses, há muitos outros que se manifestam como estímulos nas pessoas em outras situações, independente de sua situação clínica.

Processos de Controle

Os estímulos são enfrentados pelos mecanismos regulador e conhecedor (processos de controle) das pessoas, e por isso mesmo daquelas enterostomizadas, que produzem respostas respectivas (output), as quais são manifestadas por meio dos 4 modos adaptativos: fisiológico, auto-conceito, exercício do papel e de interdependência (efetivadores do sistema).

Por sua vez, o output ou saída, é a reação (comportamento) resultante do enfrentamento entre os estímulos do ambiente interno e externo (input), e os mecanismos regulador e conhecedor (processos de controle), expressada por intermédio dos quatro modos adaptativos.

- Modos Adaptativos

a) Modo fisiológico

Algumas manifestações de comportamentos (respostas) neste modo adaptativo em pessoas enterostomizadas, são expressos pela condição pós-cirúrgica, isto é, eliminação de flatus e dejetos por um ânus ectópico incontinente (Kelly, 1987; Brodwell, 1987; Rideout, 1987); pela remoção ou encurtamento vaginal com lubrificação diminuída, provocando dor durante o coito, na mulher. Pela ausência ou diminuição da ereção e ejaculação, no homem (Shipes, 1987). Os comportamentos são também expressados sob a forma de uma erupção eczematosa na pele periostomal (Beck et al, 1987), ou como edema, eritema, corrosão, supuração ou sangramento, prurido e queimadura da pele (Brodwell, 1987). Os enterostomizados poderão apresentar outras respostas além das já citadas

acima, mas que não foram mencionadas na bibliografia consultada. Estas respostas podem ser resgatadas por mim através da participação junto ao Clube de Ostomizados de Pernambuco e à Associação Catarinense de Ostomizados. Dos contatos mantidos nas reuniões ordinárias destas duas instituições, pode-se apreender ainda como respostas do enterostomizado neste modo fisiológico, o seguinte: preocupação com que tipo de alimento a ingerir, temor a episódios de diarreia; preocupação com que determinado alimento cause inflamação do estoma. Por outro lado, há respostas em que o enterostomizado ingere todos os tipos de alimentos, inclusive toma bebidas alcoólicas, socialmente. Eliminação maior de líquidos ocorre com os ileostomizados, e com os colostomizados cujos ostomas se situam nos cólons ascendente e transversal (terço proximal). Respostas relacionadas à função endócrina, função neurológica e aos sentidos, não foram encontrados na bibliografia consultada, nem pela minha convivência com pessoas enterostomizadas.

b) Modo do Auto-conceito

Neste modo adaptativo, as respostas (comportamentos) do enterostomizado são quase sempre expressas como sentimentos de inquietude, insegurança no período pós-operatório inicial; sentimentos de cólera, ódio para com os que o assistem, bem como auto-reprovação, retraimento e fracasso (Kelly, 1987). Sentimentos de que a ostomia é feia e de odor desagradável foram citados por Alterescu (1985). Já Shipes (1987), se refere a mudança de imagem corporal, mágoa, temor, estresse, cólera, depressão, pessimismo, retraimento, descrença, hostilidade, negação, desesperança e perdas (perda da vida, da renda, etc.). O último autor acrescenta o sentimento do enterostomizado vendo-se a si mesmo como uma pessoa

mutilada, suja e sem atrativos. Muitas dessas respostas pude ver na minha prática assistencial junto à pessoas enterostomizadas.

c) Modo do Exercício do Papel

Shipes (1987), inclui nas reações apresentadas pelos enterostomizados, as mudanças em papéis. Druss, O'Connor e Stern, citados por Watson (1983), se referem a uma redução de horas de trabalho em muitos dos seus indivíduos pesquisados. Outras respostas deste modo adaptativo, poderão ser aquelas em que o indivíduo, terá que mudar de profissão (mudar o seu papel na sociedade) ou restringir as atividades dentro da mesma profissão. Para o primeiro caso, citaria o exemplo de uma jovem, cuja profissão é ser modelo profissional, que fosse submetida a uma cirurgia para construção de uma ileostomia. Provavelmente, ela teria que trocar de profissão, porque o seu corpo é o seu objeto de trabalho, e que em muitas ocasiões terá que ser apresentado com roupas sumárias, exteriorizando o estoma. Um outro exemplo semelhante, é o de um professor de educação física que se submete à construção de uma enterostomia. Provavelmente ele terá de mudar de profissão ou restringir as suas atividades. Outros exemplos semelhantes seriam os de profissionais como juizes de futebol, jogador de futebol, lutador de boxe, judô, karatê, e tantos outros. Aqui, nas observações de minha própria prática, os operários, lavradores e donas de casa também sofrem alterações de seus papéis.

d) Modo de Interdependência

Para Rubin & Devlin (1987), as pessoas ostomizadas, restringem suas atividades sociais após a cirurgia de estoma, exercendo controle consciente sobre a variação e tipo de participação social. Druss, O'Connor e Stern, citados por Watson (1983), observaram uma deterioração em relacionamentos sociais em muitos indivíduos da amostra do seu estudo. Constatou-se por meio da bibliografia consultada, e pela convivência com grupos de ostomizados, que muitas vezes a pessoa enterostomizada tem que trocar de profissão por causa do ostoma (perda do papel que exercia), ele tem também o seu auto-conceito diminuído, e muitas vezes ele se torna dependente de profissionais de saúde, de familiares, parentes e até de amigos. Ao contrário disso, há certas pessoas enterostomizadas que compartilham a sua experiência com outras pessoas ostomizadas, oferecendo ajuda aos companheiros, com base em sua experiência. Neste aspecto, pode ver tanto a retração à participação social, como uma retomada do compartilhar junto a outros companheiros com problemas semelhantes.

- Adaptação

A pessoa enterostomizada está adaptada quando apresenta comportamentos efetivos, ocasionados por processos autônomos e cognitivos (mecanismos regulador e conhecedor), postos em funcionamento por estímulos internos e externos (presença de enterostomia, sentimento de mutilação, normas da sociedade, incontinência de fezes e flatus, retraimento, etc.), que configuram um estado de equilíbrio dinâmico.

. Nível de adaptação

É a habilidade que a pessoa enterostomizada possui para enfrentar os estímulos do ambiente interno e externo, que variam à cada situação de enfrentamento. A pessoa enterostomizada, estabelece o seu limite (habilidade de enfrentamento), de forma involuntária em relação aos processos biológicos, e de forma espontânea em relação aos processos psicossociais, ambos próprios de cada pessoa. Assim sendo, podemos afirmar que o nível de adaptação varia de pessoa para pessoa frente aos mesmos estímulos, na mesma pessoa diante de estímulos diferentes, ou ainda na mesma pessoa, frente aos mesmos estímulos, mas em ocasiões diferentes.

. Saúde

A saúde da pessoa enterostomizada é o resultado da sua adaptação às mudanças do ambiente (estímulos). Esta adaptação é manifestada através de comportamentos (respostas) adaptativos, que favorecem ao seu crescimento e desenvolvimento.

. Doença

São todos os enfrentamentos inefetivos, ao longo de um contínuo, que variam de um grau mínimo de inadaptação, até um grau máximo (morte). Dito de outra forma, é a reunião de todos os comportamentos que frustram a satisfação das necessidades bio-psico-sociais da pessoa enterostomizada, no transcurso de sua vida.

AMBIENTE

O ambiente da pessoa enterostomizada é constituído de ambiente interno e externo. O interno inclui a percepção da ima-

gem corporal, as crenças, os valores, a cultura, o estágio de desenvolvimento e crescimento do indivíduo, nível de instrução, a esperança, a auto-reprovação, a inquietação, a insegurança, hostilidade, mágoa, fracasso, ausência de esfíncter para controlar a eliminação de fezes e flatus, a lesão dos nervos que controlam a ereção e ejaculação no homem, a remoção ou encurtamento vaginal, lubrificação vaginal diminuída e dor durante o coito, na mulher. O ambiente externo é formado pela família, parentes, amigos, associações de ostomizados, comunidade do bairro onde mora, local de trabalho, normas da sociedade, equipamentos utilizados na enterostomia, estatus social, e poder aquisitivo.

META DE ENFERMAGEM

A meta de enfermagem para a pessoa enterostomizada é promover a sua adaptação, diante dos estímulos que a envolvem interna e externamente. Isto se obtém identificando os comportamentos inefetivos, onde o profissional de saúde confrontará tal inefetividade destes comportamentos com a própria pessoa enterostomizada. Somente em seguida, é possível verificar que estímulos estão desencadeando aqueles comportamentos. A partir disso, são substituídos ou alterados os estímulos focais, ou ampliado o nível de adaptação, mudando outros estímulos presentes na situação. Assim, se buscará a conversão dos comportamentos inefetivos em adaptativos. Para os comportamentos adaptativos já existentes, se mantém os estímulos focais presentes ou se preserva o nível de adaptação vigente.

Conceito Agregado ao MAR: PARTICIPAÇÃO

Esse conceito se concretiza nas ações que indiquem que o assistido participa: 1) no reconhecimento do processo de assistência fazendo uma relação entre comportamentos e estímulos; 2) nas decisões ao longo da evolução e o andamento de sua própria assistência; e 3) na ampliação dos relacionamentos que possibilitam uma dinâmica favorável ao seu funcionamento social.

Um exemplo de situação vivenciada na disciplina "Prática Assistencial" cursada no currículo do Mestrado-UFSC, pode tornar mais claros os conceitos descritos anteriormente.

. SITUAÇÃO EXEMPLIFICADA:

O Sr. "G" é agricultor, tem 65 anos, oriundo do interior do Estado, casado, 3 filhos, (2 casados e uma solteira). Morando em casa com ele há: a esposa, uma filha, um dos filhos, uma nora e um neto. O outro filho casado mora próximo. Ele (o Sr. "G") desenvolvia atividades agro-pecuárias ajudado pela esposa, pela filha, e pelo filho casado que moram com ele. O sr. "G" é membro da Cooperativa Agrícola do seu Município, onde apenas se sente um sócio pagante. Participa, mais efetivamente, dos movimentos da comunidade onde reside e estimulou bastante a participação da família nesses movimentos, de tal forma que hoje a sua filha é uma das líderes do movimento feminino da zona rural e, ocupa um cargo de liderança no Distrito Sindical onde reside. O sr. "G" tem uma colostomia direita e é portador de um tumor maligno de intestino grosso com metástase para a próstata. No momento, encontra-se no hospital "C" para se submeter a um tratamento radioterápico do tumor, depois de ter vindo do hospital "H", onde foi realizada a cirurgia que resultou em colostomia.

Apresenta-se com apetite e aceita bem a alimentação, apresenta boa higiene corporal e da colostomia. Deambula em sua enfermaria, nas enfermarias próximas, em outras dependências do Hospital, inclusive, se desloca sozinho, diariamente, para o setor de radioterapia, que fica dois andares abaixo daquele em que está internado. Boa parte do tempo permanece no leito, mas aproveita algumas horas para conversar com os colegas e assistir TV. Foi colostomizado há cerca de 15 dias, demonstra interesse em aprender o cuidado com a sua colostomia e não revela nenhum constrangimento aparente em lidar com a mesma. A sua colostomia apresenta coloração rósea e funciona normalmente, eliminando fezes amolecidas de cor e odor característicos. A pele peri-ostômica encontra-se hiperemiada. Em conversa comigo, perguntou: "será que quando eu sair daqui, posso continuar a trabalhar na roça?" Respondeu-lhe o enfermeiro: "Primeiramente vai depender da disposição do senhor. Algum serviço mais pesado deve ser evitado, mas os demais poderão continuar sendo feitos". Durante a mesma conversa o enfermeiro perguntou-lhe se havia tido notícias de casa recentemente, já que sua família morava distante. Ele respondeu que uma de suas cunhadas, a que mora em um Estado vizinho, havia telefonado há alguns dias (nesta hora encheu os olhos de lágrimas).

No hospital "C", dentre as pessoas que o Sr. "G" conheceu, havia um homem de, aproximadamente, 30 anos que tinha sido colostomizado há mais ou menos 6 meses e, que continuava hospitalizado. Logo que operou foi para casa, mas já havia sido reinternado várias vezes se queixando de fortes dores. O mesmo homem, culpava o médico que o operou pelo seu estado atual. O Sr. "G" era um dos pacientes que não tinha recebido visita dos familiares, neste hospital, porque seus familiares moravam distante, no

entanto vários dos seus colegas, cujos familiares moravam mais próximos, recebiam visitas mais de uma vez por semana.

O Sr. "G" parecia acreditar bastante no tratamento radioterápico ao qual estava se submetendo, pois demonstrava uma preocupação intensa em relação a assiduidade ao referido tratamento. Isso podia ser percebido todas as vezes que a ele era sugerida uma outra atividade, além das rotineiras. Aceitava-as desde que não fosse na hora do seu tratamento radioterápico, como por exemplo, participar de bingos no hospital e das reuniões da Associação Catarinense de Ostomizados (ACO).

O Sr. "G", enquanto estava internado no hospital "C" participou de duas reuniões da Associação Catarinense de Ostomizados (ACO). Na primeira, teve uma participação efetiva, fazendo várias perguntas para suscitar as suas dúvidas em relação à convivência com a colostomia. Nessa oportunidade, o Sr. "G", se queixava de desconforto, por permanecer bastante tempo sentado. Na segunda reunião, a sua participação foi menor, pois não se sentia tão disposto como na anterior, fazendo poucas intervenções verbais. No dia seguinte à reunião, no momento em que eu, como enfermeiro, estava substituindo a sua bolsa de colostomia (uma bolsa comum por uma de boa qualidade), o Sr. "G" disse: "Que bom que essa bolsa não deixa passar cheiro. Ontem na reunião estava me sentindo mal, porque estava com mau cheiro, me sentindo sujo".

Na situação descrita acima podemos constatar os seguintes conceitos:

1) Comportamentos efetivos (adaptativos), nos respectivos modos adaptativos:

. Modo fisiológico

- apetite
- boa higiene corporal e da colostomia
- deambulação

. Modo do auto-conceito

- sensação de limpeza e conforto após a troca da bolsa de colostomia

. Modo do exercício do papel

- conversar com os colegas e assistir TV

. Modo de interdependência

- interesse em aprender o cuidado com a colostomia
- participação em atividades não-rotineiras, dentro e fora do hospital.

2) Comportamentos inefetivos (inadaptativos) nos seus respectivos modos adaptativos versus estímulos

a) Comportamento (modo do papel)

- dívidas quanto ao retorno às atividades anteriores

. Estímulos: focal - presença da colostomia.

contextuais - presença de um colostomizado na enfermaria vizinha, cujo tratamento não tem sucesso.

- . ameaça na participação da renda familiar.

residuais - exercer atividades agro-pecuárias desde a juventude;

b) Comportamento (modo de interdependência)

- chora quando fala sobre os seus familiares

. Estímulos: focal - estar distante dos familiares.

contextuais - ver os outros clientes receberem visitas e ele não.

residuais - necessidade de estar junto aos familiares.

c) Comportamento (modo de auto-conceito)

- sentiu-se sujo, desconfortável, principalmente, durante a reunião.

. Estímulos: focal - mau cheiro exalado da colostomia.

contextuais - bolsa de má qualidade que não retém o odor, e que pode desprender facilmente (espontaneamente).

. estar em um ambiente de pessoas estranhas.

residuais - ter bons hábitos higiênicos.

- o odor das fezes em público (ser desaprovado pelas normas sociais).

3) Mecanismos de enfrentamento

O mecanismo regulador tem se manifestado através dos comportamentos fisiológicos como o funcionamento da colostomia, a hiperemia da pele periestomal, a aceitação alimentar, etc.

O mecanismo conhecedor tem demonstrado o seu funcionamento, através dos comportamentos como: o interesse em aprender a lidar com a ostomia, a integração do cliente com os demais colegas, a emoção expressada pelo choro quando fala dos seus familia-

res, a preocupação em relação à perspectiva de atividades que poderão vir a ser desenvolvidas após o retorno para casa, o crédito dado ao tratamento radioterápico, e o interesse em participar de atividades tais como bingos no hospital e reuniões da ACO.

4) Respostas

As respostas são os comportamentos emitidos dos modos adaptativos.

Neste exemplo podemos ainda constatar os papéis do cliente. O seu papel primário é de pai - esposo e líder da família. O papel secundário é o de agricultor que com o seu trabalho sustenta a família e contribui para a produção agropecuária do município onde reside e, finalmente, o seu papel terciário é exercido como membro dos movimentos de sua comunidade e como membro da cooperativa agrícola do seu município.

V -METODOLOGIA

Neste capítulo está descrito o caminho percorrido por mim, como enfermeiro, ao desenvolver uma prática assistencial a clientes enterostomizados.

Metodologia adotada

Trata-se de um estudo da prática assistencial desenvolvida em caráter de trabalho autônomo sob a ótica de conceitos que compõem um modelo de referência denominado Modelo de Adaptação de Roy (MAR).

Enquanto base física, a localização desta prática assistencial foi realizada de modo itinerante, conforme o lugar onde estavam situados os clientes nas ocasiões de nossos encontros profissionais. Assim, foram utilizados ambulatórios e unidades de internação de hospitais, domicílios e dependências do INAMPS - PAM, onde foram realizadas as reuniões da ACO.

Clientela - Características gerais

A clientela desta prática assistencial desenvolvida entre fevereiro de 1990 e abril de 1991, foi composta por quatro pessoas. Três eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. Todas elas eram casadas (uma separada), e apenas uma não tinha fi-

lhos. Três residiam na Grande Florianópolis e uma no interior do Estado. As suas idades variavam entre 40 e 60 anos. Das quatro, três exerciam atividades remuneradas e uma delas era aposentada. As renda familiares variavam entre 2 a 6 salários mínimos. Os clientes tinham as seguintes profissões: um era agricultor, outro era pedreiro, outro era ferroviário e a outra era ex-professora. Três deles foram localizados por mim através do ambulatório de colo-proctologia do Hospital Universitário e o outro por meio do Programa de Assistência ao ostomizado do INAMPS.

Todos os clientes tinham diagnóstico de adenocarcinoma de reto, exceto um deles que além desse diagnóstico era portador de um tumor de cólon. Três eram colostomizados e um ileostomizado, exatamente o mesmo portador de tumores na região colo-retal. Um deles, entre os quatro, tinha um tumor de reto com metástase. Ao contrário dos demais, a sua cirurgia consistiu em apenas desviar o trânsito intestinal através da colostomia, sem extirpação do tumor. Este foi o único submetido à radioterapia.

Dentre eles, dois faleceram, um em 1990 (com diagnóstico de adenocarcinoma de reto com metástase para a próstata), sete meses após a cirurgia; e o outro (com diagnóstico de câncer colo-retal), quatro meses após a cirurgia, tendo sido re-operado nove dias antes de sua morte. Os dois restantes, o funcionário público (aposentou-se) e a ex-professora, encontram-se em bom estado geral, fazendo controle médico periódico e participando ativamente das atividades da ACO. Dos quatro clientes, apenas um não chegou a participar das reuniões da Associação Catarinense de Ostomizados, pois o seu estado de saúde não permitiu.

Para o presente estudo foi escolhido apenas um dos clientes, por entender que desta forma seria possível uma apre-

ciação mais detalhada e profunda dos conceitos que constituíram o marco conceitual. Ao cliente foi dado um nome fictício de sr. Bruno, e de igual modo às pessoas com as quais ele se relacionou, cujos nomes aparecem ao longo do texto, para que o sigilo fosse garantido, conforme contrato verbal estabelecido entre mim e o cliente.

O sr. Bruno, o cliente ao qual me refiro, tem 43 anos, primeiro grau incompleto, casado, três filhos (idades 4 - 10 anos), funcionário público (renda familiar em torno de 4 salários mínimos), reside na Grande Florianópolis em casa própria de madeira. Sua esposa trabalha no lar. Os dois filhos mais velhos estudam em escola pública no próprio bairro onde moram. Tornou-se ostomizado em 1990, depois de ter sido diagnosticado pelo médico um adenocarcinoma no terço inferior do reto, e em seguida ter se submetido a uma amputação abdômino-perineal do mencionado órgão. Desde o pós-operatório, ainda no hospital, foi grande a sua repulsa ao estoma, reação esta que se estendeu até sua casa, onde recebeu um expressivo apoio de sua esposa em várias atividades, principalmente na substituição das bolsas de colostomia nos primeiros 60 dias após a cirurgia. Logo que tornou-se ostomizado o sr. Bruno se limitou a sair de casa apenas para ir ao médico, a fim de dar seguimento ambulatorial ao seu tratamento, acompanhado por um parente.

Decorridos 45 dias da operação iniciou-se o relacionamento entre o sr. Bruno e eu, no seu domicílio, por indicação de um membro da equipe de saúde do Hospital onde ele tinha sido operado. Essa assistência por mim prestada durou cerca de quatro meses. Atualmente (1991) encontra-se aposentado e tem como principal atividade as reuniões da ACO e outras atividades mais ligadas

à própria Associação.

Acordo profissional-cliente

Neste estudo da prática assistencial o acerto entre o profissional (eu mesmo) e cliente se deu, verbalmente. No encontro primeiro, eu me apresentei como um profissional, que eu era, e quase sempre indicado por alguém já conhecido do próprio cliente. A partir daí dizia da minha intenção, tanto em ajudar o cliente como também de compor o meu estudo, mostrando aos clientes e familiares o interesse de que esse estudo pudesse contribuir ao conhecimento da enfermagem e pudesse orientar o pessoal envolvido com situações de saúde semelhantes às deles. Propositadamente, desde esse primeiro entendimento, eu procurei mostrar a minha ligação com a ACO, explicando-lhes do que tratava essa Associação e como eles poderiam trocar experiências ali. Um aspecto nobre deste acordo foi ter visto a minha palavra acreditada quando assegurei a cada cliente, o anonimato no que diz respeito à identificação de cada uma das suas situações, em particular. Falei-lhes que eu me utilizaria dos dados da prática para apresentar o estudo, mas salvaguardaria seus nomes e outros dados estruturais e funcionais que pudessem levar a associações com suas pessoas. Após ter recebido o aceite, verbalizado pelo paciente e seus familiares, prosseguia a prática assistencial pretendida, tendo agendado com os próprios clientes os dias, horários e local da série sistemática de encontros. Doutra parte, desde este primeiro encontro, até mesmo para reforçar a confiança entre nós (profissional e cliente), eu fiz questão de deixar em mãos de cada um deles o meu endereço residencial e meu número de telefone,

além do meu endereço na Universidade, permitindo, não somente a confirmação dos dados de minhas referências pessoais e profissionais, mas principalmente, facilitando o acesso a mim, caso houvesse a presença de situações de saúde não previstas e que eles julgassem precisar de minha ajuda profissional.

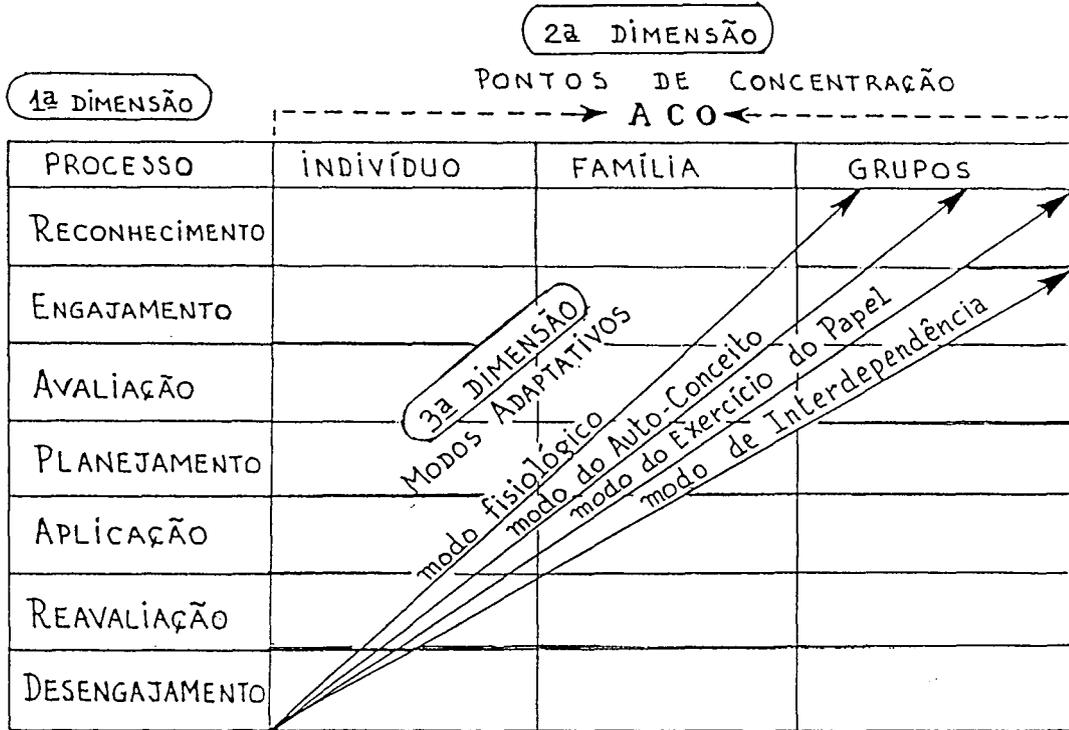
O processo de assistir.

Para guiar o processo de assistir, optei por reunir os elementos do modelo de adaptação de Roy com elementos de um modelo genérico. A idéia de combinar esses modelos provém do interesse em superar uma abordagem unicamente individual e buscar a abrangência ao percorrer o indivíduo, a família, os grupos ou até mesmo as comunidades - o que se ajusta à proposta de um modelo genérico(*), em suas 3 dimensões: as duas primeiras utilizadas (etapas do processo e sistema de concentração) e a terceira, que é a dinâmica que trespassa as etapas do processo, substituídas pelos quatro modos adaptativos de Roy. Portanto, na figura a seguir pode-se visualizar a compatibilidade das etapas de Roy com as etapas do modelo genérico (primeira dimensão) - acrescida a etapa de engajamento, visto que Roy não tratou sobre isso, e sim, assim o fez o modelo genérico. Numa segunda dimensão, vê-se o sistema de concentração que se resume na escolha ou construção de um ponto de concentração que ora é o indivíduo, ora é a família, ora os grupos - acrescida a intermediação de uma organização: ACO. A terceira dimensão é a dinâmica dos modos adaptativos

(*) Neste trabalho, Modelo Genérico é visto como indica Vieira apud Ferreira (1981).

em diagonal trespassando todas as etapas e o sistema de concentração.

esquema da prática assistencial



O Modelo Genérico é visto como indica Vieira apud Ferreira (1981).

A utilização deste esquema de prática assistencial levou a compreender que ao tratar com o cliente, necessariamente estão referidas as 3 dimensões do modelo genérico: na terceira dimensão os modos adaptativos, na segunda dimensão estão os pontos de concentração e na primeira dimensão, as etapas do processo. A primeira dessas etapas, o RECONHECIMENTO - nessa primeira etapa, utilizei de Roy a coleta de dados de primeiro nível, e então identificávamos, eu e cliente, os comportamentos efetivos e inefetivos ou inadaptativos; fazíamos isto através do relato de

vida feito por ele próprio, enquanto juntos ouvíamos, interpretávamos e até registrávamos (em gravação). Para desencadear tal relato utilizei questões de um instrumento previamente composto e, algumas vezes, acrescentei indagações de esclarecimentos buscando outros comportamentos que pudessem estar presentes e não tivessem sido explicitados.

Na segunda etapa, ENGAJAMENTO, procedeu-se a coleta de dados de segundo nível, que consistiu em identificar os estímulos (focais, contextuais e residuais) relacionados aos comportamentos já reconhecidos. Para esse fim, propuz ao cliente rever o que poderia estar gerando aquelas situações por ele relatadas e, juntos, chegávamos a algumas evidências dessa relação que havia entre estímulos e respectivos comportamentos. A AVALIAÇÃO, ou seja, a terceira etapa, era o momento em que distinguíamos quais os comportamentos e estímulo(s) considerado(s) mais relevante(s) - (estímulo(s) focal(is) - no conjunto do relato, ou seja, aqueles que influenciavam de forma mais imediata bem como os comportamentos identificados como correspondentes a esses estímulos.

Esse momento chama-se, em Roy, o de diagnóstico e se constitui de uma afirmação que demonstra a relação entre comportamentos e estímulos dentro de cada modo adaptativo. Assim, a AVALIAÇÃO redundava na síntese: COMPORTAMENTOS -----> ESTÍMULOS -----> MODOS ADAPTATIVOS (respostas).

Com isso, o processo se encaminha para o PLANEJAMENTO, este era desenvolvido, compartilhadamente, com o cliente, e se resumia no estabelecimento de metas para a remoção ou manutenção de determinados estímulos, os quais estavam determinando os comportamentos já reconhecidos. Uma vez estipulado o diagnóstico de-

nominado neste modelo de "AVALIAÇÃO", passava-se à fase posterior, denominada APLICAÇÃO. A APLICAÇÃO correspondia à intervenção em Roy, o que significava que os estímulos que desencadeavam os comportamentos diagnosticados, deveriam ser nesta fase do processo, controlados. Nesse caso, eu, como enfermeiro, e o cliente agíamos nesse controle. Primariamente, trabalhávamos com o estímulo focal, visto que assim Roy denomina como o iniciador do comportamento. É aí nessa etapa que o cliente aprende e apoia o controle de estímulos e desenvolve ações concretas para atingir as metas estabelecidas no PLANEJAMENTO.

Surge então a necessidade da fase de REAVALIAÇÃO, que consiste em julgar a efetividade da APLICAÇÃO ou seja, da intervenção segundo o resultado que a proposta alcançou, e tendo em conta os modos adaptativos do cliente. Foi nessa fase que se buscou verificar se o contrato de compartilhar as ações foi observado, se as metas foram atingidas, se o cliente expressou-se em suas potencialidades. Para tanto, foram confrontados os comportamentos na intenção de observá-los em sua evolução, ao lado dos fatores que os influenciaram (estímulos). Os comportamentos que se tornaram adaptativos foram contabilizados como tal, e reconhecidos no rol dos que precisavam ser mantidos, dada a sua efetividade. A etapa a seguir, denominada de DESENGAJAMENTO no modelo genérico, não foi prevista por Roy. A sua utilização consistiu em discutir com o cliente o quanto ele já tinha se tornado capaz, para que ele mesmo continuasse controlando seus comportamentos e estímulos, interpretando e desenvolvendo o seu sentimento de independência.

A segunda dimensão refere-se, no modelo genérico, ao ponto de concentração relativo ao cliente; neste trabalho, o pon-

to de concentração, foi por vezes, o próprio cliente, enquanto indivíduo; em outras ocasiões foi visto o cliente enquanto indivíduo, mas situado em seu grupo primário, pré-existente, ou seja, em sua família; e, ainda em outras oportunidades, buscadas intencionalmente, foi visto o cliente enquanto indivíduo ao lado de outros clientes, que fossem membros ou não de um grupo construído, secundário, porém situados na Associação de Ostromizados. Para fazer face às variações do ponto de concentração, variavam respectivamente as técnicas utilizadas, ora individuais e ora de grupos, caracterizando, assim, um preceito do próprio modelo genérico.

Finalmente, no esquema utilizado, ocorre o uso dos modos adaptativos. Estes indicavam os canais pelos quais se manifestavam, mais expressamente, as respostas à adaptação do cliente. Por essa razão, indicavam o diagnóstico conforme uma das maneiras de Roy.

Depreende-se que a combinação do Modelo de Roy e do Modelo Genérico se faz a partir de 3 dimensões:

- 1 - etapas compatibilizadas dos processos dos dois modelos (1ª dimensão);
- 2 - elementos do sistema de concentração do modelo genérico (indivíduo, família, grupo) (2ª dimensão);
- 3 - quatro modos adaptativos de Roy correspondendo à dinâmica do próprio processo (3ª dimensão).

Após a prática assistencial desenvolvida com os 4 (quatro) clientes, e relatada neste trabalho, os dados colhidos foram submetidos a uma REAVALIAÇÃO. Para tanto, foram sistematizados em quadros e a partir de encontros sequenciados dos clientes,

foi feita uma análise por etapa do processo, tendo como referências básicas o marco conceitual de Roy e o modelo genérico, quanto às etapas do processo e sistema de concentração. Houve opção por analisar mais detidamente uma das quatro situações de clientes, para tornar menos superficial e mais dinâmica a compreensão do trabalho ora realizado.

Além disso, foi feita uma remontagem e discussão de temas emergentes da prática assistencial estudada e, em consequência, organizados em temas de discussão: 1) Embates do tornar-se ostomizado; 2) O jogo do ensino-aprendizagem na assistência à pessoa enterostomizada; 3) A participação como possibilidade de criação da ponte indivíduo/grupos.

. Sequência de encontros com o cliente

Os quadros a seguir apresentados e suas respectivas análises, correspondem ao detalhamento de encontros com um dos clientes (sr. Bruno) como parte do conjunto de pessoas enterostomizadas, que foram por mim atendidas como parte deste trabalho. Tais quadros e análises se apresentam para exemplificar a prática assistencial desenvolvida, a qual serviu de base ao relato, análise e discussão que compõem esta dissertação.

QUADRO 1
 1: Encontro (25/01/91) - Em casa do Sr. Bruno, há 45 dias de ostomizado (procurado por ele, enfermeiro) através de informação do ambulatório do HU
 narrativa da situação: "... agora já consigo olhar a colostomia, embora ainda não possa eu cuidar (limpar, trocar a bolsa)". ... "Estou preocupado quando tiver que voltar a trabalhar com a bolsa, como vai ser?" ... "Estou escando das bol-
 sinhas comuns, mas tem umas melhores que ganhei no hospital quando tive alta, que vou usar quando sair, porque não passa cheiro" ... "Elas deveriam ser comprada IMS, porque são muito caras".

FASES DO PROCESSO

RECONHECIMENTO	EMBARALHAMENTO	AVALIÇÃO	DESEMPENHAMENTO
COMPORTAMENTOS EFETIVO	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	RESPOSTAS	DIAGNÓSTICO ESTÍMULO / NODO COMPORTAMENTO / ADAPTATIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Ainda não consegue olhar a colostomia (versão) - Preocupação em voltar ao trabalho - Dificuldade em conseguir realizar a colostomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Estetiva ajuda da esposa - Indisponibilidade de bolsa - Responsabilidade para serem distribuídas aos clientes nos serviços de urgência - Recação dos colegas de trabalho frente à sua nova condição de ostomizado (projeção futura) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assair o papel de doente e culturalmente estigmatizado - Inconformado com a ostomia que parece suja, pois tem hábitos higiênicos adequados - Desconectia a existência da colostomia até que essa situação ocorra - algo estranho - Não dominar o cuidado em relação a ostomia - Consequências que podem advir do uso de bolsas comuns, fora de casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Conviver adaptativa-mente com as mudanças resultantes da existência da ostomia, a rel- zando, no momento, a rel- zação da higiene e a troca da bolsa. - Discuti com o cliente sobre a necessidade de ser avaliado em outros seguintes - Receptividade em relação às abordagens feitas sobre sua situação - De acordo com o que estabelece o planejamento só poderá ser avaliado após a próxima consulta - Liarizar cada vez mais com ele - Após sabermos a data provável de sua volta ao trabalho, discutamos o assunto
<ul style="list-style-type: none"> - Consegue olhar a colostomia 		<ul style="list-style-type: none"> - Auto-conceito: aversão ao estoma - Eu-físico: sente-se sujo - Eu-pessoal: sente-se incapaz - Interdependência: - Dependência da esposa para cuidar do estoma - Insegurança em relação ao tipo de equipamento (bolsa) que utiliza - Acesso dificultado ao re-lação a bolsas de boa qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforcei comportamen- to efetivo - Estimulei o cuidado com o estoma, como forma de diminuir a aversão, e de se familiarizar após a próxima consulta - De acordo com o que estabelece o planejamento só poderá ser avaliado após a próxima consulta - Liarizar cada vez mais com ele - Após sabermos a data provável de sua volta ao trabalho, discutamos o assunto

Análise do Quadro I

O Quadro I apresenta o sumário do primeiro encontro profissional que mantive com o Sr. Bruno. Na ocasião, eu o procurei, na sua residência, a partir da informação recebida do Hospital onde ele tinha sido cirurgiado há 40 dias. Tinha uma enterostomia definitiva... Era casado, com filhos e tinha 43 anos de idade... Quanto ao ponto de concentração neste encontro foi referido o indivíduo em sua situação familiar (residência).

Reconhecí que a colostomia representava para o Sr. Bruno uma situação tão adversa que ele há apenas poucos dias antes do nosso encontro conseguiu olhar para o local (a ostomia). Embora esse comportamento tivesse algo de efetivo (o enfrentamento visual de seu corpo) por outro lado, pude ver que ainda era impossível para ele cuidar-se (limpar e trocar a bolsa), considerei, portanto, isto um comportamento inefetivo.

Nesses dados estão elementos da etapa de RECONHECIMENTO. Ao lado dessa dificuldade concreta situada no seu corpo, uma outra esboçava-se como que a ela interligada. Sr. Bruno deslocava essa dificuldade do presente para o futuro, e a associava à sua volta ao trabalho.

A procura dos estímulos que influenciavam o comportamento inefetivo de ainda não conseguir cuidar-se converge para a identificação do próprio ostoma provocando a aversão do cliente declarada "estímulo focal" e contextualmente, a "ajuda sem limites" de sua esposa.

Nesse aspecto, "a ajuda da esposa", como estímulo contextual, tanto influencia o comportamento efetivo dele já ter conseguido amenizar a aversão (ter olhado o ostoma) como também

influencia o comportamento inefetivo dele ainda estar dependendo totalmente da esposa, no que diz respeito aos cuidados de limpar, colocar e retirar a bolsa de colostomia.

Por outro lado, estímulos residuais relativos à sua crença cultural de que o cuidado é um trabalho feminino e que o cuidado do marido é um trabalho de sua mulher, estavam presentes e fortaleciam esse comportamento de não se envolver com o cuidado da ostomia - até porque ambos, ele e sua mulher, tinham sido orientados, nessa aprendizagem, ainda no hospital.

Além disso, continuava inconformado com a ostomia a que teve de se submeter, até porque desconhecia totalmente sobre isto e nunca soube da existência desse tratamento, até que lhe aconteceu desse modo. Considera isto "algo estranho" e, o estímulo residual de possuir em sua vida anterior hábitos higiênicos socialmente aceitos, faz com que ele entenda hoje que a ostomia lhe causa a idéia de parecer sujo.

O ENGAJAMENTO configurou-se na discussão dos "porquês" dos comportamentos, num diálogo mantido entre nós (enfermeiro e cliente). Diante desses dados, a AVALIAÇÃO que corresponde ao diagnóstico, se resume em:

- . Enfrentamento inefetivo:
 - Auto-conceito - aversão ao estoma
 - Eu-físico - sente-se sujo; Eu-pessoal (sente-se incapaz)
- . Interdependência:
 - Dependência da esposa para cuidar do estoma.

O PLANEJAMENTO decorrente dessa avaliação consubstancia as metas estabelecidas de modo compartilhado com o cliente, a fim de que ele próprio inicie comportamentos de alcance das mesmas.

Assim, foi colocado como meta que o cliente: 1) conviveria com as mudanças que o estoma lhe apresentava, priorizando naquele momento a sua iniciativa em realizar a higiene e troca de bolsas; 2) esclareceríamos sobre sua volta ao trabalho e adaptações pertinentes, se este fosse o caso. Esse PLANEJAMENTO ficou claro entre nós, enfermeiro e cliente, mas restava ver que ações poderiam ser desenvolvidas para alcance das metas.

Nesse sentido, na etapa de APLICAÇÃO, foram discutidas a necessidade e a importância dele próprio enquanto cliente assumir o referido cuidado, rememorando os "como" e "porques" dessa tarefa. A idéia de estimular que o cliente se cuidasse, vale-se do pensamento que, desse modo, ele diminuiria a aversão ao estoma e se familiarizaria com a situação como um acesso a novos enfrentamentos. Para isso, foram reforçados os comportamentos efetivos de "já ter olhado o estoma" bem como o mais distante de preocupar-se com sua "possível readaptação ao trabalho".

Em termos de REAVALIAÇÃO, vale registrar a receptividade do Sr. Bruno às colocações feitas sobre sua situação, ao lado de uma retomada do ânimo ao final deste encontro.

Restou a fase de desengajamento, visto que em nenhuma das questões, o Sr. Bruno já poderia ser considerado apto a desenvolvê-las por si só.

QUADRO 2 (continuação)

RECONHECIMENTO		ENRAIZAMENTO		FASES DO PROCESSO		
COMPORTAMENTOS EFETIVOS	INEFETIVOS	FOCAL	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	RESIDUAIS	ANÁLISE	DESENVOLVIMENTO
			-Possibilidade de considerá- -se incompetente para a fun- -ção que desempenhava no tra- -balho anterior		DIAGNÓSTICO ESTÍMULO / MODO COMPORTAMENTO / ADAPTATIVO	
	aversão ao estoma				PLANEJAMENTO - Cuidar-se no que diz respeito ao estoma -Revisar as metas do encontro anterior	REVALIAÇÃO APLICAÇÃO

Análise do Quadro II

O quadro II apresenta o resumo do segundo encontro profissional que mantive com o cliente, Sr. Bruno, em seu domicílio, após cinco dias do encontro anterior. Nesse encontro o ponto de concentração foi o indivíduo no seu ambiente familiar.

Ele estava muito bem humorado, conversando com a sua sogra, mantendo um relacionamento que demonstrava um típico comportamento efetivo. Pude perceber também, que havia um progresso em direção à sua adaptação, ao relatar-me com alegria que havia comido pela primeira vez, em casa após a cirurgia, um alimento que gosta bastante (feijão) e não tinha lhe feito mal.

Este fato me fez ver que a meta (conviver adaptativamente com a ostomia) estabelecida no primeiro encontro, aos poucos estava se concretizando, embora ele ainda dependesse da esposa para realizar a higiene e a troca de bolsa da ostomia, demonstrando que esse comportamento inefetivo não havia sido revertido. Ao longo da nossa conversa, surgiu um novo comportamento (eliminação incontinente de gases em local não privado), que levou o Sr. Bruno a projetar-se a ocasiões similares futuras e a pensar quais medidas adotar quando estivesse num local público, fora de casa (pensou no seu ambiente de trabalho).

A propósito, ele lembrou-se que isso já havia acontecido uma outra vez na presença dos filhos e que naquela ocasião procurou explicar o motivo de tal ocorrência. Enquanto, por um lado, flagrou-se em um comportamento inefetivo, por outro lado procurava descobrir medidas que pudessem lhe causar menos desconforto no futuro. Nesse caso ele estava dando uma demonstração de

adaptação. Assim, cumpriu-se a primeira etapa do processo - RECONHECIMENTO.

Nesse momento, o Sr. Bruno e eu resolvemos buscar os estímulos do comportamento que acabava de ser vivenciado, utilizando para tal a experiência dele e o meu conhecimento sobre o assunto, auxiliado por figuras que mostravam o aparelho digestivo. Identificamos os estímulos de origem psicológica, ligados ao funcionamento do intestino, ao tipo do alimento ingerido e aos hábitos que adota durante as refeições. Desta forma, estávamos completando a segunda etapa do processo de assistência denominado ENGAJAMENTO. Ao mesmo tempo que os estímulos eram identificados, o Sr. Bruno passava a compreender melhor a inefetividade desse comportamento (eliminação de gases) e conversamos sobre as possibilidades de enfrentamento dessas situações.

Embora ele (o cliente) conseguisse caminhar na direção da superação de alguns comportamentos inefetivos, mesmo assim, nesse encontro, continuava a sua apreensão em relação à dúvida quanto à adequabilidade funcional e social ligadas ao seu retorno ao ambiente de trabalho, algo a que já se referira no encontro antecedente. Essa apreensão sobre ele próprio em relação ao trabalho é um comportamento que mostra duas faces. Enquanto interessado no seu retorno como uma adaptação social ao trabalho é, portanto, um comportamento adaptativo; entretanto, ao associá-lo com dados já conhecidos, vimos que o comportamento inefetivo de indisposição para lidar com o estoma continuou presente e deslocou-se para agora funcionar como estímulo focal desse mais atual comportamento (expectativa sobre como lidar com o estoma no local do trabalho). Nesse ENGAJAMENTO evidenciou-se essa relação entre comportamento e estímulos, levando-nos à AVALIAÇÃO, a seguir des-

crita:

- . Enfrentamento inefetivo relacionado aos modos:
 - Auto-conceito: eu-pessoal.
 - Desenvolvimento do papel: Alteração no desempenho do papel secundário de trabalhador.
 - Fisiológico: descontrole na eliminação de gases intestinais.

Ao considerar essa AVALIAÇÃO foram estabelecidas algumas novas metas, bem como reconsideradas as anteriores, mantendo-se aquela que se refere a lidar com o estoma. Desse modo, o conjunto de metas assim se apresenta:

- 1) Cuidar-se no que diz respeito ao estoma (mantida).
- 2) Enfrentar positivamente a incontinência e eliminação ruidosa de gases intestinais.
- 3) Conseguir visualizar possibilidades de sua volta ao trabalho e a nova condição de ostomizado (substituída).

Para efetivar tais metas, a fase de aplicação conteve intervenções relativas a diferentes comunicações enfermeiro-cliente, instrumentalizada por diversas técnicas tais como: discussão de temas ligados aos comportamentos observados, demonstração de como lidar com o ostoma, exemplificação com outras situações de clientes, indicação de figuras ilustrativas, etc. A minha atividade profissional durante esse encontro se consubstanciou em mobilizar o cliente em razão das metas:

Quanto à primeira meta (lidar com o estoma) - pedi para ver e eu mesmo tocar no estoma, retirando e colocando a bolsa, ao tempo em que pedia dele alguns pequenos auxílios; isto funcionou como uma modalidade de familiarização do cliente com os materiais e com seu próprio corpo, além de contribuir para gradativamente ir eliminando os medos e a aversão ao

manejo desse conjunto de elementos da nova situação de estar ostomizado. Fiz isso em presença da esposa do cliente a fim de que ela visse a possibilidade de ir passando para ele essa responsabilidade.

Quanto à segunda meta (continência de gases) - indiquei com figuras ilustrativas a anatomia da via digestiva, em particular dos intestinos, explicando a fisiologia da digestão e sua relação com a eliminação de gases; reforçar sua atitude positiva de explicar tanto aos filhos como a seus familiares e amigos mais íntimos como esse descontrole vem lhe causando dificuldades, e agora como novos hábitos alimentares e a compreensão dessas pessoas podem amenizar isso.

Quanto à terceira meta (possibilidade de volta ao trabalho) - Discuti diferentes alternativas de encaminhamento da questão de readaptação ao trabalho, mostrando os recursos multidisciplinares para auxiliá-lo na tomada de decisão: médico, assistente social, e eu próprio como enfermeiro.

Exemplifiquei com situações conhecidas de pessoas ostomizadas que trabalham e resolvem sua dieta e cuidados com o ostoma sem maiores obstáculos.

Diante dessas intervenções, a conduta correspondente à REAVALIAÇÃO foi encaminhada para rever as metas, tendo em conta o cliente, o contrato de compartilhar, as expressões de potencialidades para a mudança e as possíveis falhas da interação enfermeiro-cliente.

Neste encontro foi possível ver que as metas estão sendo perseguidas compartilhadamente, isto é, há acenos de avanço na participação do cliente e há fortes expressões de possibilidade

de mudança, visto que em todas as intervenções, o cliente mostrou-se ativo; iniciou a familiarização com seu corpo e nele, o ostoma; repetiu explicações e fez perguntas sobre o que ingerir e como fazer para controlar os gases. Falou francamente de sua inibição expressando alívio do sentimento de vergonha anteriormente tratado. Animou-se com as perspectivas de marcar encontro com o médico e a assistente social, para com eles rever sua situação de dúvida quanto ao retorno ao trabalho. Fez comentários sobre formas análogas ao exemplo que lhe contei de outros ex-clientes ostomizados que lidam com essa situação no local do trabalho. Portanto, esboçou-se positivamente o alcance das metas estabelecidas, restando verificar qual o DESENGAJAMENTO possível naquele segundo encontro. Antevê-se o DESENGAJAMENTO da questão levantada quanto ao agendamento com o médico e assistente social para discussão da dúvida quanto ao retorno ao trabalho - isso passou a ser algo a ser providenciado pela iniciativa do próprio cliente e seus familiares. Doutra parte, o controle da eliminação de gases intestinais passou a ser do seu empenho após ter recebido as orientações dietéticas e ter explicitado o que entendeu sobre esse controle. Ao encerrar este segundo encontro ficou agendado para 20 dias depois uma revisão das metas, reafirmando-se a disponibilidade profissional de contato em casos especiais (requisitos urgentes de vida e saúde).

Análise do Quadro III

O quadro III mostra a síntese do terceiro encontro profissional que mantive com o cliente, Sr. Bruno, em sua residência. Neste encontro, o ponto de concentração foi o indivíduo no ambiente familiar.

O Sr Bruno encontrava-se sem ânimo, o que podia ser notado por seu semblante triste, pela sua postura contraída e, pela tonalidade baixa de sua voz. Ele demonstrou, nesse mesmo dia, irritação e impaciência ao relacionar-se com seus filhos. Parecia nervoso. Estávamos diante de um novo comportamento inefetivo. Esse comportamento era resultante do fracasso que teve na sua primeira relação sexual com a esposa, depois da cirurgia, conforme sua própria revelação. O seu sentimento era de desespero, que pode ser confirmado pela seguinte frase: "tem uma coisa que está me preocupando e estou muito chateado, estou mesmo arrasado. Fui ter relação com a mulher e não consegui".

De outra parte, associado a todos esses sinais que configuravam um comportamento inefetivo, evidenciava-se a demonstração de um comportamento efetivo, qual seja, o seu interesse em solucionar a questão sexual que lhe incomodava (a revelação era o próprio pedido de ajuda).

Os dados acima, constituem a primeira etapa do processo, denominada - RECONHECIMENTO.

O surgimento do comportamento sexual inefetivo, constituiu-se uma grande ameaça ao Sr. Bruno, que mostrou-se fortemente ansioso por obter um suporte em relação a esse assunto, uma vez que já havia estado com o médico, mas dele não foi possível

receber o apoio que desejava naquela ocasião da consulta, disse-lhe, sutilmente "acho que estou com uma possível impotência".

Mostrei-lhe que juntos, ele próprio e sua esposa, o médico e eu, poderíamos buscar as explicações de que necessitava. Começamos a investigar que estímulos estavam relacionados àquele comportamento sexual inefetivo. Nesse exercício de busca, isolamos os estímulos de natureza física, qual seja, o pouco tempo decorrido da cirurgia; os de natureza fisiológica, como a dor na região perineal; os de natureza psicológica, como o medo de permanecer impotente definitivamente; todos eles discutidos entre cliente e enfermeiro. Notei que o nosso relacionamento estava a cada dia mais estável e nesse encontro especificamente, a confiança do Sr. Bruno tornou-se mais visível. Um fato curioso aconteceu nesse encontro: O Sr. Bruno solicitou que sua esposa retirasse os filhos da sala, inclusive fechou uma porta que isolava o ambiente, a fim de que pudéssemos ficar a sós. Todos esses dados sobre estímulos constituem a etapa de ENGAJAMENTO.

O Sr. Bruno apresentava esse comportamento inefetivo relacionado à questão sexual que se manifestava por mais de um modo adaptativo e a avaliação pode ser assim formulada:

Enfrentamento inefetivo relacionado a:

- . modo fisiológico
 - diminuição do aporte sanguíneo ao períneo (pênis), na ocasião da relação sexual.
- . modo do auto-conceito
 - eu-físico: ausência de sensações de ereção e ejaculação
 - eu-pessoal: sentir-se incapaz sexualmente (não sentir-se mais homem), não sentir sua masculinidade (significado simbólico).
- . desenvolvimento do papel:
 - redução do papel de marido (conjugal).
- . interdependência:
 - ameaça ao relacionamento conjugal.

Após considerar com o cliente, em linguagem acessível a AVALIAÇÃO, foram estabelecidas novas metas, embora tenha sido mantida uma das estabelecidas no encontro precedente, qual seja, a que se referia às possibilidades de volta ao trabalho.

Assim sendo, o grupo de metas se apresenta dessa forma:

- 1) Investigar possíveis causas do sentimento de fracasso sexual.
- 2) Obter do médico, a curto prazo, informações técnicas para diminuir dúvidas à respeito das influências do ato cirúrgico sobre essa questão sexual.
- 3) Aumentar a participação em suas atividades de casa e as relações sociais fora do âmbito familiar.
- 4) Conseguir visualizar possibilidades de sua volta ao trabalho e à nova condição de ostomizado (mantida)

Para concretizar as metas citadas, enfermeiro e cliente discutiram sobre o conteúdo e as maneiras de atingí-las, efetivando, dessa forma, a etapa de APLICAÇÃO. A intervenção profissional consolidou-se em duas etapas. A primeira ocorreu durante o próprio encontro com o Sr. Bruno; e a segunda, fora dele, com o médico que o operou.

Quanto à primeira meta: Apresentei e discuti com o cliente a fisiologia do funcionamento sexual, esclarecendo e levantando hipóteses sobre a origem da "impotência sexual", fazendo alusão a dados resultantes de estudos e experiências de outros clientes sobre o assunto;

Quanto à segunda meta: Estabelecemos, de comum acordo, que a sua resolução deveria se efetivar o mais breve possível,

pois a sua consecução era extremamente importante para definirmos os rumos em direção à resolução da questão sexual que o afligia. Dessa forma, o Sr. Bruno me elegeu para conversar com o seu médico sobre a cirurgia e indagar sobre possíveis efeitos à questão sexual.

Quanto à terceira meta: Incentivei-o a aumentar a sua participação em atividades do lar e mostrei a importância da sua participação, principalmente, nas reuniões da ACO, pois seria uma ocasião em que ele desfrutaria da experiência de pessoas em situação semelhante à dele, enquanto pessoas ostomizadas.

Quanto à quarta meta: Resolvemos deixar o seu encaminhamento para encontros futuros, pois no momento, era prioritário reverter o comportamento inefetivo ligado à disfunção sexual.

Tendo-se cumprido a etapa de Aplicação, encaminhamentos foram tomados no sentido de reavaliar se as metas haviam sido cumpridas. Verificou-se a obtenção da primeira meta, como estava previsto, quanto ao seu comportamento inefetivo (a tristeza, o desolamento), se já havia sido revertido em efetivo, como era esperado: pude ver que o cliente parecia aliviado, pois teve oportunidade de expressar com mais profundidade as preocupações que o afligiam no momento, compartilhando-as e discutindo-as em um ambiente no qual se sentia mais à vontade - a sua própria casa. Durante esta fase de Reavaliação, o cliente externou que apesar de ainda estar preocupado com a questão, nascia dentro de si uma esperança de resolução.

No momento pedi para que ele refletisse sobre as questões ora discutidas, durante o tempo que nos separaria do próximo encontro, inclusive que pensasse a respeito da possibilidade de participar da próxima reunião da Associação de Ostomizados.

No presente encontro não aconteceu nenhum desengajamento, pois os comportamentos do cliente ainda exigem uma co-participação do profissional no que se refere aos comportamentos inefetivos.

QUADRO 4

4: Encontro (26/02/91) - Cinco dias após o anterior no domicílio do sr. Bruno.
 Narrativa da Situação: Encontrei o sr. Bruno triste, acobalhado e sem ânimo. Disse-lhe: "O sr. refletiu alguma coisa, sobre aquelas questões que conversamos?" É a gente nem sabe o que fazer! Estou aguardando a consulta do médico ainda... por falar em médico, você falou com ele?" Respondi-lhe: "O dr. Zaqueu me informou que não houve nenhuma lesão dos nervos da região do perineo na cirurgia. Eu disse para o sr. ficar tranquilo e essa região está muito dolorida, e ainda faz pouco tempo da cirurgia e a recuperação é lenta. Tem estudos mostrando que a maioria dos pacientes só voltam ao normal depois de um ano. Portanto o sr. vai ter que ter um pouco de paciência." Disse o sr. Bruno: "É como a gente sabia, né?" Disse-lhe: "É claro. Até um certo ponto deu pra tranquilizar!" Respondi: "Tranquiliza, tranquiliza! ... A gente (se referindo a ele próprio) ficou meio esgarado, quando a gente nunca passou por isso, sempre leve uma vida normal, nunca tive problema e de repente surge um problema assim, o cara não era assim! Olha, não é fácil! Mas a gente até que alivia com a coisa que você tá falando. A gente vai ter que assumir essa paciência, uma calma; não vai resolver mesmo o problema se agitar mesmo! Naquele dia você explicou muita coisa sobre a questão psicológica, nervos, por causa da operação... Isso foi coisa que eu refleti durante a semana. Qual será disso que vai ser? O que tinha medo era da operação; se mexido com algum órgão, daí a gente tá robado!... e daí fosse um erro da operação, ou até mesmo uma coisa que fosse necessária mesmo, aí era difícil recuperar normalmente... quando a gente não tem certeza, pensa 3, 4 coisas, então uma dessas tem que dá certo. Eu tinha esse pensamento assim que a coisa era nova, que isso era uma situação de tempo; também a mulher me dava essa força, que isso era uma questão de tempo... mas eu vou dizer pra você: não me falhado. Tenho disposição até pra qualquer coisa, só que não faço, por não ser recomendado...". O cliente conversou bastante sobre os acontecimentos do hospital quando esteve internado, sobre suas atividades em casa depois da internação e de fatos positivos relacionados à sua impotência, como uma confirmação à opinião emitida pelo médico sobre o assunto (de que a sua evolução sexual estava normal). No final, ao ser indagado como estava se sentindo, respondeu: "De lá pra cá (do encontro anterior para o atual); até agora, até aqui, até agora, eu vou dizer que era a mesma. Eu me senti mais aliviado por causa das notícias sua (soube por mim que o médico não relaciona a impotência a cirúrgica), isso vai me ajudar muito. Essa notícia parece ser melhor do que aquela vez pra cá. Acredito que daqui pra frente seja melhor".

FASES DO PROCESSO

RECONHECIMENTO	ENRAIZAMENTO			FASIS DO PROCESSO			DESENVOLVIMENTO	
	COMPORTAMENTOS EFETIVOS	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	RESPOSTAS	DIAGNÓSTICO ESTABILECIMENTO / ADOÇÃO	PLANEJAMENTO	APLICAÇÃO		REAVELIAÇÃO
Triste, tenso e inibido quando o apoio dispensado pela esposa contrajito a impotência da cirurgia; saber a resposta do médico sobre os danos que a cirurgia teria ocasionado (do encontro anterior para esse); "A esperança da causa da impotência não ser ocasionada pelo tratamento cirúrgico"; "O apoio e o interesse do enfermeiro no tratamento da questão"; "Alterações das condições fisiológicas para ereção e ejaculação"; "Tensão nervosa"; "Alterações das condições fisiológicas para ereção e ejaculação"	Estímulo contextual: "A cirurgia"; "A resposta do médico"; "A esperança da causa da impotência não ser ocasionada pelo tratamento cirúrgico"; "O apoio e o interesse do enfermeiro no tratamento da questão"	Respostas: "Triste, tenso e inibido"; "Impotência da cirurgia"; "Saber a resposta do médico sobre os danos que a cirurgia teria ocasionado (do encontro anterior para esse)"; "A esperança da causa da impotência não ser ocasionada pelo tratamento cirúrgico"; "O apoio e o interesse do enfermeiro no tratamento da questão"	Respostas: "Triste, tenso e inibido"; "Impotência da cirurgia"; "Saber a resposta do médico sobre os danos que a cirurgia teria ocasionado (do encontro anterior para esse)"; "A esperança da causa da impotência não ser ocasionada pelo tratamento cirúrgico"; "O apoio e o interesse do enfermeiro no tratamento da questão"	Diagnóstico estabelecido: "Impotência da cirurgia"; "Saber a resposta do médico sobre os danos que a cirurgia teria ocasionado (do encontro anterior para esse)"; "A esperança da causa da impotência não ser ocasionada pelo tratamento cirúrgico"; "O apoio e o interesse do enfermeiro no tratamento da questão"	Planejamento: "Esperar a reversão da impotência à médio e longo prazo, de acordo com a convalescença"; "Participar de atividades fora de casa, inclusive reuniões da ACO"; "Fazer planos sobre o futuro"	Aplicação: "Fazer planos sobre o futuro"; "Participar de atividades fora de casa, inclusive reuniões da ACO"; "Fazer planos sobre o futuro"	Reavaliação: "Esperar a reversão da impotência à médio e longo prazo, de acordo com a convalescença"; "Participar de atividades fora de casa, inclusive reuniões da ACO"; "Fazer planos sobre o futuro"	Desenvolvimento: "Esperar a reversão da impotência à médio e longo prazo, de acordo com a convalescença"; "Participar de atividades fora de casa, inclusive reuniões da ACO"; "Fazer planos sobre o futuro"

Análise do Quadro IV -

O quadro IV apresenta o resumo do quarto encontro mantido com o sr. Bruno, em sua residência. O ponto de concentração foi o indivíduo em sua casa.

O encontro com o Sr. Bruno neste dia esteve visivelmente marcado por um comportamento inefetivo manifestado por uma retomada da tristeza, tensão, retraimento e desânimo, evidenciados pelo tom de voz, olhar cabisbaixo, além dos sinais de contração dos músculos da face, e postura corporal curvada com ombros caídos. Esse Sr. Bruno é diferente do Sr. Bruno que encontrei na conversa do contato anterior, não só pelo conjunto de evidências já descritos, mas também pelo que respondeu quando lhe perguntei se ele tinha refletido sobre a questão do desempenho sexual da qual tinha me falado. Textualmente contida a sua resposta traduzia o "estado de coisas" que o atormentava: "é, a gente nem sabe o que fazer". Até mesmo esboçar uma frase curta, era algo que não caracterizava o modo de expressar próprio do Sr. Bruno.

Busquei, imediatamente, junto a ele, fazer o RECONHECIMENTO, isto é, compartilhar a identificação desse comportamento como inefetivo, pelo fato dele estar se "sentindo uma pessoa sexualmente incapaz". Nesse RECONHECIMENTO o fundamento para uma tomada de consciência estava ligado ao princípio de que nem sempre o que sentimos é verdadeiramente o que está ocorrendo, isto mostrava que o desempenho sexual atual decorria não diretamente do ato cirúrgico, mas do perceber-se numa situação mudada e nova de recém-ostomizado, visto que inclusive eu tinha intermediado sobre esse assunto junto a Dr. Zaqueu e que nós podíamos eliminar

essa suposição de que isto decorreria do ato cirúrgico. Ao tratar sobre essa resposta médica, sr. Bruno mudou visivelmente de semblante, adotando subitamente suas características cotidianas de inquiridor, narrador de sua história, projetista de atividades de vida futura, etc.

Entretanto, continuou preocupado com sua situação sexual, ainda que se sentisse em parte aliviado por não ser a mesma, determinada pelo ato cirúrgico.

Nesse ponto do encontro, buscamos juntos, o Sr. Bruno e eu, o ENGAJAMENTO ou seja, a relação entre esse comportamento inefetivo e os estímulos correspondentes.

Conseguimos pensar que aquilo que determinava a tristeza, a tensão do momento, eram as dúvidas quanto à irreversibilidade da impotência sexual por ele percebida; isto portanto, funcionava como estímulo focal e requeria alternativas que minimizassem efeitos danosos à vida do Sr. Bruno.

Ao lado deste estímulo focal estavam estímulos contextuais tais como o tempo que aguardou, com apreensão, a resposta do médico sobre a associação do que sentia e o próprio ato cirúrgico, preocupado que estava sobre possíveis prejuízos ocasionados pela cirurgia; outros estímulos contextuais eram o apoio da esposa de Sr. Bruno, tanto no lidar com ele no que diz respeito ao estoma como também nas demais questões inclusive as mais pertinentes às relações conjugais; e, ainda, contextual era o estímulo do próprio Sr. Bruno ao sentir-se com forças para realizar outras atividades físicas. Outro grupo de estímulos denominados residuais puderam ser reconhecidos, entre eles: Sr. Bruno acreditava que a impotência podia ser algo definitivo e isto, culturalmente, era algo "abominável" porque se fazia associação entre compe-

tência sexual e masculinidade; porque o Sr. Bruno associava culposamente práticas sexuais da sua juventude à presente situação, as quais agrupava como "fraqueza sexual" - e, mostrava-se perplexo com a "impotência" porque a sua idade atual, corresponde à possibilidade de interesse por uma vida sexual ativa. Ao lado disso, havia um estímulo residual configurado por drenagem de secreção oriunda da presença de ferida cirúrgica no períneo.

A relação feita entre esse conjunto de estímulos e o comportamento inefetivo derivado da sexualidade de Sr. Bruno concretizaram a fase de ENGAJAMENTO.

O resultado desse raciocínio, aliado a uma averiguação dos modos adaptativos, serviram de base à fase seguinte relativa ao diagnóstico e no modelo utilizado (modelo genérico) recebeu o nome de Avaliação. Assim, ficou conotada a AVALIAÇÃO a seguir:

Enfrentamento inefetivo:

. Auto-conceito:

- Eu físico - sensações corporais de impotência sexual
- Eu-pessoal - sente-se incapaz e abatido frente às suas expectativas.

. Desenvolvimento do papel:

- Desempenho do papel masculino e do papel conjugal - sente ameaças e prejuízos morais e sociais.

Diante de tal AVALIAÇÃO, o PLANEJAMENTO apresentou-se no sentido de se encaminhar o Sr. Bruno à consciência de que a reversão da sensação de impotência sexual se dará gradativamente, até mesmo a mais longo prazo, de acordo com a singularidade de sua convalescença, e a desconcentração dessa questão, por parte do Sr. Bruno, concorreria para acelerar o processo de retomada de sua condição sexual anterior. Nesse PLANEJAMENTO compartilhado, Sr. Bruno e eu, aventamos a possibilidade de ampliar

suas atividades de âmbito social, inclusive, algumas delas fora de casa. Com isso entrávamos na fase de APLICAÇÃO, desenvolvendo intervenções no âmbito do diálogo entre o Sr. Bruno e eu, as quais se resumem em três grandes grupos: 1) intervenções relativas a fazer com que o Sr. Bruno tome consciência da sua situação, de modo mais abrangente e busque entender que o tempo, nesse caso, é importante fator para o restabelecimento mais pleno da função sexual; 2) intervenções ligadas à provocar que o Sr. Bruno buscasse alternativas de exercícios possíveis para a resolução gradativa de um relacionamento sexual cada vez mais pleno; 3) intervenções que o animasse a ampliar sua participação em atividades de lazer e afazeres dentro e fora de sua casa, incluída aí a ida às reuniões da ACO, visto que ali residia, potencialmente, oportunidades dele trocar experiências com outras pessoas ostomizadas as quais, de modo similar, vinham convivendo há algum tempo com problemas e soluções de questões desse tipo.

O desenvolvimento dessa fase de APLICAÇÃO apoiou-se na crença de que dessa troca de experiências inter-grupo surgiria uma segurança maior (suporte social) e mais efetiva para o Sr. Bruno aprender a lidar com sua própria situação.

A REAVALIAÇÃO que fizemos (o cliente e eu) juntos, na fase final deste encontro, é que o Sr. Bruno tornou-se mais animado, visivelmente mudado, por ter descartado a possibilidade de estar se sentindo com aquele comportamento em decorrência de um resultado danoso de sua cirurgia. Entretanto, a reversão da sensação de fracasso sexual, por ele admitida, só em próximo encontro seria passível de reavaliação. O elemento principal dessa REAVALIAÇÃO está no alívio exibido pelo cliente, tanto nos gestos, fisionomia e outras formas não-verbais, como também e prin-

principalmente, na expressão verbalizada pelo Sr. Bruno (referindo-se à notícia que eu lhe trouxe proveniente do médico, de que sua situação sexual não estava direta e fisicamente ligada ao ato cirúrgico).

"...eu me senti mais aliviado com essa notícia, isso vai me ajudar muito. Essa notícia parece que me deixou muito melhor (comparando do último encontro para este). Acredito que daqui prá frente seja melhor ainda..."

Como se pode notar, eu organizei com o Sr. Bruno um elenco de intervenções da fase de APLICAÇÃO, incluindo duas novas propostas, e mantendo uma delas já tratada no encontro anterior, qual seja, a relativa ampliação de suas atividades sociais e, dentro dela, a perspectiva de mobilizá-lo a continuar indo à ACO, como forma de colocá-lo exposto à aprendizagem de lidar com sua vida e ter seus enfrentamentos fortalecidos lá, entre novos amigos, nas conversas com seus pares. O DESENGAJAMENTO, nas questões deste encontro, não se deu, visto que o Sr. Bruno ainda estava se exercitando para se tornar apto a vencer e continuar, por si só, sua trajetória no que diz respeito à questão sexual.

Agendamos juntos novo encontro e ratifiquei minha disponibilidade para contatos em situações especiais nas quais o Sr. Bruno entendesse que eu, profissionalmente, poderia ajudar.

QUADRO 5

Sr. Encontro (22/03/91) - Decorreu na casa do sr. Bruno. Narrativa da Situação: "Estou apavorado com uma diarreia que não para: já fui ao hospital e me deram uma injeção e um soro, me mandaram para casa e, não passaram nenhuma remédio. Melhorci, tomei um remédio por conta própria, voltei a comer e a diarreia aumentou, estou apavorado, não sei o que é que faço. Já estou de saída para o RJ". Disse-lhe: "Tenha calma, não se apavore e ouça o que eu vou lhe dizer, tome bastante líquido (água, chá, suco...), anote o nome de um remédio e ande buscar na farmácia. O nome é kaomaga ou outro semelhante, tem que ter essas duas substâncias: Cautin e pectina. Volte para casa, ande comprar o remédio, tome bastante líquido e, quando chegar o remédio tome uma colher de sopa, e também todas as vezes que evacuar. Se acabar, tenho certeza que o sr. vai melhorar. Mais ou menos às 4-00 horas (16-00 h.) passo aí para lhe ver. Suspenso da alimentação sólida". Já em sua casa, o cliente me falou: "... Melhor mesmo foi agora à tarde, depois que nós conversamos, eu tomei bastante líquido e, de lá pra cá me senti melhor ainda. Já faz tempo que foi colocado essa bolsa aqui (apontando) e ainda não saiu nada". "... Foi bom daí não preciso ir e parece que as coisas agora... Ah! fiquei contente também do outro lado, da gente ser atendido uma hora que a gente precisa... Pela sua parte assim, pra mim foi até uma satisfação, eu fiquei assim, porque na hora que a gente precisa tem, sabe aquele ter, pelo menos, uma orientação, uma informação, uma ajuda, porque a gente tá atravessando agora, nessa crise que a gente tá atravessando, assim desinformado de problema de colostomia, tem que ter alguma." ... Então, eu senti assim, até mais animado pra participar das reuniões mesmo (se referindo às reuniões de RD).

FASES DO PROCESSO

RECONHECIMENTO		ENGAJAMENTO		AVALIAÇÃO				
COMPORTAMENTOS EFETIVO	FUSCA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	RESPOSTAS	DIAGNÓSTICO ESTÍMULO / MODO COMPORTAMENTO / ADAPTATIVO	PLANEJAMENTO	APLICAÇÃO	REVALIAÇÃO	DESCOMPLACIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Telefonou apavorado: "Diarreia (n) - Ter se alimentado de um peixe e de um refrigerante" - Pedido de segurança: "Terminado peixe e de um refrigerante" - Ajuda para solucionar não cessar: "frigerante" - Clamar um episódio: "Ter" - Citar episódio de diarreia: "Tomou anti-diarreico por conta própria" - Retornar a alimentação: "Médico que ocorreu um transtorno sério com a inclusão comendo do mesmo peixe" - Hospital após atendimento não: "Forneci nenhuma orientação a ser seguida em casa" 		<ul style="list-style-type: none"> - Ter tido diarreia - Quando era não otimizado ao: "do" - Fraqueza e perda de peso - Medo que ocorra um transtorno sério com a pele da região perianal - Devido à troca constante de bolsa - Inefetividade (apavoramento e insegurança) - Modo fisiológico: "Eliminação frequente de fezes líquidas" - Auto-conceito: "Sentindo-se doente e inseguro" - Eu-físico: "Sentir-se e" - Eu-pessoal: "Inseguro" 	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes seguirá orientações sobre o tratamento da diarreia - Verificado e reforçado, no momento do encontro, orientações sobre tratamento de diarreia e seus efeitos - Recomendado novo contato se não houver regresso dos sintomas 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações haviam sido requeridas - Sintomas regressaram - Cliente demonstrou-se mais seguro 	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar-se-á no momento que ele vai precisar de ajuda do enfermeiro, i.e., quando esse comportamento se tornar consuetudado. 			

-Iniciativa de ir ao hospital buscar atendimento para um episódio de diarreia

Análise do Quadro V

- Encontro extraordinário - pós-orientação telefônica (solicitação do cliente).

Uma ligação telefônica do Sr. Bruno para a minha residência mostrava que este cliente estava em pânico por não conseguir debelar, só com suas providências até então tomadas, um episódio de diarréia. Na verdade disse-me ao telefone que a diarréia estava incontrolável e que já tinha ido a um hospital onde lhe aplicaram uma injeção e um soro, depois lhe mandaram para sua casa. Como no hospital não lhe deram remédio para usar em casa, tomou um por conta própria, voltou a comer e então a diarréia aumentou assustadoramente, motivo pelo qual o Sr. Bruno disse: "estou de saída para o hospital". Disse-lhe textualmente com voz firme e tranqüila: "Tenha calma, não se apavore e ouça bem o que eu vou lhe dizer. Tome bastante líquido (água, chá, suco de laranja lima, água de côco) e agora mesmo anote o nome de um remédio e mande buscar na farmácia: Kaomagma. Volte para casa, tome os líquidos seguidamente, e 1 c.s. do remédio todas as vezes que houver eliminação intestinal. Suspenda toda a alimentação e mais ou menos às 16 horas passo em sua casa para lhe ver. Acalme-se que eu tenho a certeza que o Sr. vai melhorar".

O contato telefônico resumido anteriormente, mostra no Sr. Bruno a presença de comportamento efetivo e inefetivo. Considerarei efetiva a sua iniciativa em procurar solucionar pelos meios possíveis a seu acesso, o episódio de diarréia que lhe perturbava. Em contraparte, considerarei inefetivo o pânico que lhe dominava no momento em que me pedia ajuda ao telefone. Esta fase de RE-

CONHECIMENTO era caracteristicamente uma fase à qual aderi, visto que o próprio Sr. Bruno tinha feito reconhecimento do seu comportamento e queria saber controlá-lo buscando as causas possíveis do quadro que se instalou com o episódio de diarréia por ele referido. A emergência da atuação fez com que eu fizesse, adiantado e simultaneamente, um ENGAJAMENTO (ver como estímulo focal) a diarréia determinando a inefetividade do comportamento (pânico do pedido de socorro), bem como o raciocínio diagnóstico ou AVALIAÇÃO, configurada basicamente no modo fisiológico, e conseqüentemente de auto-conceito, provocando uma instabilidade no Eu-físico (sentir-se doente) e no Eu-pessoal (insegurança, pânico). Em primeira instância, dada a emergência, o PLANEJAMENTO foi também telefônico e centralizado na idéia de que o cliente requeria as orientações básicas do tratamento de uma diarréia, visto que às 16 horas eu visitaria o Sr. Bruno para completar as orientações e fazer então a REAVALIAÇÃO.

Às 16 horas encontrei-me pessoalmente com o Sr. Bruno em sua casa, e já tinha eu, profissionalmente, refletido sobre o nosso relacionamento. Naquela ocasião pensei que era paradoxal constatar a estreita associação entre autoridade e familiaridade que pudemos fazer (Sr. Bruno e eu), representada tipicamente nesse atendimento. Constatei que o Sr. Bruno respeitava minha possibilidade de orientá-lo profissionalmente (tecnicamente) e simultaneamente, o Sr. Bruno sentia familiaridade e por isso não teve receio em chamar-me ao telefone, de minha casa para contar-me o que se passava e dizer da sua iniciativa em resolver ir ao hospital - eu sabia que ele esperava de mim um encaminhamento que lhe desse segurança e eu senti a medida do equilíbrio que a relação profissional-cliente necessitava: era o equilíbrio entre autori-

dade e familiaridade.

Prosseguí, refazendo a etapa de APLICAÇÃO e reforçando as intervenções adotadas: 1) tratamento básico de diarreia; 2) recomendação de novo contato para notícias de sua evolução após ter seguido o tratamento da diarreia.

A REAVALIAÇÃO foi uma etapa do processo que, compartilhadamente, fez ver ao Sr. Bruno e a mim que os sintomas tinham regredido, e que o Sr. Bruno estava mais seguro. Um aspecto que chamou a minha atenção foi que a partir desse episódio de diarreia o Sr. Bruno, que já vinha sendo solicitado a integrar-se como membro efetivo da ACO, e até já tinha ido a uma reunião, manifestou verbalmente o desejo de concretizar a sua participação nesse grupo. Fez essa referência, tomando a resolução de frequentar a ACO, alegando que lá ele tinha certeza que ficaria mais informado de como lidar com episódios como esse (referindo-se à diarreia) e outros, e que nessas horas "tem que ter alguém". A partir desse modo de pensar é que concluí (disse o sr. Bruno) que "...então eu senti assim, até mais animado prá participar das reuniões mesmo" (referindo-se à ACO).

Após um reforço de seus comportamentos efetivos e da análise dos estímulos correspondentes, pude entender que funcionaram como estímulos contextuais: uma alimentação com refrigerante e peixe, reinício de alimentação antes de cessar a primeira crise de diarreia, tomada de antidiarreico por conta própria, a ausência de orientação pós-alta no hospital. Ademais, estímulos residuais estavam presentes, entre eles a experiência antiga de lidar com a diarreia, mas quando ainda não tinha sido ostomizado; a fraqueza e perda de peso anterior, decorrente de adoecer, visto que ainda não tinha se recuperado mais plenamente; e, a situação

expectante que ele, como qualquer ostomizado, pode sentir em relação a vir a "estragar" os resultados da cirurgia (pele ulcerar em torno do estoma, por exemplo).

Pude perceber que esse conjunto de comportamentos e estímulos relativos ao episódio de diarreia, e conseqüente pânico do Sr. Bruno, fizeram com que esse cliente deixasse um pouco fora de foco sua maior preocupação presente no encontro anterior (sua sexualidade). No entanto, compreendí que esse comportamento (o sexual) estava latente e que, possivelmente, o Sr. Bruno decidiu participar do grupo na ACO (e ele usa a expressão "tem que ter alguém" referindo-se a ajudas em crises), ele não pensava só na situação presente, na diarreia, mas no descontrolo e na dificuldade de acesso à informações e ao suporte social que ele precisaria contar em outras novas situações. Ao lado disso, tendo passado por essa experiência de aprendizagem, poderia ajudar a outros que viessem a passar por situação idêntica à dele.

O DESENGAJAMENTO acena nesse encontro para o Sr. Bruno ainda como possibilidade, de vez que ele demonstra o aprendizado no controle da diarreia e a reflexão sobre as situações de pânico que podem acompanhar o cliente quando este não conta com apoio decisivo de outros para ajudá-lo. Despedimo-nos renovando nossa expectativa de revê-lo na reunião da ACO, daí a dez dias depois deste encontro, e lembrei-lhe minha disponibilidade profissional caso houvesse alguma situação para a qual ele mesmo, empregando seus recursos, não conseguisse resolver sozinho e precisasse de ajuda profissional. Naquela hora surgiu-me a idéia de colocar o Sr. Bruno em contato mais aproximado com outras pessoas membros da ACO, com experiências sobre alterações e controle de situações adversas pelas suas próprias ostomias (situações de diarreia, de

descontrole emocional, de desempenho sexual, etc).

Assim pré-elaborei as possíveis estratégias para abordagem de ajuda a adaptação positiva para o Sr. Bruno diante da reunião da ACO. Pelo menos, na próxima reunião da ACO, o Sr. Bruno estaria conhecendo algumas pessoas que seriam recursos para inter-ajuda e intercomunicação futura ...

Análise do Quadro VI

O quadro VI mostra o sumário do sexto encontro profissional, que mantive com o cliente, sr. Bruno, no hospital onde foi operado, no mesmo dia do seu acompanhamento ambulatorial periódico de controle. Quanto ao ponto de concentração, neste encontro, situa-se no indivíduo em interação com o enfermeiro, no ambulatório.

Encontrei-me com o sr. Bruno, meia hora antes da sua consulta rotineira. Ele aguardava-me na sala de espera da clínica proctológica daquele hospital. O sr. Bruno estava aparentemente mau humorado. Falava devagar e sem entusiasmo. Estabelecemos uma interação que durou cerca de 30 min. Enquanto conversávamos, o sr. Bruno verificou a hora umas 6 vezes, pois não queria se atrasar nem um minuto para a consulta médica. Nesse encontro, o sr. Bruno fez uma avaliação da segunda reunião da ACO que assistiu, informando da sua maior satisfação em relação à primeira. Nessa reunião, o sr. Bruno não limitou-se apenas a observar e responder as perguntas que lhe eram formuladas, mas antes e durante o intervalo, conversou com seus vizinhos mais próximos. Cada vez mais, isto é, com o passar dos encontros, o sr. Bruno expunha comportamentos que confirmavam uma tendência e uma busca cada vez maior de adaptação. Ao ser questionado sobre a sua disfunção sexual, revelou o sr. Bruno que havia ocorrido um progresso, pois a última relação sexual com a esposa lhe deixou mais otimista, e crente de que com o decorrer do tempo, iria melhorando. Dizendo isso, o sr. Bruno exibia claramente uma tendência de conversão do comportamento inefetivo ligado à disfunção sexual, em comportamento efetivo.

Essa afirmação torna-se ainda mais evidente, quando lembro-me que há 45 dias atrás, o sr. Bruno tinha um comportamento depressivo relacionado à sua disfunção sexual. Essa sua resposta, isto é, esse seu progresso causou-me muita alegria. Portanto, reconhecendo os comportamentos efetivos (interesse e frequência à reunião da ACD; e a crescente competência para lidar com as situações de saúde mais adaptativamente) e o comportamento inefetivo (impotência em regressão), constituíram a etapa de Reconhecimento. À essa altura da nossa conversa, o sr. Bruno não era mais aquele sr. Bruno do início do encontro, ou seja, o seu humor já havia melhorado, e falava descontraidamente. Isso me estimulava, porque havia uma demonstração aparentemente nítida de que aquela nossa interação tinha um efeito benéfico para a relação cliente/profissional, resultando em ganhos para a adaptação do cliente.

Prosseguíamos em nosso encontro, agora enumerando os estímulos ligados aos comportamentos manifestados pelo sr. Bruno. Eu e ele cumpríamos, dessa maneira, a etapa do ENGAJAMENTO. Metas foram estabelecidas por nós, de modo que o sr. Bruno pudesse continuar o seu crescimento rumo à adaptação, dando ênfase ao comportamento inefetivo mais evidente, qual seja, o da disfunção sexual que ainda persistia como era de se esperar. Esses dados se referiam à etapa de PLANEJAMENTO. Discutimos em seguida, o seu progresso, a sua crescente competência no que se refere à disfunção sexual, rememoramos todas as fases pelas quais ele já passou. Essa rememorização causou em sr. Bruno e em mim, uma sensação de garantia do seu crescimento, quando nos lembramos que quando ele tratou esse assunto (disfunção sexual) pela primeira vez, ele dizia textualmente: "Se eu soubesse que iria ficar assim, eu não

tinha me operado, podia acontecer o que acontecesse". Enquanto hoje, ele trata do mesmo assunto com outro ânimo, vislumbrando outra perspectiva, qual seja, a de procurar alternativas para reverter um comportamento sexual inefetivo. Quanto a isso, ele manifestou o desejo de conversar com outro colega ostomizado que participa da ACO, e que já houvesse vivenciado essa etapa pela qual ele está passando, acreditando que essa troca de experiência lhe faria muito bem. Esses dados constituíram a etapa de APLICAÇÃO.

Na REAVALIAÇÃO, verificamos que, o sr. Bruno, já contava com ganhos no que se refere à alternativas para reverter o comportamento ligado à sua disfunção sexual, e que a sua participação nas reuniões da ACO, estava logrando-lhe um saldo positivo, qual seja, o de ativar-lhe as forças e de fornecer-lhe coragem para enfrentar novas adversidades.

No presente encontro não houve nenhum DESENGAJAMENTO. Combinamos um contato telefônico posterior, para confirmação do encontro do sr. Bruno com o seu companheiro de Associação, o sr. Joselino. O meu compromisso foi entrar em contato com o sr. Joselino, para viabilizar o encontro dele com o sr. Bruno, em local acessível para ambos. Já prevíamos que esse local seria o mesmo da reunião da ACO, uma hora antes do seu início.

QUADRO 7

7: Encontro - Narrativa da Situação: Sr. Bruno disse: "queria perguntar a voce que deve tá a par... Todas as pessoas que tiveram problemas de colostomia permanentemente, coisa assim, quase todos eles voltaram ao trabalho ou se aposentaram?" Disse-lhe: "Isso é uma coisa relativa. Uns se aposentaram e outros voltaram ao trabalho" e dei exemplos. Perguntei para o sr. Bruno: "Se fosse dada a opção de o sr. escolher, aposentadoria ou o trabalho, o sr. já teria uma resposta?" Respondeu-me: "é, na verdade, pelo meu tipo de serviço, eu não me sinto mais em condição de trabalho... Porque o meu serviço era um serviço pesado. Eu já fizeti até com o dr. Zaqueni e, ele já tinha me mandado para o IUPS, sugerindo aposentadoria pra mim... O médico da pericia do meu local de trabalho me disse: "você tem que voltar a trabalhar, não tem problema, não tem nada". Ah! Eu voltar a trabalhar? Se a gente fosse pessoa de serviço leve, serviço de escritório, acho que era vantajoso: mas eu voltar a pegar uma picareta, como eu pegava ali no trabalho, muitas vezes abrir vala, aliarpar essas vala outra hora carpinar, pegar o machado derrubar madeira. Tudo isso foi coisa que eu fiz, que eu gostava de fazer... mas hoje se for pra mim pensar numa coisa, me arrestitir assim, voce vai vê que a coisa vai complicar". Disse-lhe: "mas na sua função, o sr. poderia pegar atividades mais leves". Respondeu-me: "Não sei. Vou ver se eu tiver que voltar a trabalhar, vou ter que optar por marcar coisa assim... outra coisa que também me preocupa: A gente trabalha no meio de uma pedruzinha meio... Então a gente usa tomar banho na hora de ir embora; tem vários chuveiro lá pra nós tomar... mas, hoje pra mim chegar lá com essa bolsa, pra eu tomar um banho já me sinto... vai sempre ter aquele debaixo, outro vai fazer pouco e a gente vai se sentir mal com esse tipo de coisa. Então, eu achava que não precisasse mais me ocupar dessa coisa, se tiver que trabalhar. Se me dá uma opção, escolho essa outra (se referindo à aposentadoria). Não por nada, por que voce vê, pegar 4 ônibus... andar o dia todo nesse campo ali eu tô muito fraco, a não ser que eu me recupere muito ainda... Até vou dizer, eu me senti tão frustrado, tão mal, no começo, quando o dr. Zaqueni falou em aposentadoria, até na primeira consulta. Me senti assim, porque eu me senti muito jovem pra mim foi uma facada. Mas como é que vou dá de comer aos filhos tendo pequeno naquele tempo era o IUPS, dr. Zaqueni? Mas não tem outro jeito... Disse pra mim... lá i (quei com essa preocupação. Mas depois, logo quando mudou o regime (regime jurídico que rege os funcionários públicos federais - Regime único, agora); opa! Pelo menos é um passo melhor... Trabalhar é muito bom pra mim tem o seu carro, desbarca na porta do serviço, vai trabalhar atrás de uma mesa... Mas pra quem enfrenta 4 ônibus, como em restaurantes... problema de bolsa cheia, corre pra outro pra esvaziar, não tem lugar adequado, as vezes... Como é que vou achar um chuveiro com aquecedor pra limpar a bolsa; tem chuveiro, mas não tem aquecedor, que é o principal. Do contrário, essas bolsas com aquecedor (que eu me adapto melhor), eu tô no meio desse pessoal com meu cheiro. Acho que pode até me dar razão. A minha decisão já foi tomada, não sei se vai dar certo. Todo mundo me deu esse caminho, essa ideia (aposentadoria). As vezes eu tenho medo de doença voltar novamente, causar problema na gente novamente, mas a gente tem que tá preparado pra tudo isso. Será que essa operação são tudo os problema iguais, ou tem problema diferente nas pessoas?"

FASES DO PROCESSO

RECONHECIMENTO	ENGAJAMENTO		FASES DO PROCESSO							
	COMPORTAMENTOS EFETIVO	FOCAL	ESTRUTURAS CONTEXTUAIS	RESTRIÇÕES	ANÁLISE	DIAGNÓSTICO ESTÍMULO / MODO COMPORTAMENTO / ADAPTATIVO	PLANEJAMENTO	APLICAÇÃO	REVALIAÇÃO	RESEMIANAMENTO
- Apreensão quanto à definição de pericia; a tomada de decisão de voltar ao trabalho ou de continuar trabalhando; solicitação de informações sobre o seu tratamento diagnóstico; insucesso em obter informações sobre o índice de pessoas que se aposentaram;	- Opiniões emitidas por esposa, irmãos, amigos, colegas de trabalho, outros clientes; tomizado e enfermeiro sobre a decisão da aposentadoria; diagnóstico; tentativa de negociação com o local de trabalho; alegação de inexistência de lugar apropriado para higiene; decisão final sobre a aposentadoria;	- Medo da recidiva da dor; esforço físico; Recurso de ser ridiculizado; insegurança em relação ao futuro; pericia; sobre sua aposentadoria;	- Medo da dor; esforço físico; Recurso de ser ridiculizado; insegurança em relação ao futuro; pericia; sobre sua aposentadoria;	- Medo da dor; esforço físico; Recurso de ser ridiculizado; insegurança em relação ao futuro; pericia; sobre sua aposentadoria;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;	- Realizar pros e contras; estabelecidos nos estabelecimentos e do retorno ao trabalho; Pensar sobre a possibilidade de readaptação; competência de sua informação;

-Procura informação sobre o índice de pessoas que se aposentaram

QUIRÓRGO 7 (cont inuacão)

FASES DO PROCESSO

RECONHECIMENTO		ENRAIZAMENTO			AVALIAÇÃO		DESENVOLVIMENTO	
COMPARTAMENTO EFETIVO	COMPARTAMENTO INEFETIVO	FOCAL	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	RESIDUAIS	DIAGNÓSTICO ESTÍMULO / NODO COMPORTAMENTO / ADAPTATIVO	PLANEJAMENTO	APLICAÇÃO	REVALIAÇÃO
	<p>- Medo de a doença voltar</p>	<p>- Focar no diagnóstico da doença</p>	<p>- Ter tomado conhecimento da morte de um outro cliente que foi operado na mesma época e no mesmo hospital que ele</p>	<p>- Convive com a dúvida de que o tumor que tinha pode ser Câ, e Câ não cura</p>	<p>- Enfrentamento inefetivo relacionado ao: <ul style="list-style-type: none"> - Modo do auto-conceito: <ul style="list-style-type: none"> - Auto-consistência comprometida por risco de ameaça à saúde </p>	<p>- Implementar medidas relacionadas ao acompanhamento de sua saúde</p>	<p>- Discutimos sobre a necessidade da continuidade do acompanhamento de saúde</p>	<p>- Atualmente o cliente vem mantendo acompanhamento de saúde</p>
	<p>- Interesse em saber as causas das osteo...</p>						<p>- Reforço à vigilância quanto ao aparecimento de sintomas</p> <p>- Análises a suspensão de um tratamento radioterápico previsto no pós-operatório, revelando sua ótima recuperação e prognóstico</p> <p>- Discutimos sobre os vários tipos de doença, cujo tratamento resulta em osteo, inclusive a que o levou a tornar-se osteo...</p>	

Análise do Quadro VII

O quadro VII expõe um resumo do sétimo encontro que mantive com o sr. Bruno num ambulatório do hospital onde ele faz o seu controle periódico de saúde. O ponto de concentração, nesse encontro, foi o indivíduo.

Ao chegar ao ambulatório, encontrei o sr. Bruno sentado na sala de espera. Estava bem humorado. Convidei-o para irmos até a sala onde deveríamos conversar. Enquanto nos dirigíamos para lá, ele me informava que o seu objetivo principal naquele dia era obter do médico um atestado sobre a sua condição enquanto pessoa ostomizada, para entregá-lo à perícia médica do seu local de trabalho, a fim de instruir o seu processo de aposentadoria. Informou-me também, que a assistente social do seu setor de trabalho iria acompanhá-lo nessa consulta médica, e que próximo ao horário da consulta, ela estaria esperando-o no ambulatório de proctologia.

Nesse dia, a preocupação do sr. Bruno era com a sua aposentadoria, como se percebia, ele estava tomando providências para viabilizar esse processo. Mostrou-se apreensivo, e quando indagado sobre a decisão pela aposentadoria, respondeu-me que já havia optado definitivamente por ela, depois de ouvir familiares, outra pessoa ostomizada, a assistente social do seu local de trabalho, o enfermeiro, e o médico proctologista.

No entanto, encontrava-se apreensivo e duvidoso, porque a perícia médica, até então, tinha uma opinião aparentemente contrária, e o laudo médico que conseguiria hoje com o médico que o operou, teria um peso definitivo na decisão desse processo. Ape-

sar do seu comportamento inefetivo de apreensão, era possível perceber que, por outro lado, o sr. Bruno demonstrava segurança, inspirado na confiança que depositou em todas aquelas pessoas que contribuíram para tornar definitiva a sua decisão pela aposentadoria.

Outros comportamentos também estavam presentes nesse encontro, qual sejam: 1) o interesse do sr. Bruno em saber qual o destino das pessoas ostomizadas em relação à situação funcional de trabalho; 2) o receio em relação à recidiva da doença; e 3) o interesse do sr. Bruno em conhecer as causas das ostomias, tendo por trás um questionamento para esclarecer se o único tratamento, no seu caso, seria a colostomia definitiva. Todos esses dados constituem a etapa de RECONHECIMENTO, desse encontro.

O aparecimento de comportamentos inefetivos relacionados à dificuldade de aposentadoria, e ao receio de recidiva da doença, preocuparam bastante o sr. Bruno. No entanto, comportamentos efetivos como o interesse de conhecer as chances que outras pessoas ostomizadas tiveram de se aposentar, e o seu interesse em se interar das causas que levam à construção de uma colostomia, forneceram ao sr. Bruno condições favoráveis à reversão dos comportamentos inefetivos manifestados.

O sr. Bruno e eu, procuramos identificar os estímulos ligados aos comportamentos inefetivos apresentados. Então, quanto à apreensão sobre a aposentadoria, estava relacionado o estímulo da indefinição da perícia pela aposentadoria, atrelada à exigência de um novo laudo do cirurgião. Quanto ao outro comportamento inefetivo (receio da recidiva da doença), os estímulos eram o próprio tratamento "estranho" (construção da colostomia) para a sua doença, considerado por ele, como também a notícia de que o

sr. Alexandre, que foi operado na mesma época que ele, havia falecido poucos dias antes. Foi interessante observar que à essa altura dos encontros, o sr. Bruno já realizava com bastante naturalidade essa investigação dos estímulos, algo que não fazia quando iniciamos nossas interações. Todos estes dados representam a etapa de ENGAJAMENTO.

Quanto à etapa de AVALIAÇÃO, será expressada pelos diagnósticos descritos a seguir:

- a - Enfrentamento inefetivo relacionado ao:
 - . Modo do auto-conceito
 - insegurança em relação ao parecer definitivo da perícia sobre a aposentadoria
 - sentir-se incapaz de reassumir as atividades do trabalho anterior.
- b - Enfrentamento inefetivo relacionado ao:
 - . Modo do auto-conceito
 - comprometimento da auto-consistência ligado ao risco de ameaça à saúde.

Nesse encontro a APLICAÇÃO foi composta pelas seguintes metas:

- 1) analisar os prós e os contras relacionados à aposentadoria e ao retorno ao trabalho.
- 2) pensar nas possibilidades de adaptação às atividades do trabalho anterior.
- 3) manter assiduidade ao controle ambulatorial de saúde, enquanto pessoa ostomizada.
- 4) conhecer os tipos de doença, cujo tratamento resulta em ostomia.

Tendo em vista o estabelecimento das metas, a etapa seguinte de Aplicação torna-se evidente, na qual a consecussão das metas são iniciadas:

Quanto à primeira meta - Discutimos as vantagens e desvantagens relacionadas à aposentadoria e à volta ao trabalho.

Quanto à segunda meta - Estimulei o cliente a refletir sobre as possibilidades de adaptação às atividades desenvolvidas no trabalho anterior;

Quanto à terceira meta - Discutimos sobre a importância do sr. Bruno continuar a comparecer assiduamente ao ambulatório de proctologia para acompanhamento clínico de saúde;

Quanto à quarta meta - Expliquei os principais tipos de doença cujo tratamento resulta em colostomia.

Tendo-se verificado a etapa de APLICAÇÃO, restou-nos efetuar a REAVALIAÇÃO, isto é, observar em que estímulos houve intervenção de enfermagem. Observou-se que nenhum estímulo foi removido, entretanto o foco foi deslocado da dúvida quanto à aposentadoria, cujo processo tramitava na perícia, para a discussão em torno das vantagens e desvantagens da aposentadoria; reflexões sobre a possibilidade de voltar a desenvolver as atividades inerentes ao seu emprego; e para o conhecimento sobre as doenças em que o tratamento resultava em ostomia.

Nesse encontro não ocorreu DESENGAJAMENTO.

DESENGAJAMENTO

No modelo genérico, o desengajamento significa o término de uma intervenção ou uma confirmação de que o cliente já é capaz de resolver sozinho uma situação, portanto o cliente já pode decidir por si mesmo com apoio de outro suporte social.

O DESENGAJAMENTO neste trabalho, consistiu num processo de encerramento do acordo profissional com o cliente, em razão deste mostrar-se apto a conviver com os comportamentos em adaptação. O DESENGAJAMENTO entre o sr. Bruno (B) e eu (E = Enfermeiro) foi sendo construído à cada encontro e, ao longo do tempo, à medida que eram acumuladas as experiências vivenciadas: por nós dois, pelo relacionamento dele com os familiares, pelo contato dele com outras pessoas ostomizadas individualmente e em grupo, nas reuniões da ACO, pelo encontro do Sr. Bruno e familiares com outra pessoa ostomizada visitando-o em sua residência, pela interação com outros profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais), e, pelas experiências que ele próprio foi buscando, e com isso, ampliando seu funcionamento social. Todas essas práticas da vida, contribuíram para que o sr. Bruno resgatasse a sua auto-estima, aumentasse a sua auto-confiança, recobrasse o seu ânimo, resultando em uma retomada crescente da sua independência da assistência do profissional e da sua autonomia enquanto pessoa. O tempo foi testemunha dessa sua caminhada em direção ao Desengajamento.

Nessa trajetória, experiências de aprendizagem foram acontecendo, como p. ex., quando o médico ensinou-lhe sobre o seu

diagnóstico e sobre o seu tratamento; quando o fez pensar para tomar a decisão sobre a sua aposentadoria, entre outras. Ou quando o enfermeiro ensinou-lhe a compartilhar e vir a assumir o cuidado com a sua colostomia, ou quando o fez mobilizar-se na consciência de ampliação das suas relações sociais estimulando a sua participação nas reuniões da ACO; ou quando a assistente social esclareceu sobre dúvidas quanto aos seus direitos de licença ou de aposentadoria. Esses são alguns exemplos de resultados da aprendizagem do sr. Bruno com aquelas pessoas que conhecem sobre os vários assuntos pertinentes à ostomia. O sr. Bruno também aprendeu e continua aprendendo com aquelas pessoas que, como ele, têm a experiência de viver ostomizado, quais sejam, as pessoas ostomizadas que ele encontrou nas reuniões da ACO; ali elas transmitiam um testemunho autêntico do cotidiano de suas vidas, que se refletiam na fala do sr. Bruno quando expressou-se disse sobre uma aprendizagem da esperança:

"...quantas vezes o seu Juvêncio me ajudou lá no hospital? e eu e a esposa, a cunhada tudo se sentiram bem com a visita de seu Juvêncio, dele chegar e dizer: "Isso não é nada gente". Ele com aquela força toda, "eu estou com isso tantos anos", animou a família tudo. É isso aí que me animou, o seu Juvêncio até hoje, o seu Juvêncio foi minha esperança".

O sr. Bruno também aprendeu com a sua esposa, que contribuiu sensivelmente para concretizar a sua independência em relação ao cuidado que ele passou a ter consigo mesmo e com relação à ampliação de suas relações sociais com outras pessoas, novos companheiros. O apoio da esposa do seu Bruno, foi um apoio efetivo que se iniciou desde os primeiros momentos quando surgiram os sintomas da doença; pela força que transmitiu quando ele estava

ainda internado, pelas suas palavras de incentivo; e mais intensamente quando o sr. Bruno teve alta hospitalar, época em que sua dedicação redobrou, partindo desde o esmero com que ela preparava a sua alimentação, até a assunção de atividades de provisão que, anteriormente, eram próprias dele, como chefe de família, passando pela realização de curativos da ferida cirúrgica da região perineal; pelo cuidado com o estoma incluindo a higiene e a troca de bolsa, como também o suporte emocional em outras questões como, p. ex., a sensação de fracasso sexual (impotência) do qual o sr. Bruno foi vítima.

O reconhecimento do sr. Bruno à ajuda que recebeu da esposa pode ser constatado no seguinte depoimento, na ocasião em que conversava com a esposa de um colega ostomizado, recém-operado, numa reunião da ACO:

"Olhe, dê bastante apoio, ajude ao máximo, que é a hora que a pessoa mais precisa, nessa hora o apoio da esposa é a coisa mais importante, eu disse prá ela; faça o que puder, eu expliquei tudo prá ela, conforme tinha acontecido comigo... Essa ajuda faz muito bem, de uma certa maneira, um troço assim, que pro espírito da gente sempre ajuda; de humano prá humano e, pela própria doença mesmo, que era preciso... Era necessário um curativo na hora certa, um banho, uma higiene, são tudo coisa que é preciso, e a gente sozinho não pode fazer".

Tendo o sr. Bruno optado pela aposentadoria, no momento do Desengajamento, foi reforçada por mim uma recomendação referindo o que havia sido discutido em encontros anteriores, qual seja, a de que o sr. Bruno buscasse, junto à sua família, escolher algumas atividades que pudessem ser por ele desenvolvidas, pois a utilização do seu tempo em algo útil, se reverteria em be-

nefício para a sua própria saúde. Chamo de reforço porque essa discussão já era feita nos encontros mantidos com sr. Bruno. A propósito disso, sugeri também na ocasião do Desengajamento, algumas possíveis atividades que ele poderia vir a desenvolver junto à ACO, quer fosse em colaboração nas atividades pertinentes à organização e funcionamento da entidade, quer fossem na realização de visitas à pessoas que irão submeter-se à cirurgia para construção de uma colostomia, ou ainda visitando e animando aquelas pessoas recém-ostomizadas baseado em interesse de seu grupo na ACO. Dentro dessa perspectiva, o sr. Bruno e eu, discutimos as possibilidades que ele teria com a sua presença na ACO, e quanto isso reverteria em crescimento dele próprio, enquanto indivíduo e, da própria Associação enquanto grupo organizado, pois a sua contribuição estaria se somando à de outros membros do grupo, gerando dessa forma, um desenvolvimento conjunto.

Uma prova de receptividade e aprovação dessa sugestão de atividade pode ser vista nas expressões do sr. Bruno, quando verbalizou:

"Lá na Associação a gente está aprendendo, ajudando e sendo beneficiado também, tudo um pouco, né? Acho que vale, porque um dia ou dois por semana não custa... e colaborar, aí é com a gente mesmo, prá nós todos... Pois é o que a gente passou, né? A gente pode dar uma explicação prá pessoa, né? Igual ao seu Juvêncio, seu Juvêncio não para. Prá mim seria mais interessante, no meu modo de ver, de procurar as pessoas prá dar uma força, uma ajuda. Essa atividade, principalmente essa da visita, são tipos de coisa que eu gosto de fazer, visitar doente em hospital. Eu já saí daqui e fui lá no Regional de pé, um dia fui e voltei".

Nesse sentido a esposa do sr. Bruno que participava também do encontro, reforçou a posição do marido, emitindo a seguinte opinião:

"É, seria bom mesmo, ele gosta, assim é muito parado em casa..."

O Desengajamento do sr. Bruno faz-me hoje refletir a realidade de saúde que sua situação requeria, fazendo com que eu, como profissional-enfermeiro, presente no meio do seu domicílio, percebesse que uma visão teórica que não fosse além dos aspectos biológicos e individual, não bastaria para a situação relatada. Era preciso buscar outras dimensões que resistissem à análise de elementos que provinham do conhecimento que se acumulava, decorrente da realidade local de sr. Bruno em seu cotidiano. Percebi, p. ex., que para cada assunto que eu fosse tratar com sr. Bruno, eu necessariamente, teria que saber com ele, o quanto e o que ele já conhecia na sua experiência e valorizar esse saber popular. Aprendi, com ele, que o saber popular é bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência. Assim, aprendi nessa prática assistencial a ocupar o espaço educativo que me afrontava e se impunha, imperativamente. Participei prazerosamente dessa possibilidade profissional, entendendo o diálogo como inerente ao processo educativo em saúde, processo esse compartilhado como uma troca de saberes. Assim ocorreu, p. ex., em algumas atividades como as que se seguem:

E - Não tem certas coisas que a gente tem que ter em casa e quando viajar tem que fazer parte da bagagem; as bolsas, sacos plásticos, porque, p. ex., em lugares que o sr. tem que tirar a bolsa e não tem onde colocar o sr. põe no saco, amarra e joga no lixo, porque é uma forma mais higiênica, não vai fi-

car exalando mau cheiro, etc.

B - Não, ela só dá mau cheiro se encher muito, com pouco tempo ela não...

Muitas vezes, embora eu estivesse dialogando profissionalmente com sr. Bruno, mas estávamos juntos descobrindo, p. ex., uma maneira de chegar até sua esposa, ou irmão, ou amigo, procurando descobrir as relações diretas entre um assunto e outros envolvidos. Mas para chegar a isso, o relacionamento no domicílio foi se tornando forte. Lá, eu não fui somente falar o que eu pensei antes, em falar; lá, eu tinha que ter amizade, participar de alguns eventos, conhecer outras pessoas do cotidiano de sr. Bruno, e naquela casa e vizinhança, aparentemente, pacata estava potencialmente uma vida social em rede intensa. No domicílio, o modelo de consulta, às vezes iniciava-se num diálogo enfermeiro-cliente e, em meio ao processo, passava de uma consulta ou entrevista individual, a uma consulta coletiva, fluindo, como se houvessem pontes colocadas, pelos que vêm partilhar espontaneamente do assunto que está sendo tratado. No domicílio, se exclui a possibilidade de que o que o enfermeiro dissesse pudesse ser entendido como uma ordem, porque o assunto ia sendo encaminhado em participação e se ampliava além do diálogo, para juntos (os envolvidos) estabelecerem a melhor conduta a ser adotada.

Neste Desengajamento, se configura que há uma decisão de encerrar as responsabilidades mútuas e os papéis complementares até então em vigor no acordo entre nós, eu como enfermeiro, e o cliente, sr. Bruno. A decisão de terminarmos com o contrato implicou em que de minha parte como profissional eu procurasse reforçar ou consolidar as vantagens obtidas pelo processo da prática assistencial ao cliente.

Isso pode ser visto no diálogo que se segue:

E - *Em relação aos nossos encontros, quer dizer, uma coisa que foi crescendo assim, a interação, a amizade, a confiança e a gente foi assim trocando idéias sobre a questão da ostomia, do tratamento em si, como um todo, e aí, eu considero que o sr. já está numa fase em que consegue superar muita coisa, não é? O meu objetivo aqui é tentar ajudar, dar orientação, naquilo que é para o senhor uma coisa desconhecida.*

B - *Principalmente nas horas mais necessárias, que esteja necessitando mais, o seu objetivo mais é esse, quer dizer, como eu pude entender, que eu não estou necessitando mais, né?*

E - *é, o sr. não está dependendo mais. O sr. pode depender se surgir uma nova situação, aí o sr. recorre, mas se o sr. comparar hoje, 12 de junho, com 25 de janeiro quando eu vim conversar pela primeira vez com o sr., já tem bastante diferença, não é? É uma coisa que não precisa nem o sr. dizer, basta olhar pro sr. e ver que está muito diferente.*

B - *A gente anda por aí, não tem problema nenhum, caminhando...*

E - *Então esse seria o nosso último encontro profissional, a menos que o sr. tenha algum problema, precise consultar alguma coisa, fazer alguma pergunta, mas a gente tem visto o sr. assim, a última vez que a gente conversou foi na reunião da ACO e no HU. Depois foi assim, só nos encontramos de passagem, porque não tem havido mais necessidade: Quer dizer, eu lhe vejo assim, como uma pessoa que já está independente em relação a essas questões aí, que está conseguindo conviver, mesmo se surgir alguma dúvida, o sr. já está sabendo solucionar, etc. Mas se surgir algum fato novo, alguma coisa que lhe preocupe mais, além dos encaminhamentos já sabidos, estou à*

disposição. O sr. não acha que está assim nessa condição como eu estou dizendo?

B - E, eu acho que está tudo mais ou menos... Eu não estou necessitando mais de ir... O que resolveu mais o meu problema foi a clínica de nervos, foi o principal, acho que já falei prá voce.

E - *Aliás, a última vez que nós nos encontramos e falamos sobre isso, o sr. me disse que parece que faltava apenas uma semana para terminar o remédio, e que o médico pediu que aguardasse um tempo.*

B - Há poucos dias atrás eu tive que tomar, mas os remédio é muito eficiente, fez muito efeito, meu problema é mais sistema nervoso.

E - *Como é que o sr. se sente após 5 meses de cirurgia?*

B - É, daqui há 12 dias dá 6 meses. A gente não se sente mais a mesma pessoa de antes, mesmo procurando se esquecer, a gente sabe que não tem mais a mesma força, a gente tem que procurar ser feliz, porque a gente tá vivendo e não está sentindo nada, pode ser coisa de momento, né? Cirurgia nova...

E - *O que o sr. vai planejar daqui prá frente. Eu penso (me dirigindo a ele e a esposa), que ele é uma pessoa que sempre trabalhou desde criança, então para não ficar assim muito ocioso, sem atividade, de certo modo é bom pensar em alguma atividade, porque ele é uma pessoa forte. Quero dizer: Alguma atividade leve para ocupar o tempo de alguma forma. O sr. já pensou em alguma coisa?*

B - Por enquanto, a gente não decidiu, Vamos ver primeiro o que vai acontecer.

E - Quer dizer, mesmo assim, o sr. está de certo modo garantido (me referindo à aposentadoria), mas como não está definitivo o sr. não quer... (o sr. Bruno interrompe).

B - Não, não quero me envolver com outra coisa enquanto não resolver este problema. Tudo bem, a gente vai pensar, a gente vai engembrar, como se diz por aí.

E - Sei, porque a atividade é até uma forma de manter a saúde, porque quando a pessoa se entrega... quando a pessoa fica muito parada pode adoecer, por isso, então a atividade é uma coisa que faz parte da saúde. Uma atividade que o sr. poderia assumir era junto a Associação de ostomizados, porque além do sr. estar ajudando, o sr. também estaria aprendendo mais coisas, como já conversamos em outras oportunidades. Vamos supor, lá tem uma sala que guarda as bolsas, lá embaixo (me referindo ao andar sub-solo do PAM do INAMPS). O sr. poderia oferecer-se para organizar aquela sala, pois é uma atividade que o sr. pode fazer perfeitamente. Além disso, o sr. lá iria conversar e fazer muitas amizades com outras pessoas ostomizadas ou não (seus familiares, técnicos). Outro exemplo seria organizar algum arquivo, cooperar na limpeza da sala para reunião, ou outra atividade qualquer que o sr. queira fazer. Pois é, o sr. passou por essa situação de ter que se operar, de se deparar com uma coisa que lhe espantou muito (colostomia), não só ao sr., mas a dona Irene, à família inteira, não é? Mas todos viram que é possível enfrentar isso... Então, uma forma de o sr. fazer a sua atividade, dar a sua colaboração, é visitar essas pessoas que vão se operar, que já se operaram, e dar o seu depoimento. Nada mais. É o depoimento da sua experiência como pessoa que foi ostomizada e está ven-

cendo muitas dificuldades e se tornando mais experiente para ajudar a si mesmo e a outros...

B - Eu sempre falo para a mulher: alguma coisa eu tenho que fazer prá não ficar em casa, porque em casa eu fico parado; ela não, arruma a casa, dá banho nas crianças, tudo é serviço, e a gente fica por aí, né? Então, alguma coisa a gente tem que movimentar prá fazer alguma coisa, senão não vai ser bom.

E - *Não. é o que eu lhe disse: Ficar parado, significa uma forma de buscar adoecer, então a atividade é uma das coisas que faz a gente ser saudável. É como um eletrodoméstico, se a gente para de usar uma das peças ela estraga também; se a gente parar de se exercitar, o nosso organismo responde com implicações na saúde. O sr. deveria, só como sugestão, realizar essa visita (no hospital) às pessoas que vão ser ostomizadas, pelo menos uma vez por semana.*

Esposa - Ah! Isso eu sei que ele gosta.

E - *Pois é, outra coisa, o sr. está vendo que a cada dia o sr. está mais saudável, comparando com a sua situação de janeiro para cá. O sr. vê que foi uma evolução muito boa a sua, seu esforço, sua participação na assistência que levamos a efeito...*

Por outro lado, averiguadas algumas respostas mais parciais, até mesmo pelas circunstâncias, juntos, o cliente e eu, tomamos a decisão de continuarmos a sua assistência com outro ponto de concentração dentre os trilhados (indivíduo, família e grupo/ACD), a partir desse Desengajamento a complementaridade das ações se daria no grupo secundário/ACD, do qual o próprio cliente já fazia parte e tinha interações reconhecidas e também já estava começando a pertencer ao grupo de inter-ajuda...

Nesta etapa do processo no modelo genérico utilizado, vimos juntos, o sr. Bruno e eu, que nós continuaríamos mantendo nossas relações pessoais, porém distintas das que mantínhamos, cuja característica referia a ação profissional de nosso acordo.

Diante dessa prática assistencial, a transposição de todos estes registros aqui desdobrados no interesse de uma avaliação ganha sentido quando os mesmos configuram a proposta desse trabalho, resgatada no texto a seguir:

Subjacente ao indivíduo ... há um grupo.

Tudo começa com uma díade...

O conjunto das sete situações por mim experienciadas orientou-se pela convicção de que o grupo é subjacente ao indivíduo. Nessa perspectiva concentrou-se a intencionalidade de ampliação das possibilidades de convivência do cliente com outras pessoas e grupos. Hoje, vejo como referência que no trato profissional é preciso conquistar do próprio cliente, enquanto indivíduo, a consciência de que cada um carrega consigo a marca histórico-social de se agregar e para tanto, o sentido maior é o da participação.

Em todas as situações trabalhadas foi intensivamente perseguida a participação, estimulada por várias modalidades, desde a díade do cliente com o enfermeiro, passando por outros pequenos agrupamentos na família ou fora dela, até mesmo chegando a, propositadamente, utilizar estratégias de aproximação do cliente e outros clientes ou ex-clientes, culminando com uma articulação a nível coletivo, no caso, a Associação de Ostomizados de Santa Catarina. O entendimento de que a Associação de Ostomi-

zados poderia ser uma ponte entre o cliente individual e o grupo, colocou-me perseguindo essa idéia durante todo o andamento do trabalho.

No início, com os primeiros clientes, antecipei a estimulação para isso, e, muitas vezes, busquei clientes ainda hospitalizados para irem assistir às reuniões da ACO. Notei que eles animavam-se com a minha proposta, aceitavam ir, mas também pude ver que eles não tinham energia para pensar sobre a vida coletiva, e as questões ali levantadas eram mais ligadas à situação grupal daqueles que já se encontravam mais recuperados. Refleti sobre isso e passei a verificar que esse interesse mais coletivo só surgia verdadeiramente quando o cliente tinha superado as mais prementes condições relativas às respostas de ordem fisiológica (controle de eliminações, aprendizagem da troca de bolsa e higienização, etc.).

Passei a manter o elo da conversa sobre esse aspecto coletivo, sem antecipar o convite à participação efetiva na ACO até que fosse chegada a hora em que ele próprio já tivesse vencido uma fase primeira (quase sempre evidente) de negar a colostomia (já conseguisse ver, limpar, falar dela). A ida ao encontro do grupo maior na ACO somente a partir dessa etapa de primeira superação pós-ostomia, é que os clientes se moveriam para a vida em grupo. Observei que, necessariamente, teria que ser crescente a estratégia de construir o agrupamento. Havia uma evolução a ser respeitada, a qual percorria estágios com acréscimos de cada vez mais pessoas envolvidas com o cliente, até culminar no grupo maior e mais formalizado. Assim, partíamos de uma díade, depois uma tríade, até que vencida a insegurança do manuseio do estoma, inclusive a troca de bolsa, pelo próprio cliente, encontrávamos a

condição favorável para que o convite para ir à reunião da ACO não só fosse aceito, mas compreendido e o encontro lá, fosse produtivo em aprendizagem social.

Na primeira reunião, mais silenciosos que falantes, participavam com presença e muita atenção a todos e tudo que se fazia ou dizia na Associação. Na segunda, faziam um diálogo mais coloquial com os vizinhos na própria sala. Da terceira reunião em diante, já tinham crescido em participação, agrupados com outros da sala, sugerindo algo, e comentavam posteriormente da importância de estarem ali. O humor do cliente era visivelmente melhorado, e o ânimo de tratar de seus assuntos crescia a cada nova reunião. Encontravam-se, fora da agenda da ACO com alguns membros de lá, e falavam de si mesmos e formas de encaminhamentos de suas questões, por livre iniciativa. A aprendizagem social ia se tornando cada vez mais evidente expressada em diversas formas de participação.

As inseguranças que afetam o cliente passam a ser melhor encaminhadas nos grupos, entre seus pares. A continuidade da frequência à Associação (ao grupo) ao lado dos progressos do cliente (indivíduo), sobretudo no que diz respeito a sua autonomia, indicam com certa clareza a força do grupo para proporcionar a aprendizagem social do indivíduo que nele se insere, além de me convencer de que é no grupo que se encontra o indivíduo, ou seja, o indivíduo tem um grupo subjacente.

Ao comentar esta prática assistencial, tomei como exemplo, um cliente aqui denominado sr. Bruno o qual representa o que ora trato, e retrata essa minha colocação de que no indivíduo há subjacente o grupo e ainda que tudo isso se explicita no esforço de mobilizar, no cliente, a sua PARTICIPAÇÃO, a partir da aquisi-

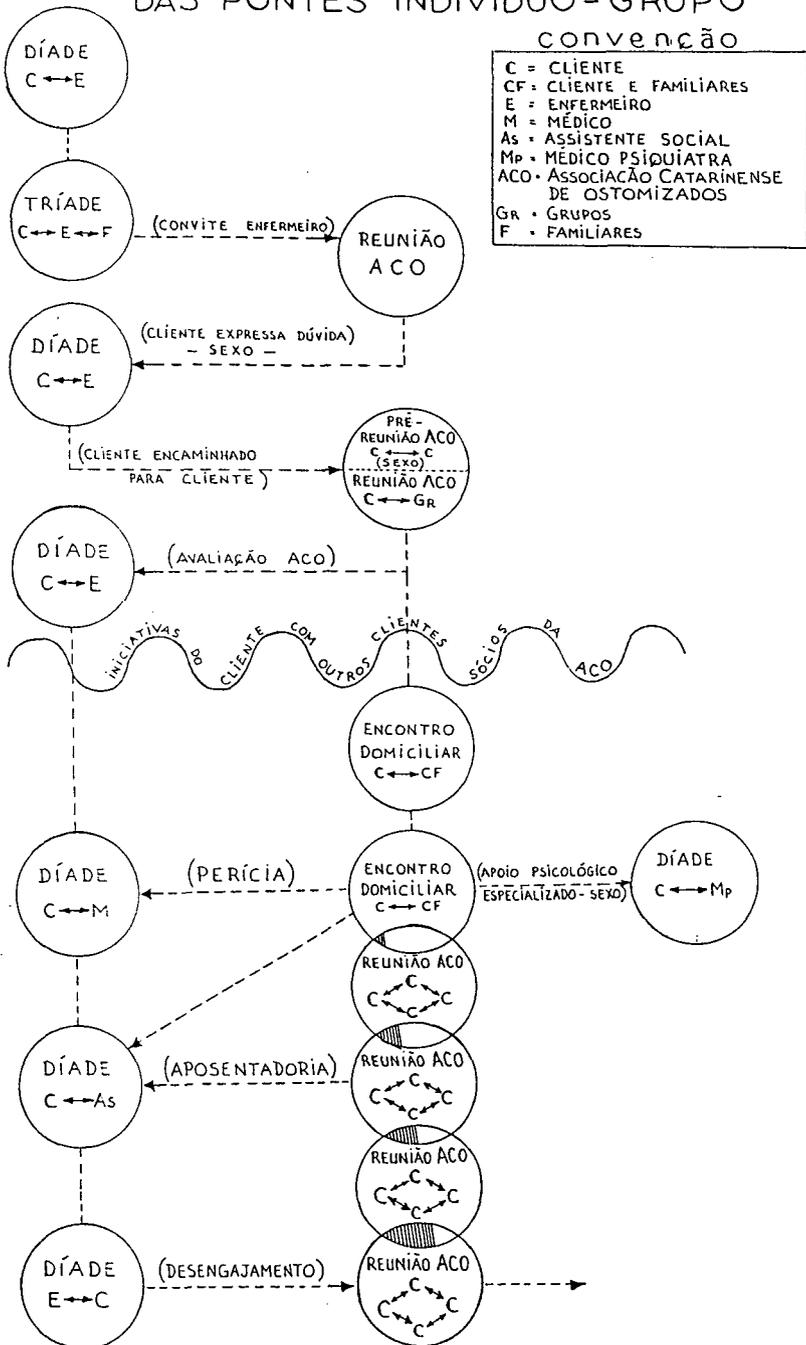
ção de requisitos pessoais que exigem: informação, motivação e educação para PARTICIPAR.

Sumariamente, assim se configura a trilha da estratégia de agrupamento para a participação do sr. Bruno.

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS PONTES INDIVÍDUO - GRUPO

convenção

- C = CLIENTE
- CF = CLIENTE E FAMILIARES
- E = ENFERMEIRO
- M = MÉDICO
- As = ASSISTENTE SOCIAL
- Mp = MÉDICO PSIQUIATRA
- ACO = ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE OSTOMIZADOS
- Gr = GRUPOS
- F = FAMILIARES



A figura retrata em parte a caminhada do cliente desde só, em díades com o enfermeiro ou mesmo com outro profissional, passando pelo reagrupamento em sua própria relação familiar (maior participação com esposa e filhos), até encontrar sua regularidade de participação na ACO. Não há uma linearidade nessa busca de reagrupamento. Observa-se que mesmo depois de já ter ido à ACO, o cliente voltou a querer estar em díade com o enfermeiro e tratou de um assunto específico: dúvidas quanto ao seu desempenho sexual.

A indicação do enfermeiro após trabalhar, preliminarmente, esse assunto com o cliente, foi encaminhá-lo a tratar disso junto a outro ex-cliente ostomizado, para trocarem experiências. Procurou ainda fazer com que isso ocorresse um dia, com alguém membro da Associação, preferentemente em horário antes da reunião da ACO (facilitando que o mesmo percebesse mais essa ligação com o coletivo). Daí em diante foi possível ver que por iniciativa deles próprios (os clientes), eles reuniram-se outra vez, desta feita em casa do cliente sr. Bruno (a convite deste) e, nessa reunião, esteve presente a sua esposa desenvolvendo uma conversa em tríade (continuação do tema relacionamento conjugal). Trataram do assunto e aos poucos a aprendizagem social fazia com que sr. Bruno conseguisse conviver mesmo com alguns bloqueios sexuais, mas tendo a consciência dessa transição pós-operatória, chegando até ele mesmo a dizer mais tarde que "isto é assim mesmo" (certa impotência) e que com o tempo ela iria sendo superada.

Além disso, o sr. Bruno mostrou que não perde as reuniões da ACO, faz apreciações e críticas procedentes, dá sugestões e participa de grupos de discussão. Tudo pode culminar com o indivíduo contextualizado em apoio de grupos, pertencendo... Vale

a pena a tentativa de "fazer funcionar práticas efetivas de PARTICIPAÇÃO mesmo nos níveis micro-sociais porque a questão é reconstruir modalidades do ser-em-grupo" (Guattari, 1990).

VI - DISCUSSÃO

TEMAS EMERGENTES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Os temas ora discutidos emergiram do cotidiano da prática desenvolvida e foram agrupados no interesse de desdobrá-los para uma discussão de elementos que importam à consideração desta e de outras práticas dessa natureza.

Como sucede, possivelmente, em qualquer prática assistencial desenvolvida e estudada, diversos temas dela emergem e podem ser motivo de organização para desdobramentos no interesse de buscar contribuições que qualifiquem próximas práticas de natureza semelhante. Dentre aqueles surgidos desta assistência, optamos por abordar mais explicativamente, aqueles cujo conjunto pareceu traduzir a trajetória de uma pessoa tornar-se ostomizada face a prática assistencial de enfermagem.

- 1 - Embates de tornar-se ostomizado;
- 2 - O jogo do ensino-aprendizagem na assistência à pessoa ostomizada;
- 3 - A participação como possibilidade da recriação da ponte indivíduo-grupo.

Um dos temas considerados neste trabalho, reúne aspectos afins e formam um conjunto o qual chamou a atenção, sobretudo porque pode ser interpretado como característico de concretas e

mais imediatas respostas comportamentais. No período compreendido pela transição do tornar-se ostomizado. A esse primeiro agrupamento foi dado o nome de:

1 - EMBAATE DO TORNAR-SE OSTOMIZADO

. A ostomia como imperativo

Nos clientes aos quais tive acesso, percebi quão doloroso é o momento de ouvir essa decisão (quase sem alternativa) de que uma cirurgia determinará uma alteração tão profunda nos seus corpos, colocando-os em pânico, pela imaginação, tanto das possíveis conseqüências reais, como também, pelo próprio pânico as fantasiosas. Um dos clientes, Sr. Bruno, como que desapareceu por instantes... desmaiou. Na ocasião, eu ainda não estava com este trabalho e não participei desse momento, entretanto, ele o lembrou quando nos encontramos:

"Ele (o médico) me disse que eu tinha que operar, que o problema era muito sério, e que eu tinha 90% de chance para ficar com colostomia, e que não podia garantir nada. Desmaiei na hora! Voltei para casa apavorado"...

Na sua descrição aparecia um prolongamento temporal no qual vivenciou, recolhido em seu domicílio, com os muito tenebrosos pensamentos que o assaltaram entre a indicação médica de "ter que tornar-se ostomizado" e a chegada desse dia:

... "em casa, à noite, eu não conseguia dormir direito, e durante o dia, ficava impaciente, caminhando de um lugar para outro ao redor da casa."

Nessas situações de ter que tornar-se ostomizado, o medo da cirurgia em si chega a tornar-se menor face ao medo da desfiguração física, moral e social que toma conta do cliente

Os clientes com os quais interagi durante a prática assistencial, experimentaram reações emocionais como tristeza, pavor, e até desmaiaram, quando se depararam com a realidade de ter que submeter-se a uma cirurgia que resultasse em torná-los entestomizados. Todos eles buscaram ajudas nos mencionados momentos, e obtiveram-na de profissionais de saúde, todavia, principalmente, dos familiares. O Sr. Bruno, um dos clientes, referiu várias vezes com orgulho e satisfação, o apoio recebido dos familiares, dando maior ênfase ao suporte ligado aos aspectos físicos e, em particular, ao emocional. Em uma das vezes o Sr. Bruno declarou:

"A minha esposa é uma pessoa muito calma, muito compreensiva, de muita paciência. Olha, se não fosse ela eu tava pior do que tou, porque a força quem me dá é ela; é ela quem me deixa mais seguro e mais animado, se não as coisas tinham ido "pro brejo"... ela foi quem me deu mais resistência, porque eu fiquei abalado mesmo."

Era com os familiares que eles sempre contavam mais, porque são as pessoas geralmente mais próximas, em quem eles mais confiam, e de quem esperam ajuda. Nessas situações de crise, constatei que se há algum membro da família que está com relações enfraquecidas com o cliente, isto é motivo de aproximação, como aconteceu com o Sr. Alexandre, um dos clientes desse estudo, o qual estava separado da esposa há uns de 5 anos, e nessa hora, ela lhe deu um suporte efetivo, razão pela qual surgiram alguns comentários de outros familiares, à respeito do comportamento as-

sumido por ela. Já uma outra cliente, a Dna. Carmela, obteve ajuda de duas irmãs que se deslocaram de suas casas situadas a mais de 200 quilômetros de Florianópolis, para dar suporte ao seu familiar. Nesse sentido, a literatura nos oferece apoio como em Kretschmer (1978), quando afirma que: "em todas as culturas, os doentes procuram refúgio em suas famílias, pois aí podem esperar ajuda. Além disso, a família é a instituição onde se processam as interações sociais primárias".

. A hospitalização

Nessa prática assistencial, pude ver que depois de vencerem o desafio da espera pela cirurgia as pessoas que vão se tornar enterostomizadas, as quais tive acesso, enfrentavam novos desafios: o da hospitalização e o da cirurgia propriamente dita. Desta feita, se deparavam com um ambiente estranho, aparentemente agressivo, com a insegurança e o medo de algo que os ameaçava quanto à integridade física, com conseqüências de natureza psíquica e social. Embora todos eles tivessem sido informados pelo médico do tratamento ao qual iriam ser submetidos, esta informação era insuficiente para tranquilizá-los e, menos ainda, para comunicar a realidade que a enterostomia representaria para cada um deles, como podemos observar na declaração do Sr. Bruno:

"Quando eu entrei no hospital eu tava com 58 Kg, mas eu tinha emagrecido devido o susto de fazer a operação, porque eu fiquei 12 dias antes de me internar, aguardando a internação, 12 dias, até que fui chamado. Aí naquele meio a preocupação foi muita, o desespero foi muito, então eu emagreci 4 Kg ou 3 que fosse, emagreci nesses 12 dias."

Nesse sentido, a maioria deles encarava a hospitalização e o tratamento como um grave desafio, e esperavam uma grande ajuda da família. O fato de terem que se submeter a uma cirurgia a qual resultava em enterostomia, os deixava transtornados, como podemos observar nas declarações do Sr. Bruno:

"Quando eu estava no hospital (pós-operatório) não queria nem olhar para a colostomia... Eu chorava no hospital, me lastimava"...

"Ia olhar para aquele problema ali (colostomia) e já me sentia mal. Barbaridade, que situação que a gente chega!"...

Para Hense (1987), a experiência de tornar-se um paciente cirúrgico inclui como característica a mudança de ambiente, que não se restringe apenas ao hospital, mas estende-se até o domicílio, afetando os aspectos físicos e os sentimentos do paciente. Além disso, ainda implica em problemas que exigem várias definições e envolvem sua família, amigos e profissionais de saúde.

Em quase todos os casos, os clientes tiveram a sua expectativa atendida no que se refere ao suporte durante a hospitalização conforme as disponibilidades de tempo e da distância do domicílio para o hospital; e também das possibilidades financeiras de cada família. Em alguns casos foi o cônjuge quem deu mais apoio, em outros, foram familiares como: irmã, filha e sobrinha, como é possível notar na declaração de uma das clientes assistidas, a Dna. Carmela, quando diz:

"Eu não tinha condições de ficar sozinha. Tu vê: minhas irmãs vieram e ainda assim fiquei com a moral muito baixa."

Da na fala do Sr. Bruno, quando revela que:

... "desde a internação que fiquei doente, tudo foi porque ela (a esposa) me deu força, que eu tive resistência, se não ... eu fiquei abalado mesmo!"

Nesses momentos, onde a presença da família foi requerida, nas situações nas quais me defrontei nessa prática, ela esteve sempre presente, e foi importante para a recuperação dos clientes. Metade deles, procurou o serviço de saúde depois de tratarem isoladamente os sintomas, estes clientes pareciam aceitar melhor a ostomia; enquanto a outra metade, a qual buscou o serviço de saúde assim que surgiram os sintomas, aparentavam uma dificuldade maior em conviver com o novo estilo de vida. Foi interessante também notar que o suporte dado pelos profissionais da equipe de saúde foi reconhecido como efetivo pelos clientes. Também muito valorizada foi a visita realizada pelos membros da ACO a grande parte dos clientes, aos quais assistí. Isto pode ser constatado, quando o Sr. Bruno emitiu os seguintes depoimentos:

... "eu vou ser bem sincero, eu recebi uma assistência boa no hospital. Até hoje tenho assim um certo amor pelo Dr. Zaqueu, apesar que ele deu uns sustos assim na hora das consulta, que foi bravo; a gente sofreu muito, mas foi válido. Eu gosto dele, da Solange (enfermeira), das assistentes sociais" ...

... "quantas vezes o Seu Juvêncio (membro da ACO) me ajudou lá no hospital! E eu, a esposa, a cunhada, tudo se sentiram bem com a visita do Seu Juvêncio, dele dizer: Isso não é nada gente, ele com aquela força toda, eu estou com isso tantos anos, animou a família e tudo."

Pude perceber pelo relato dos clientes, que durante a hospitalização o suporte profissional a eles oferecido, variava de uma instituição de saúde para outra. Dentro da mesma institui-

ção, a assimilação do conteúdo das orientações parecia que variava também de cliente para cliente, e isso pareceu depender, principalmente, da intensidade da percepção do que a colostomia lhes causava.

Contudo, os suportes recebidos, quer os da própria família, de grupos de inter-ajuda, e de profissionais de saúde são, parcialmente, responsáveis pela adaptação de uma pessoa à situação que enfrenta, no caso, a colostomia. Rheume e Gooding (1991) tratam sobre suporte social, estratégias de enfrentamento e adaptação à ostomia, e mostram em pesquisa com ostomizados que suporte social e comportamentos de enfrentamento são duas poderosas forças que podem influenciar resultados de saúde e doença nessas pessoas; e chamam a atenção para profissionais de saúde que precisam mobilizar sistemas de apoio ou suporte, tanto os existentes, como outros alternativos, bem como fornecer ensino abrangente e aconselhamento aos clientes a fim de auxiliá-los em sua reabilitação.

Para seu próprio interesse, o sr. Bruno diluía a atenção para isso, enquanto trabalhava suas preocupações e as evidenciava como justificativa tal como expressada a seguir:

"Preocupo-me também quando tiver que sair de casa para visitar parentes e amigos, para passear, pois não tenho mais controle sobre a eliminação de gases e fezes."

Enquanto conversava, eliminou gases pela colostomia emitindo um ruído característico. Nessa hora ele interrompeu a conversa e disse:

"Olha aí, como será quando isso acontecer fora de casa, quando tiver com outras pessoas? É falta de educação; eu vou ter que explicar porque aconteceu isso."

Pela literatura, eu sabia, como profissional, que muitos bloqueios à adaptação adviriam também pela condição de tornar-se ostomizado, entretanto trabalhamos compartilhadamente, as questões de sua vida conforme elas se evidenciavam. Procurei nada adiantar, embora estivesse aguardando, como possibilidade, alguns comportamentos inefetivos, muitos deles já estudados como manifestações de clientes recém ostomizados.

Para Burke (1984), "alguns participantes do seu estudo encontraram dificuldades em aceitar o estoma e em ajustar-se a uma mudança na imagem corporal. Uma reação comum a esta crise é a depressão; e, reações à cirurgia variam desde a descrença até o horror e o desgosto."

Zerbetto (1981), considera como problemas mais frequentes dos ostomizados, a inapetência, a desidratação, o distúrbio hidro-eletrolítico, os odores fétidos, as alterações na consistência das eliminações, os ruídos provenientes da eliminação de gases, o desconforto, e as alterações da atividade sexual.

A situação pós-cirúrgica invade o cliente, esvaziando-o quanto aos seus relacionamentos sociais. Ele tem medos e vergonha. Medo de lidar com os aparatos e de que não saiba controlar as eliminações, e vergonha por se sentir sujo, por passar a ser diferente no modo de eliminar os dejetos intestinais e, acima de tudo, descobre-se evitando os relacionamentos sociais pela insegurança de ser aceito diante de sua concreta e nova situação. Para Watson (1983), pacientes com colostomia sofriam temores de rejeição, vergonha e desfiguramento, levando a um baixo amor próprio e dificuldade de formar novos relacionamentos. A mesma autora relata que clientes em seu estudo revelaram que seus corpos haviam sido alterados de maneira destrutiva pela ostomia.

Na época da hospitalização, o suporte de maior duração para os clientes foi proveniente dos profissionais de saúde das instituições onde se encontravam interessados, e eram orientados sobre a sua nova condição enquanto ostomizados. Essa orientação de profissionais de saúde foi um suporte de maior importância para os clientes e em apenas uma das situações esteve ausente. Também de grande importância continuava sendo o apoio dos familiares por ocasião das visitas. Pude constatar essa importância quando estive em um momento de visita de um outro cliente, o Sr. Alexandre. Ao receber os seus familiares ele mudava o seu humor, e foi possível vê-lo rindo e conversando mais animado, bem diferente dos momentos em que seus parentes estavam ausentes.

. A aversão ao estoma

Ao lado dos embates já apresentados uma focalização precisa ser feita quando o cliente ao sair do hospital para casa, mesmo tendo sido ensinado a cuidar do estoma, ele o Sr. Bruno, não mostrou em ações que aprendeu, e continuou recusando-se a tratar disso. Procurei reunir informações e averigui que o Sr. Bruno continuava com a aversão ao estoma e, portanto, era prejudicado, sobretudo, em sua autonomia para lidar com isso. Utilizei algumas formas de intervenção. Fiz exercícios com ele, pedindo para que ele me mostrasse porque eu olharia. Ele respondeu, a primeira vez, só abrindo as roupas; animei-o dizendo algo sobre o aspecto, o tamanho do estoma, relacionei isso ao calibre da bolsa, toquei no local, mostrei sinceramente que a evolução era adequada. Numa outra ocasião insisti para ver o local e além de abrir as roupas que cobriam este local já olhou comigo para o estoma e tocou na bolsa, enquanto conversávamos sobre outras pes-

soas que conheço que aprenderam a se cuidar, como aprenderam a selecionar sua alimentação, etc. Buscava ajudar o Sr. Bruno, nesse aspecto e ele próprio já tinha me feito ver que sua esposa o substituiu durante algum tempo no seu próprio cuidado, e a par do constrangimento pela sua situação de recente ostomizado acrescia o constrangimento de estar dependente e sobrecarregando a própria companheira:

... "até nem pensava assim de um dia depender tanto da esposa, como dependi nessa fase agora, dependi e fui atendido em tudo o que foi preciso"...

Um dia, ele contou-me vaidoso que tentou e foi capaz de cuidar-se na ausência da esposa:

"Numa tarde a minha esposa saiu com as crianças e eu fiquei sozinho. Então eu resolvi trocar a bolsa; não precisava nem trocar a bolsa, não precisava nem trocar e pensei: Eu vou trocar essa bolsa, e fui no banheiro e troquei. Quando foi mais tarde ela (esposa) disse assim: "Bruno, vamos trocar a bolsinha?" E eu disse: Eu já troquei, e ela ficou admirada. Desde esse dia eu fiquei trocando sozinho".

. A hesitação do retorno ao trabalho

Nessa experiência de prática assistencial, a preocupação do Sr. Bruno quanto à sua volta ao trabalho, esteve presente desde o nosso primeiro encontro 45 dias após a cirurgia, como pode ser notado em suas palavras:

"Estou preocupado quando tiver que voltar a trabalhar com a bolsinha, como é que vai ser. Não vou mais poder fazer o mesmo serviço, não posso pegar peso, tenho que mudar de atividade."

O Sr. Bruno pensou na continuidade do seu sustento e de sua família, e alguns aspectos o preocupavam em relação ao trabalho como: 1) A sua locomoção de casa para o trabalho tendo que enfrentar quatro ônibus lotados por dia e a exposição à chuva e ao frio durante o trajeto; 2) A natureza do seu trabalho "pesado" no campo, também sujeito ao sol excessivo, à chuva e ao frio; 3) A inexistência de local apropriado para higiene do estoma e da bolsa, e substituição da mesma; 4) O receio de vir a ser motivo de chacotas entre os seus antigos colegas; 5) O medo de exalar odores nos locais por onde passasse; e 6) A preocupação em fazer refeições no restaurante da empresa com poucas opções para selecionar os alimentos que lhe fossem mais convenientes dado o seu novo estilo de vida.

Todos esses aspectos pareciam esconder aqueles elementos que constituem a situação complexa de tornar-se ostomizado, a qual impõe uma série de mudanças (desvio e incontinência da eliminação intestinal, alteração da imagem corporal, etc) e de cuidados pertinentes a sua atual condição de saúde (higiene do estoma, troca de bolsa, etc), o que no primeiro momento, chegam a ser até aterrorizantes, e levam as pessoas ao gradativo isolamento social. Todos esses elementos têm influência direta com a volta ao trabalho.

De acordo com Trentini e outros (1987), "possivelmente todas as doenças crônicas são acompanhadas de algum desconforto decorrente da própria progressão da doença ou da terapia". Aqui no caso dos enterostomizados, os desconfortos pareciam ter sido causados mais pelo tratamento do que pela própria doença. Acrescentam ainda os mesmos autores, que as pessoas portadoras de doenças crônicas (incluo aqui as pessoas com enterostomias perma-

mentes resultantes de tumor maligno do intestino), se defrontam com novos encargos. Uns são decorrentes de aconselhamentos de profissionais de saúde, e outros são resultantes da própria doença crônica, que os autores os chamaram de "Novas Incumbências". Elas incluem: O conhecimento da doença e do seu regime de tratamento, a execução do próprio regime de tratamento, e o combate aos desconfortos físicos. Além das incumbências, os autores chamaram de "Perdas" todos aqueles problemas de natureza social, econômica, e pessoal apresentados pelos participantes do estudo. Tais perdas podem também levar ao isolamento social.

Pertinente ainda a esse assunto, Miller citado por Trentini e outros (1987), afirma que "a pessoa com doença crônica pode evitar o relacionamento com amigos e conhecidos, devido a diminuição de sua energia física ou devido à diminuição do seu auto-conceito, sentindo-se indigno de contatos sociais, ou simplesmente sentindo-se incapaz de participar de atividades sociais".

Quando o sr. Bruno foi informado de que a sua doença poderia levá-lo à aposentadoria, a reação de protesto foi imediata, o que se confirma pelo relato que ele fez do fato:

"Eu me senti tão frustrado, tão mal, no começo, quando o dr. Zaqueu falou em aposentadoria. Até na primeira consulta, né? Ah, me senti mal! Porque eu me senti jovem, prá mim foi uma facada, me senti mal mesmo. Dá de comer aos filho tudo pequeno, como é que vou fazer, dr.?! Mas não tem outro jeito, disse ele prá mim".

Decorridos cerca de três meses após a cirurgia, quando o sr. Bruno já havia se conscientizado da realidade de tornar-se enterostomizado (colostomizado), isto é, quando já conhecia as

"Novas Incumbências" que lhe haviam sido adicionadas à sua vida, e as "Perda" impostas pelo tratamento, ele começou a mudar de idéia, ou seja, a incorporar a idéia de não voltar ao trabalho. Outro fato importante fez o sr. Bruno pensar na possibilidade de se aposentar, qual seja, a chance surgida com a nova legislação que rege o funcionário público, a qual lhe conferia o direito de aposentar-se com salário integral.

Diante da realidade que se apresentava para o sr. Bruno, observei que, a partir daí, ele se inclinava a optar pela aposentadoria, mesmo tendo conhecido na ACO outras pessoas ostomizadas que trabalhavam fora de casa.

Dispondo de elementos que favoreciam a aposentadoria, o sr. Bruno passou a apresentar e a argumentar sobre as dificuldades que poderia se defrontar no futuro, expressando-se assim:

"Como é que vou achar um chuveiro com mangueirinha prá limpar uma bolsa. Onde trabalho tem o chuveiro, mas não tem a mangueirinha. Ou do contrário, com essas bolsa comum, eu vou tá no meio desse pessoal com mau cheiro. Vou ter que enfrentar todas essa dificuldade de tá trocando bolsa, de tá alimpando bolsa alí no serviço, comendo comida que as veis não agrada, que as veis a gente não pode comer... Outra coisa que também me preocupo, a gente trabalha no meio de uma peãozadinha lá meia... vai sempre ter aquele debochado que vai fazer pouco, e a gente vai se sentir mal com esse tipo de coisa..."

Na perspectiva de uma aposentadoria, percebi que o sr. Bruno foi estruturando a sua trajetória, procurando ouvir a opinião de familiares, do médico, da assistente social do seu local de trabalho, de colegas ostomizados e minha como enfermeiro. Nesse processo, assumi várias vezes o papel de "advogado do diabo",

porque as demais pessoas envolvidas tinham sempre opiniões favoráveis a aposentadoria. Eu, particularmente, achava que para ele tomar uma decisão bem consciente, era necessário contrabalançar as opiniões, mostrando para o sr. Bruno as vantagens e os riscos que estavam em jogo, torcendo mais para que ele continuasse no seu trabalho, acomodando as atividades ao seu novo estilo de vida.

A propósito desse assunto, Keltikangas-Jarvinen e outros (1984), empreenderam uma pesquisa com 66 ostomizados (34 ileo e 32 colostomizados) que haviam se submetido a cirurgia há cerca de 6 anos e meio para verificar a adaptação psicossocial de ambos os grupos. Dentre os fatores da personalidade que contribuem para a adaptação foi evidenciada a capacidade de trabalho. Nesse sentido, concluíram os autores que no grupo dos ileostomizados a aposentadoria estava nitidamente relacionada com a personalidade, e que havia correlações entre a aposentadoria precoce e as variáveis psíquicas, quais sejam, os sintomas neuróticos e hipocondríacos, defensividade, depressão, falta de energia psíquica e de adaptabilidade. No grupo dos colostomizados, 28% haviam se aposentado logo após a cirurgia, e 31% não se sentiam capazes de gerir seus negócios diários, porém ambos os resultados eram decorrentes de suas idades mais avançadas.

Corroborando essa posição Druss, O'Connor citados por Watson (1983), afirmam que há "uma deterioração em relacionamentos sociais e uma redução nas horas de trabalho dos indivíduos ostomizados estudados".

Ao lidar com o Sr. Bruno nessa questão da aposentadoria, notei que era necessário que se esgotassem todas as fontes possíveis de informações, e que ele obtivesse os mais variados

elementos para que a sua decisão não lhe causasse nenhum arrependimento no futuro. Ao mesmo tempo, no caso de o Sr. Bruno tomar uma decisão em favor da aposentadoria era necessário que ele estivesse consciente de que alguma atividade deveria substituir o seu trabalho anterior, como forma de preservar a sua saúde. Pensando em tornar mais rentável para a sua saúde a atividade substituta do seu trabalho, resolvi orientá-lo no sentido de que dedicasse algumas horas por semana a atividades na Associação Catarinense dos Ostimizados (ACO). Imaginei que esse tipo de atividade além de exercitá-lo fisicamente porque teria que se deslocar da sua casa até a ACO, ao mesmo tempo o Sr. Bruno estaria alargando o conhecimento das questões pertinentes à vivência de um ostomizado, com o intercâmbio de sua experiência com outros membros da Associação. No que toca ao aprendizado estaria se beneficiando da convivência em grupo secundário, acompanhando os interesses da ACO e, naturalmente, colaborando com o crescimento da mesma.

. O recôndito bloqueio sexual

Na experiência prática que desenvolvi, apenas um cliente verbalizou e solicitou-me ajuda, no que se refere ao seu comportamento sexual, depois que tornou-se uma pessoa ostomizada. Nessa direção, Trentini e cols. (1991), em estudo realizado com membros de uma Associação de Ostimizados, apontam que as questões pertinentes à sexualidade se constituem em um grande tabu, principalmente, entre as mulheres e as pessoas mais idosas. Na prática assistencial a que me refiro, os demais clientes, se tinham bloqueios ou dificuldades sexuais, não as manifestaram. Pude perceber que esse é um assunto, no qual o cliente coloca muitas re-

servas, e parece que quando esta dificuldade se reveste de grande e especial importância, ela impõe bloqueios a outros comportamentos.

. Preocupação e dúvidas

O bloqueio sexual do sr. Bruno tornou-se, nessa época de sua vida, o maior problema (comportamento inefetivo) levando-o, inicialmente, ao desespero e à grandes dúvidas. A esse respeito, ele expressou-se:

"Tem uma coisas que está me preocupando e estou muito chateado, estou mesmo arrasado. Fui ter relação com a mulher e não consegui, estou impotente... Prá mim, isso tá sendo a pior coisa"... Se eu soubesse que ia ficar assim eu não tinha me operado, e podia acontecer o que acontecesse, contanto que eu não ficasse assim... Se eu não conseguir, prá mim acaba tudo, não sei como vai ser..."

Para Leão (1979), "a ressecção abdominal-perineal com colostomia definitiva por câncer do reto resulta em impotência de 8 a 11% dos casos, por razões de ordens cirúrgicas - secção de nervos responsáveis pela ereção e pela ejaculação - acrescidos de outras razões emocionais determinadas pelas consequências funcionais da operação". Conforme Bruckman (1987), "alta percentagem de pacientes colostomizados do sexo masculino, apresentam impotência depois da cirurgia retal. Muitos deles têm ereções e orgasmos, não têm ejaculação e o sêmem reflui para a bexiga (ejaculação retrógrada). Outros, são incapazes de manter a ereção ou de conseguir o orgasmo". Sobre o mesmo tema, Shipes (1987), revela como resultado dos estudos com indivíduos ostomizados, que a cirurgia de ostomia provoca ausência ou diminuição da ereção e eja-

culação, no homem."

Tendo o sr. Bruno se submetido a uma excisão abdomino-perineal do reto, com colostomia definitiva, parece estar enquadrado no que preconiza a literatura para o caso.

Nos encontros que mantive com o Sr. Bruno, nos quais expôs suas questões ligadas à sexualidade, ele mencionou que a sua libido, praticamente, desapareceu no pós-operatório, enquanto esteve hospitalizado e nos primeiros dias quando voltou para casa. Porém, logo depois, a sua libido retornou, e ele começou a auto-estimulação sexual, onde parecia se preparar para um encontro sexual com a esposa. Nesse sentido, o sr. Bruno verbalizou:

"Estou preocupado porque consegui no banheiro (masturbação), mas com a mulher não consigo."

No que se refere à libido, até certo ponto, a atitude do Sr. Bruno contraria a literatura na qual Burke (1984) revela através de estudos que a "maioria dos ostomizados experimenta perda da libido por alguns meses após a cirurgia". Analogamente Gloeckner (1984), menciona como resultado dos seus estudos, que há uma "diminuição nos sentimentos de atratividade sexual, desde o pré-operatório até o ano seguinte à cirurgia. Complementando as citações anteriores, Keltikangas-Jarvinen e outros (1984), apresentam como resultado de uma pesquisa, fatores da personalidade que contribuem para a adaptação. Dentre eles, destaca-se o que os autores chamam de problemas sexuais constatando que os clientes colostomizados após cirurgia para a construção de colostomia, haviam não somente piorado as suas oportunidades de satisfação sexual, mas também diminuído a libido e o interesse sexual.

Por se tratar de um assunto bastante particular - a sexualidade - o cliente, Sr. Bruno, preferiu tratá-lo em ambientes

que ele pudesse preservar a sua privacidade e, desse modo, evitar a presença de terceiros. Na primeira ocasião que compartilhou estas questões comigo enfermeiro, pediu para sua esposa e filhos que se retirassem da sala onde estávamos. Em outra oportunidade, quando relatou essas mesmas questões para o médico, pediu, antes, às outras pessoas ali presentes - a sua esposa e um profissional de enfermagem - que se retirassem, pois ele desejava conversar um assunto muito íntimo. O zelo do sr. Bruno pela privacidade do assunto ora descrito, pode ser constatado nas seguintes palavras:

"Na última consulta que eu fiz perguntei assim prá ele (médico), eu até pedi licença, não gostei de falar assim junto com a esposa e com a enfermeira que tava ali. Aí eu disse assim: Eu queria falar uma coisa com o sr., mas em particular..."

. Bloqueio sexual minimiza outros comportamentos inefetivos

Pude perceber, no caso do Sr. Bruno, que quando um comportamento contém uma grande inefetividade ele sobrepuja aquele(s) outro(s) de inefetividade menor, como pudemos constatar na declaração feita por ele:

"A bolsinha não é mais problema. Isso (referindo-se ao insucesso sexual com o cônjuge) é que está me incomodando."

. Ajuda profissional - algo esperado pelo cliente

Por se tratar de um assunto delicado, e de providências urgentes para as questões que ora estavam sendo apresentadas, o Sr. Bruno solicitou-me ajuda expressando a seguinte frase:

"Estava querendo mesmo conversar com o Sr. para ver se pode me ajudar, porque eu sei que o Sr. entende."

Naquele momento, ficou bem nítida a confiança que o Sr. Bruno depositava em mim e, a partir de então, crescia a minha responsabilidade enquanto profissional, para empenhar-me junto com ele na busca de opções para o encaminhamento de solução para os comportamentos inefetivos que ele manifestava, e que decorriam da questão sexual. A confiança na relação cliente/enfermeiro foi aumentando à cada novo encontro. As soluções foram sendo construídas compartilhadamente cliente/profissional, envolvendo recursos dentro do nosso próprio relacionamento, e mobilizando outros como aqueles junto ao médico e à ACO. Assim, as questões de ordem sexual puderam ser encaminhadas.

Um dos encaminhamentos dados à essa questão foi a eliminação de dúvida sobre o efeito do trauma cirúrgico sobre o bloqueio sexual. Consultei, como profissional, essa possibilidade junto ao médico. Ao repassar ao sr. Bruno as informações concedidas pelo médico, ele enunciou:

"Eu me senti mais aliviado por causa da notícia sua, essa vai me ajudar muito. Essa parece que vai ser melhor do que aquela vez prá cá. Acredito que daqui prá frente seja melhor. Eu tinha a preocupação, eu fazia o máximo prá pensar positivo, prá mim relaxar, mas tem hora que a fraqueza domina, né? Tem hora que o ponto fraco supera a gente. Aí fica difícil prá gente quando o lado negativo domina é ruim."

Para o sr. Bruno, o traumatismo cirúrgico era o que mais lhe preocupava dentre as causas do seu bloqueio sexual, os quais tinham sido aventados por nós (cliente/enfermeiro). Pude perceber com o passar do tempo, que o sr. Bruno foi assimilando as mudanças ligadas à sua sexualidade. À cada momento estava sendo construída a sua autonomia, no que tange à essa questão. A

evidência desse fato pode ser comprovada quando ele se expressa:

"Não é aquilo que a gente quer, mas já ajudou mais, em vista do que a gente tava um pouco desanimado bastante. Então, a gente acha que é questão de tempo. Eu estou animado bastante. Tô me sentindo mais seguro. E eu já tive a relação, já consegui... já tá praticamente normal..."

Os suportes para o encaminhamento do bloqueio sexual do sr. Bruno foram fornecidos por mim, enfermeiro; pelos médicos; pela esposa; pela ACO através da participação do cliente em reuniões; e, por último, pela ajuda pessoal de um membro da ACO, ostomizado há vários anos, e por ele escolhido para ajudá-lo. De todas estas fontes de ajuda, a que me pareceu mais eficiente foi a do seu colega ostomizado, por ter repassado uma experiência similar, servindo de validação às orientações e aconselhamentos recebidos dos profissionais.

Essa questão passou a ser encarada de modo mais apropriado pelo Sr. Bruno, e as experiências trocadas com outra pessoa ostomizada se estenderam em aconselhamento, ao casal. A partir do interesse do Sr. Bruno sua esposa teve acesso e participou, pela primeira vez, da discussão dessa questão sexual.

A partir dessa intervenção de um amigo experiente, Sr. Bruno, não mais passou a queixar-se da questão sexual e, quando indagado sobre o tema, não falou dele com a mesma valorização, apenas disse que tudo estava se resolvendo bem melhor, e que tudo estaria totalmente bem, aproximadamente quando completasse um ano da cirurgia (ostomia).

II - O JOGO DO ENSINO-APRENDIZAGEM NA ASSISTÊNCIA À PESSOA OSTOMIZADA

Ao estudar a minha experiência profissional de prática assistencial de enfermagem com clientes ostomizados, pude ver como ocorreriam situações de ensino-aprendizagem provocadas intencionalmente ou não. Dadas as diversas manifestações dessa natureza, pude perceber que algo me chamava a atenção. A questão de ensinar e aprender ocupa um espaço na assistência, mesmo que não haja por parte do enfermeiro este objetivo colocado explicitamente no seu plano de trabalho. Procurei reunir dos registros feitos, alguns "flashes" dessas situações e verifiquei que há diversas variações desse processo educativo no âmbito da assistência. As oportunidades de ensinar e aprender tonalizam a prática de assistir e por vezes, organizam-se, espontaneamente, movidas pelas circunstâncias de determinado encontro, outras vezes ela é ocasionada por intencionalidade e, em outras oportunidades elas são articuladas entre os próprios clientes.

Pude registrar também que o ensino-aprendizagem era mobilizado e mobilizava pessoas, conteúdos, formas, as mais diferentes. Também vi que era tão movimentado o processo ensino-aprendizagem, que ele não era pertinente de uma ou outra pessoa, nem tampouco era dirigido numa única direção; ao contrário, era abrangente e a cada "flash" vamos encontrar diferentes atores, diversos conteúdos, variadas formas, enfim... um jogo... o jogo do ensino-aprendizagem. Pareciam cortes de uma figura que vai sendo montada ao longo do tempo e das circunstâncias. A figura montada é o resultado dessas peças-recortes, que no

sentar um processo educativo compartilhado ao longo da assistência. Assim, podemos ver que um cliente ensina a outro para que ele aprenda e ensine à sua mulher, como ajudá-lo. O médico ensina o andamento e os projetos de mudanças quanto à doença e tratamentos e ainda apoia e encaminha a aprendizagem de alternativas de decisão do cliente face a seu prognóstico de saúde e seus direitos à vida ativa futura. O enfermeiro ensina ao cliente, aos familiares e aos grupos construídos em primeiro lugar partindo daquilo que causa dúvida, medo ou aversão no âmbito do seu processo adaptativo - objetivamente o processo saúde-aprendizagem - ajuda o cliente a desdobrar refletidamente os seus comportamentos (inefetivos) como consequência de algo (estímulos) que, muitas vezes, mobilizados os mecanismos cognitivos, são por ele próprio encaminhados, rumo à adaptação.

O enfermeiro ensina identificando e removendo equívocos, antecipando possibilidades de superação de implicações no funcionamento social das pessoas, desestimulando a dependência, prevenindo complicações decorrentes da insuficiência de conhecimentos e, acima de tudo, lida com o ensino-aprendizagem da PARTICIPAÇÃO, esta sim parece resumir o que há de mais significativo no processo ensino-aprendizagem desenvolvido pela enfermagem no âmbito de sua prática assistencial.

Serão mostrados a seguir destaques de vários momentos do jogo ensino-aprendizagem ocorridos durante a prática assistencial.

. O jogo da decisão de viver ostomizado

Ao procurar o serviço de saúde por causa dos sintomas que o acometiam, o sr. Bruno revelou o que lhe aconteceu em sua primeira consulta quando o médico se referiu ao tratamento ao qual ele deveria se submeter:

"É, o médico me preparou, né. Caso acontecesse (colostomia), tava preparado. Não podia jogar a culpa em ninguém, ele não tinha enganado, ele avisou. Até disse assim: "Olha, se vocês não quiser operar, eu não vou obrigar". Até falou prá mim e prá esposa: "Eu não vou obrigar. É preciso, não tem outra saída, mas se vocês não quiser, por minha conta eu não vou fazer". Não doutor, se tem que fazer, vamo fazer, seja o que Deus quiser. A gente não é tão atrapalhado assim que não pode entender uma situação dessa, né".

Um das aprendizagens são mais custosas que outras. Quando o médico coloca ao cliente a condição de operar como única saída, o cliente e sua família param para pensar e neste caso, sentem-se aprendendo com o médico, a decidir pela cirurgia, embora esta lhe pareça tão dolorosa...

Nesse caso, há um jogo de alternativa quase única, o jogo da decisão de viver... viver ostomizado.

. Aprendizagem com outro cliente no hospital.

Quando hospitalizado (pós-operatório) o sr. Bruno aprendeu com seu colega de quarto quando o mesmo pediu para ver a ferida cirúrgica da região perineal, no momento da realização do curativo. É possível se notar essa aprendizagem pelo relato do sr. Bruno:

"Ele disse (outro cliente): "Barbaridade! Só o que faltava era ter cortado tudo. Não te preocupa que vai dar tudo certo." Aí ele disse prá mim assim: "Eu acho bom quando voce for prá casa não deixar sua esposa fazer esse curativo, ela não vai resistir." Mas rapaz, quem é que vai fazer, não tem posto de saúde perto, não tenho condição de ir. Pagar uma pessoa eu não posso, eu não sei; vou ver, se ela não tiver condição, vou dar um jeito, vou tentar em casa mesmo. Aí, quando che-

gou a hora, no dia seguinte que eu vim do hospital, eu disse: Irene (esposa), tá na hora de fazer o curativo, agora não sei se tu vai resistir. É feio, tem que aguentar, porque vai ser brabo. Aí ela foi fazer o curativo. Vi quando olhou assim, ficou assim meio ruim. Disse: "Tu não vai aguentar". Aí ela pegou aquele remedinho, aquele spreizinho, e foi fazendo. Quando foi no fim, acostumou. A primeira vez, depois a segunda vez já foi melhorzinho um pouco".

Orientações de cliente para cliente mesmo simplória por conter só uma advertência (às vezes até sob a forma de ameaça) podem ser úteis como ensino-aprendizagem. Sr. Bruno aprendeu a preparar sua esposa para ver o curativo...

. Reaprendendo a convivência social.

De volta do hospital para casa a pessoa ostomizada sente-se retraída da convivência com outros... E precisa reaprender a sair sozinha, mesmo que isto lhe custe vencer até a proteção que vem dos familiares. A meta é ampliar a convivência tanto recebendo como fazendo visitas e enfrentando o retorno às atividades sociais...

Pelo depoimento do sr. Bruno, percebe-se o seu exercício de reaprendizagem do convívio social:

"Eu tive um mês e pouco sem sair daqui. Só vim do hospital e fiquei aqui (casa). Daí só fui daqui lá no hospital onde me operei; fiquei aqui mais de um mês. Acho que até fui duas vezes lá no hospital e fiquei sem sair de casa. Então recebi muita visita em casa, então quando vinha uma pessoa aqui em casa; meu Deus, aquilo prá mim era uma maravilha! Aí um dia eu me achei com coragem. Aí pensei eu vou sair. Mas a mulher sempre me segurava prá mim não sair. Mas eu vou tentar dar uma saída, porque... Disse a esposa: "Não. É cedo, tu vai cair aí..."

esse morro é meio liso, esse morro aí em baixo tem muita areia na estrada". Não, não tem nada não. Tentei e fui lá na minha mãe. Depois, já fui lá na minha sogra, que é bem mais longe, que é lá em baixo, já perto de onde tem um túnel, um pouco prá cá. Já fui lá e voltei. Depois lá em Campinas, mas aí fui de ônibus, fui com a esposa. Aí agora, já tô correndo todo dia neste morrinho aí, tô descendo".

Ao sair e entrar em contato com outras pessoas, a própria pessoa ostomizada reaprende o convívio social e retira as apreensões quanto à receptividade dele na rua, entre amigos, etc. Além disso, a pessoa revê a sua capacidade de deslocar-se, retomando seu funcionamento social do cotidiano...

O jogo da reaprendizagem da convivência social...

. Aprendizagem com o enfermeiro.

Tendo sido acometido por uma diarreia e estando bastante ansioso, o sr. Bruno me procurou para pedir orientação. Orientei-o por telefone quanto à suspensão de alimentos sólidos e recomendei que tomasse bastante líquido e um anti-diarreico. Horas depois, conversando diretamente com ele em sua casa, esclarecí-lhe dúvidas sobre a associação da diarreia à colostomia. Nessa ocasião ele emitiu a seguinte declaração:

"Melhor mesmo foi agora de tarde, depois que nós conversamo (por telefone). Eu tomei bastante líquido e daí prá cá me senti melhor ainda. Já faz tempo que foi colocado uma bolsa aqui, e ainda não saiu nada".

O enfermeiro diminui a ansiedade do cliente ostomizado frente à diarreia e utiliza a comparação da diarreia do cliente a qualquer outra, à excessão do trabalho que terá a mais com a troca de bolsas.

Mostra-lhe que tanto agora ostomizado como antes, o cuidado fundamental é a reidratação, e ao sentir-se mais tranquilo e seguro, o cliente aprende e se cuida...

Há um jogo caracterizado por amenizar as diferenças supostas pelo cliente...

Quando se procura ensinar sobre diarreia, também, particularmente, nas pessoas colostomizadas, mostra-se também a questão dos cuidados com pele e mucosas pela acidez do efluente e contato com bolsa de colostomia. A explicação preferencialmente precisa partir de como acontece também a assadura com quem não tem a colostomia...

A oportunidade de ensinar e aprender entre enfermeiro-cliente é contínua. Entretanto há ocasiões em que é preciso ensinar medidas de urgência como no episódio de diarreia... O interesse do cliente ostomizado se liga também ao contrário, isto é, aprender a controlar a constipação intestinal e então pode ver que o que se ensina e aprende é sobre o funcionamento intestinal a fim de evitar episódios de descontrole. Pode ver que o cliente associa o que se ensina a outras ocasiões e observações já feitas em sua vida, e assim consegue clarificar o que está aprendendo...

Nesse sentido o sr. Bruno verbalizou:

... até me alembro agora de uma coisa que eu aprendi no hospital é o mamão. Quando eu tinha um parceiro lá no hospital internado comigo, colega no modo de dizer, fiquemo colega lá no hospital. Então ele tinha feito uma operação de hemorroida. Aí trancou-se. Depois que ele foi operado trancou as fezes. Aí, então, o médico mandava ele comer mamão. É todo o dia vinha mamão prá ele comer. Eu vi a conversa do médico: "Mamão é bom, porque mamão dissolve". O médico explicando a ele. .. "O primeiro passo prá quem tá ressequido é mamão", o médico dizia prá ele, né? Mas eu não sabia que o mamão fosse prá isso aí... é tam-

bém tinha ameixa, ameixinha cozida. Até um dia eu pedi".

Nesse tipo de ensino-aprendizagem, o jogo é aguçado pela curiosidade e os exemplos vêm do cliente...

"É, quando ela é normal não faz isso, é verdade; passei muito por isso aí. Até poucos dia a esposa teve também"...

Ao tratar assim, de modo geral os clientes dão exemplos de episódios de diarréias e suas conseqüências, em outros membros da família. O processo ensino aprendizagem toma abrangência... é um jogo de acumulação ensino-aprendizagem do cliente... dele, a aprendizagem se expande...

Por ocasião da diarréia do sr. Bruno (momento de grande aprendizagem), aproveitei para falar sobre a consistência normal das fezes e sua relação direta com a dieta, mencionando a maneira de contrabalançá-la com alimentos constipantes e laxantes. A esse respeito o sr. Bruno se manifestou verbalizando:

"Eu ví eles falando isso tudo lá pro rapaz. Que é melhor comer laranja com o bagaço e tudo... Mas há poucos dias a mulher comprou dois mamão grande, eu comí tudo. Mas foi antes disso aí (diarréia), mas depois eu parei".

As chances de ensino-aprendizagem surgem espontaneamente com os exemplos do cliente. Aqui se vê que faltava dizer sobre quantidade e não sobre ingestão e eliminação de determinados alimentos.

Jogo da exemplificação para falar de dosagem...

Quando o cliente teve uma doença e resolveu com a cirurgia ficando com a ostomia, ele associa qualquer sintoma à possibilidade da doença estar de volta. O jogo do ensino-aprendizagem está em permitir que o cliente expresse esses equívocos e que o enfermeiro mostre a distância entre esses sintomas e a doença anterior.

"Sabe o que foi que eu achei assim. Quando a gente está meio desinformado que as vêis, será se é nenhum problema da doença, a gente fica assim pensando..."

O jogo do ensino-aprendizagem está em distinguir, o que sente esporadicamente e porque sente, do quadro clínico que lhe levou à cirurgia...

Em uma outra oportunidade que o sr. Bruno precisou de ajuda, mencionou:

"Hoje me senti necessitado, mas olha, eu vou procurar seu Cristovam. Passou no sentido assim, vou procurar prá ver se ele pode me dar alguma orientação sobre isso aí. Ou procurar um médico, ou arrumar um remédio. Pensei isso aí... A hora que fui procurar voce não tava..."

Quando o ensino-aprendizagem é inerente à prática assistencial do enfermeiro, o cliente demonstra confiança para fazer consultas e retirar suas dúvidas. Isto significa que o cliente passa a determinar o que precisa aprender, quando aprender e com quem aprenderá.

é o jogo da aprendizagem na medida do cliente.

. Aprendizagem em grupo secundário.

Há um outro jogo de aprendizagem que se estabelece no grupo secundário (Associação, p.ex.); lá o cliente numa Associação de Ostomizados, seleciona pessoas com as quais sentiu afinidade e confiança para conversar assuntos e trocar experiências de aprendizagem. No trecho a seguir, o cliente e eu identificamos juntos alguém, com quem ele gostaria de conversar algo seu, sobre sua situação de ostomizado. A um só tempo ele aprendeu outra coisa, que nas reuniões da ACO não frequentam somente os próprios ostomizados, mas outros envolvidos com essa questão...

"Tinha outro sr. naquele dia que eu não sei se ele já tem bastante tempo (de ostomia), que na primeira reunião ele não tava. Ele tava sentado assim naquele canto, é um sr. meio com pouco cabelo na cabeça, um pouco careca, assim. Então é a esposa dele que é (ostomizada)?"...

É um jogo de aprendizagem no grupo construído (AGD) que está se iniciando com as aproximações do sr. Bruno...

Faz diferença para o cliente ostomizado saber que ele não está só e que na AGD não estão só as pessoas ostomizadas, isto é fato favorável à sua adaptação social.

"Ela (esposa/ex-ostomizada) animou-se com as reuniões!"

O jogo da aprendizagem culmina nesse "flash" quando ele (sr. Bruno) mostra com bom humor que há pessoas que não sendo ostomizadas estão tão envolvidas que parecem que o são. O enfermeiro mostra que o regimento admite isso.

"Ela acha assim que continua ostomizada ainda! (riu)".

. Aprendizagem de como escolher parceiros.

O cliente se dispõe a procurar aprender com outro cliente, e pede ajuda do enfermeiro para chegar a selecionar um dos demais membros da AGD para que ele troque experiências de aprendizagem sobre a situação sexual que vem enfrentando.

O sr. Bruno manifestou-se sobre esse assunto da seguinte maneira:

"Isso era uma coisa, que eu gostaria de conversar com uma pessoa particular, que praticamente a gente não conhece a pessoa. Fosse pessoa séria, porque tem pessoa (riu) levam o negócio por bagunça, por folia, e a gente acaba até sendo prejudicado".

"Mas eu digo assim, queria conversar com pessoas, dessas pessoas ostomizadas."

O jogo da aprendizagem se faz por discutir o perfil percebido das pessoas que poderiam ser ou não parceiros nessa forma e conteúdo específico do que deseja aprender (sobre desempenho sexual com a situação de colostomizado). O enfermeiro o ajuda encaminhando a interpretação do cliente preservando as qualidades específicas de cada uma das pessoas aventadas e incentivando a proposta do cliente de se aproximar daquele que por ele foi, finalmente, escolhido.

É o jogo da seleção de um parceiro para discussões de temas que afligem o cliente, mas que ele precisa saber como outro em idênticas condições, evoluiu...

Para apoiar as qualidades das pessoas que estão sendo selecionadas pelo cliente, o enfermeiro precisa ser autêntico e ter tido convivência com os mesmos, o que torna imprescindível sua vivência acompanhando o ambiente em situações da AOD...

É o jogo da participação das atividades da Associação revertendo em condições de fazer leituras positivas de possíveis parceiros de aprendizagem para um determinado cliente...

O sr. Bruno e eu discutimos criteriosamente sobre a escolha de um parceiro que pudesse elucidar fatos sobre a sua sexualidade, que pode ser notado em suas indagações e afirmações:

"Não, mas acredito pelo que a gente alcançou até agora dele; eu acho que quando é prá brincar, ele brinca, mas na hora de falar sério"...

"Pelo menos, eu achei que ele seja assim".

"Se a gente conversasse com uma pessoa séria, que já tivesse aí há anos; ia perguntar como era a vida dele no começo, como é que foi, até ficava melhor prá gente, né?"

"Pois, é, eu também já não sou tão criança, mas o seu Juvêncio é bem mais idoso, né? Fica um pouco"...

"É, vale sim. Acho que vale".

Para evoluir a conversa, o enfermeiro que já percebeu a finalidade da seleção e até já tinha sugerido esta forma de aprendizagem mais perto, de um cliente para outro, sugeriu uma pessoa dentre as que o seu cliente já tinha agrupado como de sua simpatia para esse fim...

É jogo de buscar aproximação séria e conseqüente. O cliente busca alguém com experiência em um assunto que ele deseja consultar (sexo)...

É o jogo que envolve muita confiança...

. Aprendizagem pela experiência alheia.

O sr. Bruno coloca questões sobre sua volta ao trabalho evocando a minha experiência de já ter visto em outros clientes fazendo a seguinte indagação:

"Outra coisa assim, que eu queria perguntar a voce, que voce deve tá a par. Todas as pessoas que tiveram esse problema de colostomia permanente, coisa assim, quase todos eles voltaram ao trabalho, ou a maioria se aposentaram?"

Diante da alternativa de aposentar-se, a reflexão do cliente tornou-se mais profunda. Consultou a várias pessoas de sua relação social, os mais próximos (como sua esposa) e, a mim, como profissional. Dessa feita, a pergunta não indagava sobre outros aposentados ou não. A indagação era de pessoa para pessoa, e o cliente consultava qual a minha resolução se eu me encontrasse com a possibilidade de me aposentar? Respondi-lhe que eu iria pensar muito, tal como ele estava fazendo, a fim de encontrar uma resposta que fosse mais favorável a mim. Eu

levaria em conta além do salário, a consequência de não estar com uma atividade física e privado de estar em outro ambiente fora de casa (os amigos do trabalho), mas que eu pensaria como substituir isso para não prejudicar a minha saúde...

O jogo do ensino-aprendizagem também se apresentou desprovido de formalidade e evocou nesse diálogo uma resposta de amigo. O cliente solicitou que eu me colocasse na situação de ter que me aposentar e não na situação dele... isto porque ele é que teria que tomar a sua própria decisão.

O jogo do ensino-aprendizagem desenhava um paralelo...

. A aprendizagem de ensinar, principalmente o que o cliente quer aprender.

No jogo ensino-aprendizagem, foi preciso que o profissional no meu caso, percebesse que não é só o que eu pensava ensinar, mas principalmente o que o sr. Bruno queria aprender... então tive que lhe perguntar "o que mais?" e percebi a presença do "medo da doença voltar".

Em suas palavras pode ser lido o receio do sr. Bruno relacionado à recidiva da doença:

"É, as duas coisa principal é essa... é a gente as vês. Às vês eu também penso umas besteira assim. Medo de um dia a doença voltar novamente, causar problema na gente novamente, mas a gente tem que estar preparado prá isso, né?"

Relacionei esse medo ao modo dele e da esposa agirem. Ele era poupado de atividades físicas e assim poderia evitar a volta da doença. Procurei fazer a superação do equívoco e estimulei, na medida mais adequada, sua participação em difentes atividades (considerando

as limitações impostas pela ostomia). Ao animá-lo mostrei a importância do acompanhamento de sua evolução em ambulatório.

Notei como o sr. Bruno e sua esposa sentiram-se aliviados da preocupação que tinham quanto à volta da doença e, com isso, mostrei-lhes que quando uma doença se apresenta, isso acontece por diversas causas, inclusive as sociais. Discutimos isso e houve encaminhamento deles para organizarem o que, como e quando o sr. Bruno faria como atividade física e participação.

O jogo ensino-aprendizagem, ao eliminar equívocos, passa a ser do domínio do cliente, e nesse domínio, sua decisão junto aos familiares...

. A aprendizagem sobre companheiros

Aprender sobre os companheiros e sobre a vida, teve lugar nessa relação profissional entre mim e o sr. Bruno, até porque eu tinha por propósito ver o sr. Bruno como indivíduo ora junto aos familiares, ora junto a amigos na ACO - a busca de ampliar o seu funcionamento social implicava de tratar em ajudá-lo a formar conceitos sobre as pessoas que passavam a fazer parte de seu novo mundo de relações sociais. Participei de esclarecimento sobre as qualidades e a importância das pessoas que ele ia se aproximando nos grupos da Associação.

Em um dado momento da prática assistencial o sr. Bruno fazia conjecturas sobre um membro da diretoria da ACO. Foi quando lhe expliquei a atuação do mencionado membro e o sr. Bruno pode compreendê-lo, o que pode ser observado em sua afirmação:

"Só em eu saber isso também já isso que voce falou, já anima a gente, porque não é ser falador que é vantagem".

Esse era um jogo de ensino-aprendizagem requerido pelo processo de seleção de amigos como fase inicial de sua participação na ACO...

. Aprendizagem com o processo da aposentadoria

No percurso do aprender o sr. Bruno levou algum tempo perguntando a um e a outro o que fazer diante da possibilidade de ter que se aposentar. Achou-se novo (em idade, jovem), achou-se bom (podia fazer um serviço mais leve)... Enquanto isso sua esposa achou que ele devia se aposentar (não tinha horário, não saia no frio, não enfrentava 4 ônibus, não comia fora em restaurante, etc). Sua mãe e o irmão aconselharam também a aposentadoria mostrando que aí então ele passaria mais...

Nesse logo pensar, a aproximação com parentes e amigos e o ritmo da andança da solução... Pela declaração do sr. Bruno percebe-se todo o seu envolvimento com esse processo:

... "Tu volta aqui, que eu vou te encaminhar para perícia. E pense bem se não perde nada, se perde pouca coisa. Tu pode te aposentar. Tu só me diz. Trabalhar, mas não no tipo de teu trabalho. Não pode. Teu serviço é muito pesado. Tens que ver se consegue outra atividade. Se não queres te aposentar, escolhe." Aí, eu tive pensando, conversando com todo mundo que a gente conversa, até a assistente social, a esposa, a mãe, o irmão. Pois é, te aposente, se tem essa oportunidade, te aposente. Aí procura, se não tiver nada o que fazer, passeia fora. Sai, passeia, arranja alguma coisinha par passar o tempo mas, pelo menos... alevanta a hora que quéis, dia de chuva tais em casa, dia de frio tais em casa, não precisa tá enfrentando isso tudo. Porque é muito bom, é prá quem tem seu carro. Sai de dentro de casa, entra no car-

ro, desembarca na porta do serviço, vai trabalhar atrás de uma mesa, numa máquina, no escritório. Isso aí não tem problema nenhum. Mas prá quem enfrenta 4 ônibus por dia, comida de restaurante; tem certas comidas que a gente não se adapta; tem que comer aquela comida, pode até adoecer".

Este foi um duro jogo de aprendizagem, o qual envolveu muitas peças do seu grupo social, referidos como autoridades e familiaridades do afeto do sr. Bruno.

. A aprendizagem de iguais

A aprendizagem sobre o controle da sensação de impotência sexual arrastou-se prolongadamente, passando por diversos momentos e diferentes consultas de sr. Bruno (ao enfermeiro, ao médico e a uma outra pessoa ostomizada, sr. Juvêncio, por ele escolhido e por mim reforçado) como um bom parceiro para troca de experiência um-a-um. Deu certo, houve uma conversa produtiva sobre isso entre eles (sr. Bruno e sr. Juvêncio). Esta aprendizagem não se efetivou nessa única conversa mais veio evoluindo com várias ajudas e culminou com o recurso de discutir intimamente sr. Juvêncio e sr. Bruno... Valeu a pena, ele (sr. Bruno) e eu, mais ainda, porque entendi que por mais que nós profissionais de saúde disséssemos ao sr. Bruno ele sempre ouvia mas pensava que nós dizíamos "coisas para animá-lo". Tudo ficou claro para ele (a aprendizagem se realizou) quando ele percebeu, não somente ele próprio e a esposa, mas que há outros em situações semelhantes e soluções já experimentadas.

Sobre o sr. Juvêncio o sr. Bruno declarou:

... "Não, ele é brincalhão, mas na hora certa e também nas hora que é prá ele falar sério ele fala. Já deu prá mim entender que ele é

assim. Ele até disse, falemo a respeito daquele outro caso (impotência sexual); isso aí não te preocupa porque isso é problema de nervo, eu não sofri por isso, eu não passei isso, porque eu não tive problema de nervo, mas o mais é nervo. Porque se não fosse não tinha dado sinal (libido), não tinha coisa nenhuma, então isso aí tu vai procurar mesmo te acalmar e sarar a operação bem; são tudo coisa que vai te ajudar. Ele me explicou essas coisa assim, né? Sempre fazendo um tratamentozinho, foi o que ele falou também; ele até me sugeriu que eu me consultasse com o Dr. Eraldo, só a respeito desse fim; assim até particular"...

... é o jogo do ensino-aprendizagem, de parceiros, de iguais...

O encaminhamento ao psiquiatra é quase sempre interpretado com reserva quando feito do profissional de saúde para o cliente. Entretanto, de cliente (sr. Juvêncio) para cliente (sr. Bruno) aprendi que é tão bem aceito como qualquer outra orientação, como é possível perceber nas palavras do sr. Bruno:

"Já comecei, lá em São José. Já me tratava há muitos anos, nunca tive problema sério... Mas sempre tive necessidade de fazer tratamento de nervos, então, voltei lá, já tenho ficha, tudo lá. Falei, contei tudo direitinho. Ele (o psiquiatra) me deu um remédio, até como calmante, tudo bem; agora sobre os outro caso (impotência sexual), não tem progredido muita coisa não, mas pode ser que..., ele disse prá mim tomar o remédio duas semanas. Essas duas semanas vai fazer no fim dessa semana agora. Ele falou que era para parar um pouco e esperar o resultado. Eu tô, mas não tenho muita preocupação, porque quem sabe que o problema é esse, e já consegui alguma coisa positiva"...

O jogo do ensino-aprendizagem assim desenvolvido obteve de sr. Bruno a expressão: "...e, já consegui alguma coisa positiva... (referindo-se à impotência sexual) e à ida ao psiquiatra.

O jogo ensino-aprendizagem em questões mais comportamentais profundas (dificuldades íntimas, sexuais), pode ser facilitado quando me dei conta que explorados os outros recursos de aconselhamento profissional, não advinham resultados efetivos, eu dispunha da chance de aproximar do sr. Bruno, um companheiro ostomizado e experiente no assunto de impotência sexual.

O jogo do ensino-aprendizagem ganha mais condição porque obteve um crédito prévio a qualquer orientação porque veio de um igual (de um para outro ostomizado, no caso).

Com o desenvolvimento da prática assistencial com o sr. Bruno, foi possível perceber como o ensino-aprendizagem ocupou o seu espaço no relacionamento enfermeiro/cliente, tornando a prática um conjunto de ações com mais abrangência e consequência sem se restringir apenas ao cuidado direto em si (procedimentos e tratamentos clínicos), descaracterizando o conceito de que o cliente é o recipiente do cuidado de enfermagem, como preconiza algumas teóricas. Ao contrário, o ensino-aprendizagem permeou toda a trajetória assistencial do cliente, revertendo-se em uma autonomia crescente em relação ao domínio de sua condição e mobilizando seus mecanismos de enfrentamento, evidenciando seus modos adaptativos enquanto pessoa ostomizada com correspondentes comportamentos inefetivos e estímulos a serem reconhecidos e trabalhados.

O ensino-aprendizagem foi observado como um jogo onde cada relação entre o cliente e a outra pessoa sugeria uma conquista de encaminhamento a soluções, as quais o próprio cliente decidia tomar. O jogo do ensino-aprendizagem foi visto como inerente à prática assistencial desenvolvida.

3 - A PARTICIPAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DA RE-CRIAÇÃO DA PONTE

INDIVÍDUO - GRUPOS

Ao abordar o tema participação, nesta prática assistencial, intencionalmente se tem em conta os seus limites, porquanto esta foi tratada no âmbito da área psico-social do indivíduo, e não motivo de uma análise de mecanismos a nível societal. Assim como aqui foi vista, "a participação exige entre outros requisitos, a informação, a motivação e a educação para participar, enquanto condições a nível individual que tornam uma pessoa mais inclinada ou menos inclinada ao processo participativo" (Ammann, 1977). Nesta prática assistencial, a comunicação enfermeiro/cliente, na ótica de provocar o processo participativo, foi intencionalmente adotada como um processo de interação social, supondo um relacionamento horizontal com base no diálogo. Assim, o sistema de informações desempenhou uma tarefa dialógica, forneceu elementos para a percepção do cliente a fim de que este fosse instrumentalizado em consciência para julgamento da realidade, mesmo assim, um sistema de informação representa ainda, apenas um início do deslanchar do processo participativo. A intenção era provocar a aprendizagem da participação como uma condição à construção da ponte entre o indivíduo e os grupos sociais.

Foi assentada na aprendizagem de participação que esta prática assistencial foi desenvolvida. Procurei discutir com os clientes, aqui representados na situação do sr. Bruno, sobre participação ao informar-lhe sobre a existência do grupo da ACO. Conversei sobre minha participação em grupos dessa natureza e relatei sobre conquistas, contribuições e mudanças conseguidas por estes grupos. O cliente também contou-me algumas de suas investidas em lutas coletivas, mostrando-me aos poucos algo de sua história ligada a iniciativas e apro-

ximações com a vida no sentido coletivo. Procurei apreender nessa relação dialógica ao longo da assistência, o que o cliente já sabia, pensava, queria e fazia quanto a participação.

Falei ao sr. Bruno da importância de ele começar a participar das reuniões da ACO, já que ele estava se sentindo mais forte e também porque lá ele iria encontrar outras pessoas ostomizadas que poderiam compartilhar suas experiências com ele. Além disso, ele também poderia participar das lutas do ostomizado em relação a uma melhor assistência, à aquisição de bolsas de melhor qualidade, etc. Ele (Sr. Bruno), interview dizendo:

"Quando estiver me sentindo mais forte vou participar das reuniões da ACO; tenho uma consulta marcada com o médico e depois dessa consulta vou participar das reuniões; hoje só se consegue as coisas se for lutando em grupo, porque no meu trabalho quantas greves tiveram para se conseguir um salário melhor?! Assim que eu puder eu vou participar. Aqui mesmo já fui falar com políticos para melhorar a subida do morro onde moro, porque quando chove fica difícil de subir, porque o barro é muito liso. Mas todos eles só fizeram prometer na campanha para eleição e não cumpriram. Só querem voto e depois esquecem do povo".

O convite para sr. Bruno participar de reuniões da ACO serviu inicialmente para mobilizá-lo no que diz respeito a comentar sobre suas experiências com grupo, ou falar de reivindicações, ou interesse em votar, fazer campanhas eleitorais, etc.

Enquanto sr. Bruno falava ocorria-me pensar que não basta prover a existência de mecanismos tais como o voto, a representatividade, o plebiscito, a associação, mas importa que os indivíduos estejam informados a respeito de por que votar, quando votar, em quem votar, para que votar, até onde vai o seu direito à representatividade,

e à associação; por exemplo, qual a função de determinada associação, seu respaldo legal, suas chances de reivindicação e contribuição, possíveis ofertas de bens e serviços e ainda quando e onde utilizá-los.

Esse diálogo fazíamos trocando informações e a aquisição de informações é requisito exigido para a participação.

Pude perceber nessa experiência assistencial que sr. Bruno, embora desejasse aceitar o meu convite para conhecer as atividades da ACO, sua motivação dominante era, nessa instância, de natureza biológica (de sobrevivência), haja vista a relação que ele fazia entre o estado de sua saúde tal qual ele próprio se percebia e a ida à Associação. De início, alegou que ainda não iria, porque não se sentia suficientemente forte para isso (referindo-se a ter que depender de outros para a troca de bolsa, para acompanhar-lhe de carro particular, etc). Procurei perceber sua dificuldade em ir, sem assumir compromisso de decidir por ele, ou fazer esse papel de acompanhante, pois eu não pretendia tomar qualquer iniciativa paternalista ou mesmo assistencialista, apenas desejava que ele próprio, quando achasse conveniente, se mobilizasse para ir à ACO. Aprendí, com Sr. Bruno, e mais tarde ratifiquei esta aprendizagem, de que os clientes só se determinam para ir à Associação quando além de receberem ajuda, eles também já se sentem com alguma disposição para prestarem ajuda. A participação do cliente em "grupos de clientes" depende da motivação de "sentir-se forte", como um requisito individual.

Quando em outro encontro com Sr. Bruno ele declarou que estava interessado em ir conhecer o grupo e o fez, como se lê no texto a seguir (o que ocorreu no terceiro encontro), animei-o dizendo que nesta ocasião, ele poderia tirar suas dúvidas quanto ao exame de perícia médica, visto que junto ao grupo estava uma assistente social experiente, a qual poderia informar-lhe sobre isso. Disse-me o sr. Bruno:

"Essa reunião eu vou. Eu não fui ainda porque não estava me sentindo forte, e tinha que depender de outras pessoas e ir de carro com o meu irmão, ou ir de taxi. Mas, taxi está muito caro. Agora já estou andando de ônibus, posso ir sozinho. Até tive falando hoje com a esposa. Tou querendo ir. Vou tentar, até quero ir sozinho, ainda".

Notei que ao mesmo tempo que ele é que definia a sua ida, ele se via preso ao meu convite e pensava em não me desagradar (entendi assim quando eu o ouvia se justificando por não ter ido ainda). Mostrei-lhe que ele iria somente quando quisesse e quando pudesse, embora mostrasse também a vantagem de ir. Vi que a experiência de ir à reunião da ACO lhe traria mais segurança, até porque ele se mostrou motivado a ir só, sair sozinho pela primeira vez após a cirurgia e portanto, sentir essa experiência seria um passo positivo a mais em sua evolução pós-operado.

Durante a prática assistencial com o sr. Bruno foi possível observar a sua trajetória rumo à participação que, no seu caso, constituiu-se de treze passos que serão mostrados a seguir.

Primeiro passo: Mobilização preparatória

Relacionado a esse passo podemos notar a sua iniciativa em participar, pelas suas palavras:

"Vou, vou participar, vou entrar junto. Até o médico disse prá mim que era importante participar das reuniões. Vou participar, ele disse, nós temos que reivindicar alguma coisa, falou prá mim. Tem que lutar prá coisa melhorar, porque tá meio ruim as coisa como está correndo aí. Quem sabe se a gente consegue umas bolsinha melhor do que essas. Nem que seja com o tempo, que não seja já, mas ... Eu vou fazer um esforço amanhã prá dá uma chegada até lá (se referindo à reunião da

ACO). Voce vai tá lá amanhã? é eu vou, vou tentar. é válida. Eu acho necessário, eu sinto necessidade mesmo. Chegar junto, conhecer o pessoal que sofre igual à gente. Eu acho que é importante prá gente, até prá um conhecimento novo; eu tou conhecendo poucas pessoas ainda. Até na verdade, quase ninguém. A única pessoa que eu tenho um conhecimentozinho se eu encontrar aí é o seu Juvêncio. Pessoal que passou pela mesma dificuldade da gente, né?"

A idéia de agrupar-se mostrava-se baseada no que havia em comum entre as pessoas. Era a unidade, para ele, o que importava, assimilando aos poucos o incentivo de fazer novos conhecimentos e ampliar o seu funcionamento social. Começou a esboçar em lá encontrar outro(s) companheiros(s) com quem de certo modo já se identificava por ter também sido ostomizado (conhecimento feito na Unidade de Internação do Hospital).

Segundo passo: Iniciativa de ir à primeira reunião

O sr. Bruno foi à sua primeira reunião e percebeu que ele sentiu-se valorizado como os demais da ACO. Pude ver que para uma primeira vez, conhecendo dali apenas duas pessoas, ele esteve muito atuante. Apresentou-se com certo desembaraço, e além disso disse a que veio, expressando-se com alguns requisitos da participação: a informação, a motivação e o interesse de aprender e talvez até ensinar (trocando experiências). Era um excelente começo até porque ele viera sozinho, enfrentando pela primeira vez a expectativa de vencer dificuldades por si (de ônibus, com bolsa de má qualidade, etc)...

Durante a reunião o sr. Bruno expressou-se assim:

"Meu nome é Bruno, fui operado há dois meses e essa é a minha primeira reunião; vim participar, obter informações e ajudar em alguma

coisa. (Em um dado momento um dos colegas pediu a opinião sobre o que os novos participantes esperavam na reunião, e então ele interrompeu a conversa e emitiu a sua opinião dizendo) Espero receber e dar ajuda, enfim, trocar experiências e fazer novos amigos".

Por tudo isso vê que o sr. Bruno tornava-se inclinado ao processo participativo; isso configurava o início da ponte pretendida do indivíduo para o grupo.

Terceiro passo: Reflexão sobre a reunião (resgate da reunião da ACO)

Sobre a primeira reunião da ACO da qual participou, o sr. Bruno emitiu a seguinte opinião:

"A reunião até gostei, em parte gostei, porque a gente vai participar mais, vamo... Tô com fé de,... a gente vai conhecer o pessoal de perto tem que ser bem mais profundo, vamo ver o que... (referindo-se a alguém que esteve na reunião). Sabe o que eu achei da reunião, tinha aquela, naquela reunião ali, será que se for frequente assim mesmo, assim "ela" pode criar até assim algum caso, alguma encrenca por ali... Porque eu achei que aquela mocinha ali parece que ela é ostomizada também, é uma "mocinha novata", "meio novinha"... Ela parece que é um pouco meia exaltada, ela parece que é assim, não sei, pelo menos eu desconfiei, pode não ser; depois que a gente vai ver, por isso que eu tô dizendo que é preciso a gente aprender primeiro para depois falar algumas..."

Iniciavam-se suas observações no grupo o que exibia parte do seu interesse... De nosso diálogo, entre o sr. Bruno e eu, emergia um processo educativo voltado para a iniciação em grupos e situações próprias de convivência coletiva. Partimos de uma observação do sr.

Bruno sobre uma situação polêmica que se apresentou na reunião, na qual uma pessoa falou, segundo ele, "exaltada". Coloquei-me vendo o mesmo que ele, mas entendendo com naturalidade aquela ocorrência e, mais que isso, dizendo da aprendizagem que se precisa fazer no grupo. Discutimos sobre a singularidade das formas de expressão das pessoas e a necessidade de valorização das polêmicas, discordâncias, tanto quanto das unidades, nos grupos.

Percebi que o sr. Bruno estava aprendendo a aceitar-se no grupo.

Quarto passo: Familiarização com o grupo secundário através do conhecimento informal de alguns membros.

Durante a avaliação que fizemos (o sr. Bruno e eu) da primeira reunião da ACO, ele demonstrou interesse em conhecer os membros que participaram daquela reunião como podemos notar em sua fala:

"E aquelas pessoa de fora, que tinha aquele lá do interior, como é o nome dele?"

"E aquela outra do livro, aquelas pessoa sempre participa assim mensal, não?"

Ao percorrer as memórias que ficaram em sua lembrança das pessoas da reunião, a impressão do sr. Bruno era explicitada e eu acrescentava outras informações para seu conhecimento; esse processo de identificação dos outros membros o tornava mais familiarizado com o ambiente e acrescentava motivação para ele continuar avançando na aprendizagem de participação...

As informações a mais que eu prestava estavam baseadas em que "somente informado um indivíduo pode fazer julgamentos sobre validade de oportunidades e instrumentos postos à sua disposição, utilizá-

los, ou inclusive, refutá-los, se os considera ineficientes ou inadequados" (Amann, 1977).

Quinto passo: Preparando-se para contribuir (lutas e contribuições)

Em apreciação de uma outra reunião da ACO o sr. Bruno emitiu o seguinte parecer:

"Sobre a reunião, nós temos que primeiramente a gente vai ter que aprender prá ver como a coisa funciona mesmo, pelo menos, no meu caso, né. Vou dar minha opinião, vamos à luta, vou contribuir também com um pouquinho que eu tenho condições, mas posso dar alguma coisa. Sobre as bolsas que a moça (enf. Inamps) falou lá, parece que essas bolsa que nós tamo recebendo (importadas), dessa aqui mesmo (apontando para a sua), dessas que tou recebendo agora, parece que a moça falou... Parece que é a Andréa, aquela que trabalha alí mesmo (no INAMPS). Ela disse que a Associação tinha poder para distribuir a bolsa da maneira que elas quisesse, porque foi a bolsa comum. Então, a gente tem que se apegar mais pela Associação prá sempre ter aquelas bolsa (uma caixinha por mês prá cada pessoa), porque já ajuda. Eu não sei também o que vai acontecer, não sei se vou trabalhar, como é que; se vai demorar pouco, se vai ser logo; espero que não seja logo, porque eu não tenho muita, não tô em condição de trabalho já, né. Espero demorar um pouquinho, mas quando for trabalhar, não sei como é que vou usar aquelas bolsas, o dia todo no serviço, fora de casa..."

Aqui ficou claro um outro estágio de ingresso no processo participativo.

Sr. Bruno observou que há lutas, há contribuições, mostrou que ele está se preparando no grupo, a ponto de dizer que dentro de

pouco tempo ele teia condições de não só receber, mas dar algo de contribuição, ao grupo.

Esteve motivado também com sua participação ao usufruir da aquisição de bolsas de melhor qualidade. Ele já entendeu que foi através da ACD, em luta reivindicatória conjunta, que se deu a conquista da distribuição de bolsas... Em meio a apreciação da reunião mostrou preocupação com a volta ao trabalho e a habilidade para lidar com a bolsa...

Sexto passo: Valorização e admiração dos aspectos positivos de avanços do grupo e de alguns indivíduos em particular

Em outro momento de avaliação de uma das reuniões o sr. Bruno manifestou-se assim:

"Dependendo da situação que o intestino esteja funcionando, né. Porque, dessa aqui eu troco, pelo meno, troquei duas, tem dia que troquei três, troquei por causa do mau cheiro, não foi por caso que foi necessário; que até a moça do INPS mandou que trocasse mesmo quando não tivesse cheia, porque dessa aqui tinha bastante. Ela disse que podia pegar qualquer hora. Tenho trocado até três daquela alí (as comuns)... Porque a gente viu, umas pessoa alí de uma certa força de vontade, o pessoal lá do grupo. Essa Dora, a Dna. Amélia, como voce falou".

Apoiei o que ele tratava, mostrando que a pessoa não precisa resolver tudo ao mesmo tempo e voltamos aos exemplos que ele continuou a dar de membros da reunião; desta feita ele quis mostrar sua admiração pelo empenho e esforço pessoal do grupo. A essa altura, pensei que o sr. Bruno estaria aprendendo a ver mais aspectos positivos do grupo

e não somente aspectos menos positivos individuais... estava se realizando mais esta aprendizagem dentro do processo educativo...

Sétimo passo: Define-se por ir sistematicamente às reuniões.

O sr. Bruno mais vez se expressa fazendo alusão aos membros da ACO e a sua decisão pelas reuniões da Associação:

"É, que se exalta um pouco também, que nem eu falei antes da Dora, né, parece que ela é assim meio alterada. A gente não conhece, é o caso de ir bem mais prá frente. Pois é, mas ela já não é nada daquilo que eu pensava. Da reunião eu vou participar, se Deus quiser. Mesmo que teje trabalhando, no dia da reunião eu falo com o pessoal, venho a reunião. É, eu acho que é uma coisa essencial, quer dizer, passa a ser uma atividade necessária ao indivíduo daqui prá frente, né".

A diferença de percepção da reunião é expressada pelo próprio cliente. Ele próprio notou que houve aprendizagem quando ele passa de observações pessoais isoladas para observações pluralizadas do coletivo. Essa aprendizagem é mais um avanço no processo participativo...

Pude ver que o cliente se decidiu ou se definiu por frequentar sistematicamente as reuniões quando percebeu o todo, o coletivo, tendo passado pela exploração de alguns aspectos individuais...

Oitavo passo: Seleciona seu subgrupo referindo afinidades e busca de ajudadores experientes em questões como as que ele, à época, sente...

Durante a prática assistencial com o sr. Bruno, observei que a cada reunião ele demonstrava interesse em conhecer melhor os cole-

gas, que pode ser notado quando ele se expressa dizendo:

"E eu até gostaria de ter assim uma oportunidade depois de conversar assim com as pessoas, com esses ostomizado mais antigo, prá eles me dá uma explicação com é que foi a situação deles, até daquele problema (impotência) que eu falei prá voce como é que tinha sido".

A seleção de companheiros mais afins, ajuda na escolha do cliente, de quem será seu ajudador em determinadas situações adversas. Foi como procedeu o sr. Bruno dizendo que precisava de uma conversa mais particularizada (uma consulta especial) com um outro membro do grupo, com o qual ele julgava ter afinidade e entendia que ele saberia discutir a sua experiência a partir de uma questão dele, mais delicada e reservada (a impotência)...

Nono passo: Sente-se um associado

- Substituindo o seu grupo secundário anterior (do trabalho)
- Compara ao grupo anterior

Foi possível observar que na ACO o sr. Bruno sentiu receptividade e fazia projeções para o futuro junto ao grupo que ele recém-ingressava:

"Porque eu acho que aquilo lá que está acontecendo na reunião, aquilo é um meio assim, de o pessoal procurar fazer uma amizade, uma amizade séria mesmo, de um com o outro. Eu acho isso aí, prá mim eu tô buscando isso, né! Conhecimento com o pessoal, é isso que eu quero. Se não for isso, que passe na cabeça, eu vou dizer que a minha idéia, só eu que tô certo, daí não dá. Mas eu acho que na hora que eu não conseguir esse tipo de coisa, que eu quero amizade, não vou dizer que eu vou lá, eu vou buscar... conhecimento, porque a gente tá precisando

muito agora, então a gente tem que se unir com esse grupo. Até que o grupo que a gente viveu antes, no trabalho, hoje já deixou de ser quase, hoje a gente não é mais aquele tipo de pessoa, já é uma pessoa diferente. Então, hoje eu acho que a gente tem que se apegar com aquelas pessoa que tão igual a nós; então igual a eu, principalmente, voce não é, mas não vou dizer que eu tô dizendo isso prá voce. Voce tá me entendendo da maneira que eu quero dizer*.

Mas voce tá participando, tá coordenando, faz parte aí da frente, mas voce não é uma pessoa ostomizada, voce só tá fazendo parte, botando o grupo prá frente.

Aos poucos vai se concretizando a caracterização da ACO para o sr. Bruno e com os avanços estão os novos aspectos incluídos na sua aprendizagem de funcionamento social no grupo. O cliente torna mais claro para si mesmo e para os outros o que quer e o que entende do grupo. A idéia de unidade do que buscam as pessoas no grupo se apresenta, e, no sr. Bruno, a convicção de que está se associando a um novo grupo até para substituir o seu grupo de trabalho (mostrando que se antecipa na consideração de uma possível perda) além dessas resoluções que ele estava aprendendo a tomar em sua vida, sr. Bruno procurou detalhar a sua curiosidade quanto ao interesse de alguém como eu (profissional) estar no grupo... ele mostrou que ele aprovava esta ajuda mas fez diferença entre a ajuda profissional e a interajuda dos próprios ostomizados. Esta foi mais uma aprendizagem que só pôde existir porque o sr. Bruno frequentou as reuniões da ACO; isto também revela mais um avanço no seu processo participativo; ele tinha dados suficientes (informações) para fazer diferenças; comparar, escolher e definir a sua preferência dentro do trabalho no grupo...

Na aprendizagem do processo participativo, algo de incentivo à participação provém de vários profissionais de saúde, nesse caso,

inclusive do médico, embora nem sempre os profissionais de saúde, utilizem a Associação como mais um recurso dentro do tratamento do cliente. Muitos ignoram ainda a importância deste instrumento de apoio ao processo participativo do cliente em sua situação de saúde.

Na fala do sr. Bruno foi possível constatar a afirmação anterior:

"O médico disse prá mim, que era prá participar da Associação. Participe da Associação. A Associação tá lutando e tá conseguindo alguma coisa. Até falou sobre as bolsa; que aquelas bolsa solta mau cheiro, que é um material tão de má qualidade. Como de fato eu já achei uma conquista, uma caixinha (de bolsa) prá cada um, com 10 bolsinha, se usar três dia cada uma, é um mês".

Décimo passo: Amadurecimento dos processos de trabalho coletivo

- a votação

A trajetória da participação do sr. Bruno foi crescendo à cada reunião da ACD que ele participava, e não se restringia simplesmente à sua participação, ele fazia reflexões posteriores sobre os fatos ocorridos ali:

"Outro dia numa dessas situação é, não é, o grupo quis votar. No fim entra em votação. Assim decide por votação. Até fizeram naquele dia de levantar o dedo, voce se lembra, Cristovam? Lá (no meu trabalho) também funciona naquele jeito também. Quando a coisa pega fogo, ah, então vamo em votação! A idéia de fulano é assim, assim. Então quem é que vota nessa idéia? Levante o dedo. Aí, o pessoal (gesticulou erguendo o dedo para demonstrar). E na idéia de outro fulano quem é que ... e aquela que deu mais, vai ser comprovada as coisa assim. E, é até um sistema bom, né?"

"Mas que, eu achei assim, que tem uns pessoal alí, mesmo os ostomizado e aqueles não ostomizado também. Pessoal assim de bom nível né, que a gente notou, pelo menos assim, de nível de cultura e até financeiro que a gente vê, que nota que o pessoal tem conhecimento da coisa, né? Tem professora, tem outras pessoa de estudo aí, essas pessoa conhece; a pessoa que tem conhecimento das coisa é mais, consegue mais fácil que quem não tem. Prá voce ver, hoje no caso se voce nunca tivesse...No primeiro dia que voce veio aqui (referindo-se ao seu domicílio). Voce quer ser ajudado, não quero, voce não ia gostar, mas ia embora".

Aqui sr. Bruno refere-se ao direito do voto, e mostrou que viu isso no grupo da ACO...

Mostrou também que a votação é um processo de decisão, e que uma vez decidido algo por esse processo, todo o grupo é responsável pelas consequências favoráveis ou desfavoráveis, e chamou isto de PARTICIPAR...

Aqui uma percepção de sr. Bruno também quer demonstrar que ele já tem consciência de que ao adquirir mais informações e conhecimentos de processos de convivência em grupos, mais facilmente se consegue chegar o alcance de objetivos comuns. E cita o exemplo de meu encontro inicial com ele, mostrando que ao lhe perguntar se ele aceitaria a minha ajuda, eu poderia até não gostar, mas respeitaria o NÃO dele (caso fosse essa resposta). Era a aprendizagem do respeito como um princípio de atitude democrática e, portanto, do processo participativo...

Décimo primeiro passo: Engajado nos propósitos e gerindo, tomando decisões em grupo e usufruindo

Pelas declarações do sr. Bruno, descritas abaixo, foi possível perceber seu engajamento na ACO:

"É, eu acho até, parece que foi Dora que falou, né? Mais corpo-a-corpo, como ela falou, né?"

"Pois é, se tivesse uma conversa particular. Foi particular, mas sentad próximo assim, uma pessoa que nem seu Walter. Existem lá outras pessoa como o Sr. Juvêncio. Dlhe: Ia me ajudar muito, porque daí a gente já ia saber, por ele a gente já tirava a gente, depois o que é que podia acontecer daqui prá frente, ou o que é que já aconteceu. Pois é, amanhã ou depois, foi assim, tá, tudo bem, a gente já tirava alguma coisa pro futuro, pelo menos, quem já tem 12, 13, 15 anos de colostomia, já tem uma experiência como aquela Sra. que falou que. Bem, prá mim, a experiência dela, prá nós não é tão válida porque é do lado feminino (disse isso referindo-se à questão da impotência sexual)".

Procurei saber o que ele achou da idéia discutida na reunião da ACO sobre conversas entre pessoas ostomizadas (um-a-um) em diálogos sobre assuntos pendentes nas suas vidas individuais, em grupo familiar, vizinhança ou mesmo em sua relação com o grupo secundário (ACO). Ele considerou importante e até lembrou da expressão usada lá para isso - CORPO-A-CORPO. Notei que ele estava engajado nas decisões da ACO e aprendendo a situar-se no seu modo de agir em grupo...

Décimo segundo passo: Interessado na organização estrutural da ACO

O interesse crescente do sr. Bruno em relação à ACO, levou-o a perguntar quem ocupava os cargos da diretoria da instituição:

"O seu Walter é vice-presidente? A Solange (enfermeira) não ocupa nada de cargo?"

Satisfiz a sua curiosidade explicando-lhe que os cargos da diretoria da ACO só poderiam ser ocupados por pessoas ostomizadas e citei os nomes delas e os seus respectivos cargos.

A aprendizagem de processo participativo agora se mostra também de saber sobre a estrutura da organização, sobre quem é quem nos cargos e funções da diretoria da ACO... A necessidade sentida desse tipo de informação prenuncia outro estágio do seu processo participativo...

Décimo terceiro passo: Demonstrando vontade política ao discordar e argumentar com o profissional

Participar, para o sr. Bruno ganhava uma dimensão maior, a vontade política, quando revela que:

"No caso que nem a Solange (enfermeira). A Solange é uma pessoa muito do expediente, uma pessoa, como a Solange, é importante para uma enfermeira como a Solange. é conhecedora mesmo do assunto; trabalhando junto; uma pessoa que tem muita coisa para oferecer prá o pessoal, prá ajudar, como tem! é importante uma pessoa que nem ela estar junto na ACO. Pode ser que tenha outra igual a ela, mas que eu conheço só tem ela, por enquanto, porque os outros... ainda não se mostrou tão claro!"

Ao explicar sobre o papel do pessoal técnico na ACO, distinguindo-o do outro, que são as pessoas ostomizadas, o sr. Bruno encontrou a unidade, ou a semelhança entre os dois subgrupos, e chama isso

de Participar. Participar é o que tem em comum... Como enfermeiro falei-lhe da importância de que o processo gire em função das pessoas ostomizadas e que os técnicos sejam consultores à disposição...

O sr. Bruno discutiu e mostrou que sua posição era diferente. Ele achava que técnicos e pessoas ostomizadas teriam que trabalhar juntos.

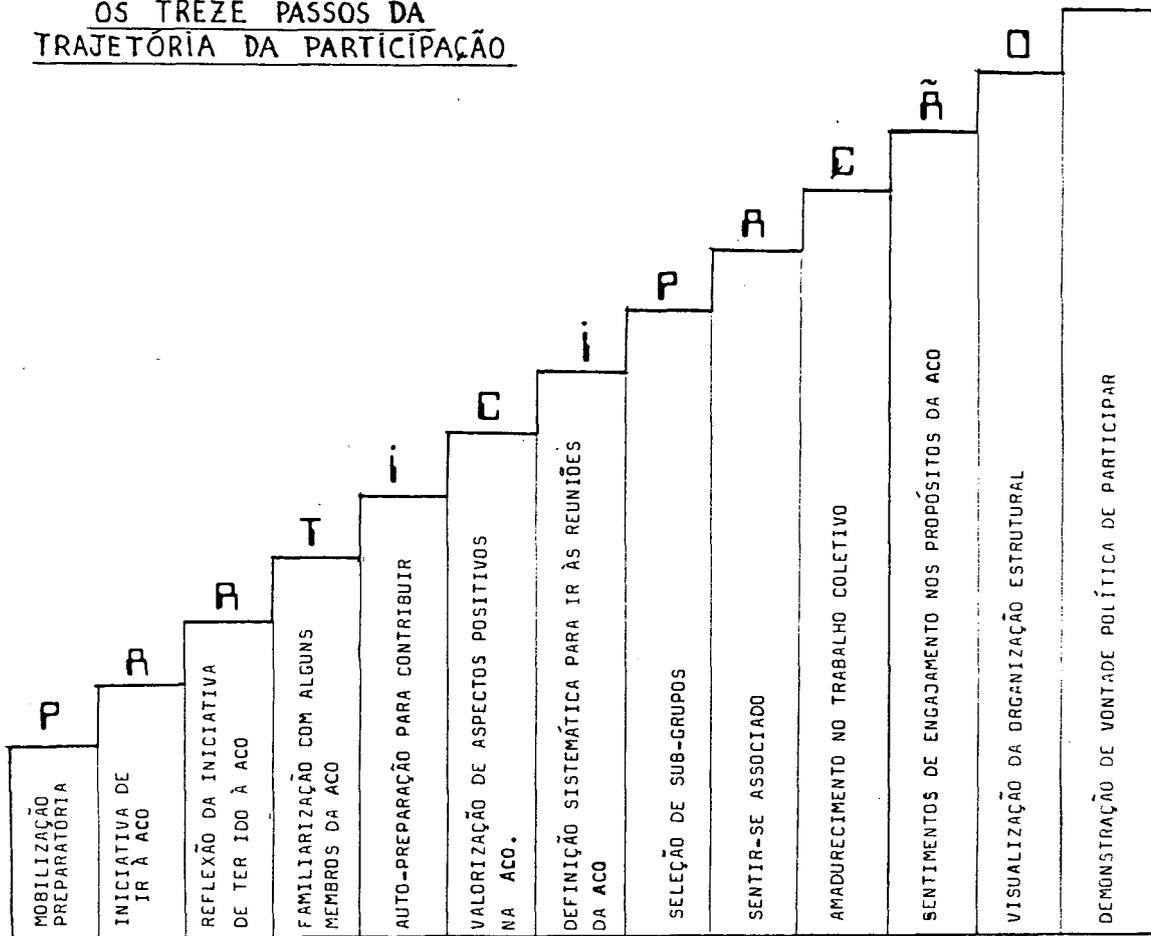
Mostrei-lhe que o trabalho é conjunto, as funções é que diferem... Vi que o sr. Bruno estaria aprendendo a expressar a sua discordância e a argumentá-la. Essa era uma significativa aprendizagem importante para o avanço que ele estava fazendo dentro do processo participativo...

A trajetória de participação do sr. Bruno, iniciou-se pela "Mobilização Preparatória" para participar das reuniões da ACO, e estendeu-se até a "Demonstração da Vontade Política de Participar". O ritmo da participação do sr. Bruno foi imprimido por ele próprio, incentivado, evidentemente, por mim enquanto profissional. À cada passo conquistado ele ia se auto-estimulando, como por exemplo, quando compartilhava com outras pessoas ostomizadas nas reuniões da ACO, as descobertas e dificuldades referentes à sua nova vida. Por outro lado, recebia contribuições de vivências daquelas pessoas ostomizadas há mais tempo, que já tinham uma experiência acumulada.

A sua caminhada rumo à participação foi lhe conferindo confiança e autonomia, facilitando a sua adaptação e tornando cada vez mais desnecessária a minha contribuição profissional.

O desdobramento nessa narrativa comentada, consegue colocar em evidência alguns dos principais passos da trajetória do desenvolvimento da PARTICIPAÇÃO de um cliente ostomizado. Esses passos já inseridos no texto de comentário podem ser representados esquematicamente como a seguir:

OS TREZE PASSOS DA
TRAJETÓRIA DA PARTICIPAÇÃO



VII - AVALIAÇÃO REFLEXIVO-CONCLUSIVA

Uma leitura da prática assistencial desenvolvida junto à clientes enterostomizados, em caráter de prática autônoma e itinerante (quanto ao deslocamento do enfermeiro para onde o cliente fosse), hoje, vencidas todas as etapas do modelo adotado, permite algumas inferências calcadas em dados empíricos registrados em narrativa-documentário da assistência.

No sentido de organizá-la, explicita-se esta avaliação em três aspectos, a saber: 1) do marco conceitual; 2) da metodologia; 3) dos temas emergentes da prática.

Do marco conceitual

- A agregação de um conceito de PARTICIPAÇÃO aos conceitos do Modelo de Adaptação de Roy formam um marco conceitual viável na prática assistencial itinerante de enfermagem ao cliente enterostomizado no pós-operatório, e possibilita a ponte indivíduo-grupos como facilitadora do alcance de seus níveis de adaptação.
- A viabilidade pode ser confirmada em razão de que:
 - 1) os conceitos de comportamento efetivo e inefetivo orientaram o ponto de partida para o diagnóstico compartilhado com o cliente na referência dos estímulos a eles ligados.

- 2) o próprio cliente conseguiu interessar-se em acompanhar a evolução de seus comportamentos, dominando aos poucos as intervenções que transformavam os inefetivos em efetivos.
 - 3) o mecanismo conhecedor do cliente pôde ser ativado pela aprendizagem de participação, embora as respostas no modo de interdependência fossem crescendo lentamente, em passos que puderam ser discriminados na trajetória.
 - 4) embora o foco do trabalho no que diz respeito à criação da ponte indivíduo-grupo fosse o modo adaptativo de interdependência, esta resposta não se dá isolada, o que garantiu que os demais modos adaptativos respondessem interrelacionadamente.
 - 5) algumas vezes um comportamento se mostrava em ambiguidade e podia ser interpretado simultaneamente como inefetivo e efetivo (a exemplo da dedicação da esposa ao cuidado do sr. Bruno) entretanto está alerta para a inefetividade torna transparente a decisão nesses casos.
- O desenvolvimento de um conceito de PARTICIPAÇÃO na prática assistencial de enfermagem requer a ampliação do arsenal de suportes sociais, dentre eles os grupos construídos como organização coletiva de clientes a fim de instrumentalizar a aprendizagem do processo de participar.
- Embora os clientes enterostomizados apresentem alguns comportamentos e estímulos do mesmo gênero (quanto a sexo, trabalho, adversidades do cotidiano, etc) vale atentar

para o padrão de singularidade que os mesmos guardam em si. Assim, nem todos expressam as mesmas questões, e quando um grupo de clientes tem similaridades nas questões, não necessariamente têm manifestações idênticas. As questões até podem ser plurais, mas o modo como se mostra é singular em cada cliente.

Da metodologia

- A compatibilização entre os processos do Modelo de Adaptação de Roy e o Modelo Genérico (St.Louis) revelou-se não só possível na prática assistencial de enfermagem a pessoas enterostomizadas, mas também a favoreceu porquanto acrescenta a etapa de Desengajamento, como um momento de validação da proposta assistencial junto ao cliente; isto permitiu compartilhadamente, ao enfermeiro e cliente, o reconhecimento dos ganhos e autonomia do cliente, frente à evolução do seu processo, desligando-o da assistência direta naquilo em que já se mostrava apto.
- O instrumento (formulário) incluído no projeto da prática assistencial aqui referida resultou em uma elaboração prévia muito estruturada, motivo pelo qual foi utilizado parcialmente, até porque para prática dessa natureza, parece resultar melhor a entrevista não estruturada.

Dos temas emergentes da prática assistencial

- Ao abordar o cliente com um guia-conceitual e uma metodologia a ele correspondente, a prática assistencial mostra em seus dados de registro a possibilidade de mais inquirição através de temas que dela emergem, a saber:
 - I - Embates do tornar-se ostomizado;
 - II - O jogo do ensino-aprendizagem na assistência;
 - III - A participação como possibilidade da recriação da ponte indivíduo-grupo.

- Na prática assistencial desenvolvida, os principais embates do tornar-se ostomizado incluem: a notícia médica sobre o diagnóstico e tratamento; a hospitalização; a aversão ao estoma; o bloqueio sexual; a dúvida quanto ao retorno ao trabalho; além do desafio de conviver com adversidades do cotidiano (episódios de diarreia, carência de bolsas de ostomia, etc.).

- Na assistência a pessoas ostomizadas o processo ensino-aprendizagem do cliente é parte inerente à focalização do seu funcionamento social, e tal processo pressupõe um arsenal de estratégias, materiais e técnicas, além de uma ampla comunicação com diversificados recursos humanos - formando o que se denominou o JOGO DO ENSINO-APRENDIZAGEM - visto que ele se constitui no próprio processo, interligando seus elementos como peças articuladas de um caleidoscópio, cujo efeito possibilita diferentes desenhos ou figuras.

- No jogo do ensino-aprendizagem da assistência, foi possível notar que: 1) a exemplificação é uma técnica envolvente nas situações dos clientes; 2) o enfermeiro inicia este processo a partir daquilo que os clientes querem saber; e 3) a linguagem com os clientes requer atenção, a fim de comunicar exatamente aquilo que se quer dizer; do contrário, a aprendizagem não se efetiva (até porque a linguagem e os significados mudam, de acordo com o uso, no tempo, no lugar, na cultura, etc.).

- Na assistência ao cliente ostomizado o processo ensino-aprendizagem é dimensão que permeia, necessariamente, a prática de diferentes profissionais de saúde e de outros indivíduos (vizinhos, companheiros, amigos, parentes do cliente) vale atentar para a recomposição de uma trilha para a trajetória deste processo, fazendo pontes entre as pessoas nele envolvidas.

- Dentre os envolvidos no processo ensino aprendizagem de clientes enterostomizados, nessa prática, estiveram: 1) a família (esposa, irmão, sogra, mãe); 2) o médico-cirurgião; 3) o médico psiquiatra; 4) a assistente social; 5) enfermeiros; 6) outros clientes, seus companheiros durante a hospitalização; e 7) outros clientes, companheiros associados (ACO).

- No que diz respeito à recriação da ponte indivíduo-grupo, a aprendizagem de PARTICIPAÇÃO veiculou o surgimento de

uma trajetória em passos crescentes desde o relacionamento em díade, até a inserção do cliente como associado de um grupo organizado.

- A ponte indivíduo-grupo se fez no cliente ostomizado, através da construção de treze passos que culminam com o gerir, decidir e usufruir dentro de uma organização coletiva, onde a pessoa ostomizada se associa e se envolve com o compromisso de conviver enquanto membro de grupo de inter-ajuda da ACO.
- No empenho da construção da ponte indivíduo-grupo, na assistência a partir do domicílio, o relacionamento profissional-cliente se estreita de tal modo que surge um aparente paradoxo expresso pela convivência simultânea das características de autoridade e familiaridade no processo assistencial.

Do desenvolvimento da prática assistencial

Facilidades

- A minha vivência anterior com o Clube de Ostomizados de Pernambuco.
- A minha ligação com o ambulatório de proctologia do Hospital Universitário e com o Programa de Assistência ao Ostomizado do INAMPS, através do Grupo de Apoio ao Ostomizado (GAD), garantindo-me um entrosamento com profissionais ligados à assistência ao ostomizado.

- O meu envolvimento com a Associação Catarinense de Ostomizados (ACO) desde 1988, tornando-me conhecido entre as pessoas ostomizadas e facilitando o acesso aos clientes dessa prática.
- Conhecer grande parte dos suportes sociais (grupo primário, secundário, profissionais de saúde, serviços de saúde) e utilizá-los associados ao prognóstico do cliente, foram definitivos na adaptação do cliente enterostomizado.
- A crítica paralela da professora com experiência na utilização de conceitos de Roy.
- As discussões da evolução da prática com a orientadora, e o seu empenho na análise das questões surgidas e debatidas conjuntamente comigo.
- Exercício compartilhado com a orientadora, sobre as reflexões da aplicação do marco conceitual na prática.
- O desengajamento como etapa do modelo genérico facilitou o desligamento profissional/cliente, visto que desde o início do trabalho havia clareza deste processo.
- Interesse dos clientes (maioria) em participar da ACO, embora relutassem inicialmente, porém avançaram ao se engajarem nas atividades de grupos.
- Ter sido aceito fazer a gravação da maior parte dos encontros com os clientes, obtendo assim uma maior quantidade de dados, o que facilitou a minha intervenção profissional, bem como a análise e discussão dos dados da prática.

Dificuldades

- A recusa total de um dos clientes e a recusa parcial de outro em relação à gravação dos nossos encontros em fita cassete, perdendo-se uma parte dos dados.
- A impossibilidade de anotação imediata de alguns encontros, levando à dispersão de alguns dados com os clientes que não permitiram gravar os encontros.
- A distância onde residia um dos clientes (interior do Estado), interrompendo por um período o segmento de sua evolução.
- Inexperiência em usar o marco conceitual bem definido na prática assistencial, no início parecia não haver aderência entre a realidade concreta e conceitos até que aprendi a interpretá-los.
- Demanda de trabalho e tempo em relação à transcrição das fitas dos encontros com os clientes.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N. P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 3, n. 5, p.174-177, out./nov. /dez. 1983.
- AGUILLAR, O. M., ANGERAMI, E. L.S. Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 174-181, jul./dez. 1984.
- ALMENARA, M.P.A. El paciente ostomizado. Rev. Rol de Enfermeria, Barcelona, v. , n. 81, p. 43-46, 19--.
- ALTERESCU, V. What do you teach the patient? American Journal of Nursing, New York, v. 85, n. 11, p. 1250-1253, nov. 1985.
- AMMANN, S.B. Participação social. São Paulo: Cortez e Moraes, 1977. cap. 1, p. 9 - 53: Quadro teórico.
- BECK, M.H. et al. Allergic contact dermatitis to epoxi resin in ostomy bags. British Journal of Surgery, Guildford, v. 72, p. 202-203, mar. 1985.

BORDENAVE, J. E.D. O que é participação. São Paulo: Brasiliense, 1989. (Coleção Primeiros Passos, 95).

BOURKE, R. Thriving with a stoma. Nursing Mirror, Melbourne, v. 159, n.9, p.v-vii, Sept. 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Estatísticas de mortalidade - Brasil 1984 - Brasília. Centro de Documentação, 1987.

..... Estatísticas de mortalidade - Brasil - 1985 - Brasília. Centro de Documentação, 1987.

BROADWELL, D. C. Peristomal skin integrity. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 22, n.2, p. 321-332, June 1987.

BUCK, M.H. Self-concept: theory and development. In: ROY, C. Introduction to nursing an adaptation model. 2 ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984. p. 255-283.

CHOQUE, J.C. Assistência de enfermagem ao paciente hanseniano baseado no modelo de adaptação de Roy. Florianópolis, UFSC, 1990. 160 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

CHRISTENSEN, P. J. Assessment: data collection for the individual client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W., CHRISTENSEN, P.J. Nursing process: applications of theories, frameworks, and

models. 2 ed. St. Louis: The C.V. Mosby, 1986. p. 68-86.

CURSO de terapêutica enterostômica e reabilitação do paciente ostomizado. São Paulo: INAMPS/PAM - Várzea do Carmo, [19--] 96 p. mimeo.

ERICKSON, P.J. Ostomies: the art of pouching. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 311-320, June 1987.

FAYRAM, E.S. Nursing process of the individual client en the community. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. CHRISTENSEN, P.J. Nursing process: application of theories, frameworks, and models. 2 ed. St. Louis: The C.V. Mosby, 1986. p. 261-292.

FERREIRA, A.B. de H.. Novo dicionário da língua portuguesa. 2 ed. rev. aum., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 871.

FERREIRA, M. da G.L.N. Um modelo genérico para o serviço social. Rio de Janeiro: Agir, 1981.

FOULKES, B. Aspectos específicos del cuidado de la colostomia. In: BRECKMAN, B. Enfermería del Estoma. 1 ed. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill, 1987. p. 87-98.

GLOECKNER, M.R. Perception of attractiveness following ostomy sugery. Research in Nursing and Health, New York, v. 7, n. 2, p.87-92, June 1984.

GRUBB, R.D., BLAKE, R. Emotional trauma in ostomy patients. AORN Journal, Denver, V. 23, n. 1, p.52-55, Jan. 1976.

GUATTARI, F. As três ecologias. Campinas: Papirus, 1990.

GUTMANN, H., REISS, R. Postoperative course and rehabilitation achievements of colostomates. Diseases of the Colon e Rectum, Philadelphia, v. 28, n. 11, p.177-781, Nov. 1985.

HENSE, D.S.S. Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Florianópolis: UFSC, 1987. 390 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1987).

HORTA, W. de A. Enfermagem: Teoria das necessidades humanas básicas. Enf. Novas Dimens., São Paulo, v. 5, n. 3, p.133-136, maio/jun. 1979.

HURNY, C. HOLLAND, J. Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients. Cancer Journal for Clinicians, New York, v.35, n.3, p.170-183, May/June 1985.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Posto de Assistência Médica da Capital. Programa de assistência ao ostomizado. Florianópolis, 1988.

JONES, H. Colostomy care: mantainning an activity life. Nursing Times, London, v. 13, p.36-38, Feb. 1985.

KELLY, M.P. Loss and grief reactions as responses to surgery. Journal of Advanced Nursing, Oxford, n.10, p.517-525, Mar. 1985.

KELTIKANGAS-JARVINEN, L. , LOVEN, E., MOLLER, C. Psychic factors determining the long-term adaptation of colostomy and ileostomy patients. Psychoter. Psychosm. _____, v. 41, n. 3, p. 153-159, 1984.

KRETSCHMER, K.P. Estomas intestinais. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

LEÃO, P.H.S. Colostomias e colostomizados. Fortaleza: Edições UFC, 1981.

_____, Morbidade emocional da colostomia definitiva. Rev. do Col. Bras. de Cirurg., Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 131-134, mai./jun. 1979.

LEDDY, S., PEPPER J.M. Models of nursing. In: Conceptual bases of professional nursing. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1985. p.142-143.

LINS, L.C.S., RODRIGUES, E. Operacionalização da teoria de Callista Roy em uma paciente com síndrome de Cushing. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, V.4, n. 24, p.18-23, jul./ago. 1982.

LOPES, M.C.B. Programa de treinamento e reabilitação em estomoterapia. Rev. Bras. Colo-Proctologia, São Paulo, v. 5, n. 3,

p.137-139, 1985.

MARTINS, M.L. , DUARTE, R. Análise crítica da situação dos serviços de assistência à ostomizados em Santa Catarina. (trabalho apresentado no Primeiro Simpósio de Profissionais em Estomaterapia e no Quarto Curso de Estomaterapia, abril/1991, trabalho não publicado).

MELEIS, A.I. Theoretical nursing: development e progress. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985. cap. 9, p.195-218: On nursing clients.

MOREIRA, A.L. Plano de assistência de enfermagem baseado no modelo de adaptação de Roy. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 15-19, nov/dez 1979.

NUWAYHHID, K.A. Role function: theory and development. In: ROY, C. Introduction to nursing - an adaptation model. 2. ed, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984. p.284-305.

ORTIZ, H., RAGUE, J.M., FOULKES, B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: Editorial Jims S.A., 1989. Cap. 5, p. 107-130: Colostomia.

ORTIZ, H., RAGUE, J.M., FOULKES, B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: Editorial Jims S.A., 1989. Cap. 5, p. 147: Colostomia - um cuidados de enfermagem.

PAIM, R.C.N. Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro: União dos Cursos Cariocas, 1978.

REUBEN, D. Dieta para salvar a vida. Rio de Janeiro: Record, 1975.

RHEAUME, A. , GOODING, A. Social support, coping strategies, and long-term adaptation to ostomy among self-help group members. J. Enterostom Ther. St. Louis, v. 18, n. 1, p. 11-15, Jan./Feb. 1991.

RIDEOUT, B. W. The patient with an ileostomy: nursing management and patient education. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 22, n. 2, p.253-262, June 1987.

ROY, C. The Roy adaptation model. In: RIEHL, J. P., ROY, C. Conceptual Models nursing practice. 2.ed Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1980. p.179-188.

ROY, C. , McLEOD, D. Theory of the person as an adaptative sistem. In: ROY, C. , ROBERTS, S.L. Theory construction nursing: an adaptation model. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981. p. 49 - 69.

ROY, C., ROBERTS, S.L. Theory construction nursing: an adaptation model. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981. cap. 14: Self-concept. p. 248-259.

- Theory construction nursing: an adaptation model.
Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981. Cap. 15, p.260-271: Role
function.
- Theory construction nursing: an adaptation model.
Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981. Cap. 16, p.272-282:
Interdependence.
- ROY, C. Introduction to nursing: an adaptation model. 2.ed.
Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984, cap. 3, p.42-63: The Roy
model nursing process.
- RUBIN, G.P., DEVLIN, H.B. The quality of life with a stoma.
British Journal of Hospital Medicine. London, v. 38, n. 4,
p.300-303, Oct. 1987.
- SANT'ANA, M.H.P. A enfermeira e as ostomias. Enf. Novas Dimens.,
São Paulo, v. 5, n. 2, p.39-46, mar./abr. 1979.
- SHIPES, E. Sexual function following ostomy surgery. Nursing
Clinics of North America, Philadelphia, v. 22, n. 2, p.303-310,
June 1987.
- Psychosocial issues: the person with an ostomy. Nursing
Clinics of North America. Philadelphia, v. 22, n. 2, p.291-302,
June 1987.
- SILVA, J.H. da et al. Câncer do reto. In: PINOTTI, H.W. Gastroen-
terologia cirúrgica: fundamentos. São Paulo, Contexto, 1990.

p.314-323.

SOUZA JÚNIOR, A.H. da S. , HABR-GAMA, A. Câncer do cólon. In: PINOTTI, H.W. Gastroenterologia cirúrgica: fundamentos. São Paulo: Contexto, 1990, p.306-314.

SOUZA, M.C. et al. Mudanças na imagem corporal e alterações psicológicas em pacientes colostomizados e ileostomizados. Revista do Col. Bras. de Cirurg., São Paulo, v. 8, n. 4, p.156-163, jul./ago. 1986.

TEDROW, M.P. Interdependence: theory and development. In: ROY, C. Introduction to nursing: an adaptation model. 2.ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984. p.306-322.

THOMAS, C., MADDEN, F., JEMU, D. Psychological effects of stomas - 1. Psychosocial morbidity one year after surgery. Journal of Psychosomatic Research, Leicester, v. 31, n. 3, p.311-316, 1987.

_____. Psychological effects of stomas - 2. Factors influencing outcome. Journal of Psychosomatic Research, Leicester, v. 31, n. 3, p.317-323, 1987.

TOGAMA, L.K., FERREIRA, M. de R., HIGA, L. Assistência de enfermagem aos ostomizados. São Paulo, (1982?) Mimeo.

TRENTINI, M. Nurses' decisions in dialysis patient care: an application of the Roy adaptation model. Birmingham: University

of Alabama, 1985. 121f. Dissertation (Doctor of Science in Nursing) - School of Nursing in the Graduate School, University of Alabama, 1985.

TRENTINI, M., SILVA, D.G.V.da, LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre, v.11, n. 11, p. 18-28, Jan.. 1990.

TRENTINI, M. et al. Experiência de viver ostomizado: um estudo preliminar. 1991 (trabalho não publicado).

VASCONCELOS, E.M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec, 1989.

VIEIRA, B.O. Metodologia do serviço social. Rio de Janeiro: Agir, 1979. cap. 1, p.17-41: Construção de modelos do Serviço Social.

..... Metodologia do serviço social. Rio de Janeiro: Agir, 1979. cap. 2, p.42-69: Métodos empregados no Serviço Social.

..... Metodologia do serviço social. Rio de Janeiro: Agir, 1979. Cap. 6, p.125-148: Procedimentos metodológicos do Serviço Social.

..... Introdução a modelos genéricos do serviço social. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

WATSON, P.G. The effects of short-term post-operative conseling on cancer/ostomy patients. Cancer Nursing, Boston, v. 6, n. 1, p.21-29, Feb. 1983.

ZERBETTO, G.M. Reabilitação do paciente ostomizado. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 16, p.16-20, Jan./fev. 1981.

A N E X O S

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Coleta de Dados de Primeiro Nível

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: () M () F

Estado Civil: S () C () DE () DI ()

Endereço: _____

_____ Fone: _____

Atividade Profissional: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

Naturalidade: _____ Renda Familiar: _____

Diagnóstico antes da ostomia: _____

Tratamento: _____

Desde quando tem ostomia? _____

I - MODO FISIOLÓGICO

1. Movimento e repouso:

- Execução de exercícios físicos, tipo, frequência;
- Proporcionalidade peso/altura, tipo de trabalho;
- Sono: . período

- . frequência

- . sonífero

- Postura:

- Mobilidade:

2. Nutrição:

- Refeições: . frequência, tipo alimentos;

- . dieta: . tipo, orientação;

- . adequabilidade/colostomia;

- . acesso aos alimentos;

- . estado nutricional.

3. Eliminação:

- Renal: - alterações:

- . frequência;

- . quantidade;

- . odor;

- . integridade da pele periestomial;

- . tipo de bolsa, adaptação da bolsa;

- . higiene, aspecto da ostomia.

4. Oxigenação:

- Respiração:

- . ritmo

- . amplitude

- Tabagismo:

- . tosse

- . expectoração

- Pulso:

- . aferição - TPR - PA
- Sangramento:
 - . temperatura extremidades

5. Fluido e eletrólitos:

- *Nível de consciência;*
- Ingesta líquida;
- Diurético;
- Ingesta de sódio;
- Suplemento de potássio;
- Fadiga;
- Edema.

6. Integridade da Pele:

- Turgor;
- Tônus;
- Umidade;
- Pigmentação;
- Temperatura;
- Exantema;
- Prurido.

II - AUTO-CONCEITO

1. Eu-físico

- Sentimentos sobre:
 - . corpo;
 - . aparência;
 - . atratividade;
 - . sensualidade;
 - . estomia
- Observar:
 - . vestes;
 - . cabelos;
 - . maquiagem;
 - . higiene.

2. Eu-pessoal:

- Sentimentos sobre:
 - . si mesmo;
 - . cônjuge;
 - . filhos;
 - . amigos;
 - . outras pessoas significantes;
 - . ser supremo;
 - . religião;
 - . resolução de problemas;
 - . satisfação pelo que é.
- Como se vê em relação a outras pessoas?
- Como se descreve?
- Você se ama?
- O que pensa da vida?
- Por quem voce vive?
- Para quem voce vive?

Observar:

- Tique;
- Estado de espírito;
- Tom de voz;
- Linguagem corporal;
- Contato visual.

III - EXERCÍCIO DO PAPEL

- Expectativas:
 - . dos pais;
 - . dos filhos;
 - . do cônjuge;
 - . de amigos;
 - . de outras pessoas significantes;
 - . de grupos da comunidade.

Em relação ao cliente.

- O que o cliente pensa que os outros esperam dele;
- Expectativas do cliente para com ele mesmo;
- Atendimento às próprias expectativas do cliente, às dos outros com respeito ao trabalho.

Observar desempenho de atividades de papéis do cliente:

- . na família;
- . nos grupos.

IV - INTERDEPENDÊNCIA

- Componentes da família;
- Membro(s) da família que mais se afina;
- Outras pessoas importantes para o cliente;
- Relações do cliente com outras pessoas;
- Atividade que se envolve fora de casa:

Individualmente

Em grupo: - Formal (instituições)

- Não formal (amigos, vizinhos, etc)

- Modo como se vê no que diz respeito ao ajuste dentro da sua família;
- Modo como se vê em relação ao ajuste dentro do seu grupo de amigos;
- Demonstra afeto e se interessa por outras pessoas;
- Modo como os outros demonstram afeição e amor por você;
- Modo como demonstra afeto em relação a outras pessoas.

Observar:

- Indícios verbais quando interage com outros (família, amigos, entrevistador, animais de estimação);
- Comportamento de apoio como cuidado e atenção, proteção, reconhecimento, oferecimento de ajuda, sinais de amor, respeito, valor, toque;
- A habilidade para receber apoio dos outros.