

CRISTIANO PINTO DOS SANTOS

**O PROCESSO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DA PESSOA ESTOMIZADA
À LUZ DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG para a obtenção de título de mestre. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes

**RIO GRANDE
2012**

S237p Santos, Cristiano Pinto dos

O processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do modelo de adaptação de Roy / Cristiano Pinto dos Santos. – 2012.

103 f.

Orientadora: Giovana Calcagno Gomes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Estomia. 3. Identidade. I. Título.

II. Gomes, Giovana Calcagno

CDU: 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que estiveram sempre ao meu lado frente a todas as escolhas que realizei em minha vida e, que, me deram autonomia e confiança para que eu enfrentasse o mundo e alcançasse meus objetivos.

À Professora Lenice Dutra de Sousa, por ser a primeira pessoa a confiar em meu potencial enquanto estudante e ser humano e também por todo o incentivo e suporte para que esse momento um dia acontecesse. Meus sinceros agradecimentos e minha eterna gratidão.

À minha orientadora, Professora Giovana Calcagno Gomes por ter acreditado em mim desde a graduação me conduzindo em uma trajetória de estudo e compreensão do processo de cuidar da pessoa estomizada como ela é, valorizando suas especificidades e seus contextos.

Aos meus amigos por terem me estimulado a não fraquejar nos momentos difíceis, especialmente, à minha amiga Flávia Selles por seu companheirismo, que transcendeu o coleguismo, prova de pura amizade.

Aos demais membros da banca, Professores Rosani Manfrin Muniz, Helena Heidtmann Vaghetti e Wilson Danilo Lunardi Filho que foram muito importantes para que eu pudesse construir minha dissertação, por meio de sugestões e questionamentos.

A todas as pessoas portadoras de estomias do Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, que confiaram em mim e dividiram suas histórias, suas perspectivas e toda sua experiência enquanto seres sociais especiais.

Gostaria de agradecer também todas as adversidades que encontrei, pois só me fortaleceram e me tornaram a pessoa otimista, questionadora e desafiadora que sou hoje.

Um último agradecimento ao meu anjo da guarda, o qual não conheço, mas sei que está sempre a meu lado, sempre me protegendo. Nunca deixou que me intimidasse ou desanimasse frente às situações de estresse, me oferecendo uma vida simples, mas de muita saúde e otimismo.

RESUMO

SANTOS, Cristiano Pinto dos. O PROCESSO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DA PESSOA ESTOMIZADA À LUZ DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY. 2012. 103 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

As pessoas que realizam cirurgia para a construção de uma estomia, experenciam alterações multidimensionais trazendo reflexos na manutenção de sua identidade. Estas pessoas são envolvidas por complexas mudanças que emergem sob a sua dimensão física, psíquica, espiritual, social e familiar, fazendo assim, que sua identidade siga um itinerário de desconstrução e (re)construção. Para que ocorra uma reestruturação e consolidação da nova identidade é preciso que o enfermeiro otimize primeiramente, a adaptação da pessoa estomizada à presença da bolsa coletora e a nova condição de ser/estar estomizada. Este estudo teve por objetivo compreender o Processo de (re)construção da Identidade da Pessoa Estomizada à Luz do Modelo de Adaptação de Roy. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva, apoiada no Modelo de Adaptação de Roy. Foi realizada no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. na Cidade do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram dez pessoas cadastradas no referido serviço. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2011 por meio da técnica de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi norteada pelos preceitos da análise textual. A pesquisa ocorreu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde sob o parecer nº 77/2011 e foram seguidos todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com os seres humanos. A partir da análise dos dados obtiveram-se cinco categorias: A adaptação do corpo fisiológico à nova condição; Autoconceito: percepções abarcadas pelo eu físico e o eu pessoal; O processo adaptativo ao novo papel social; Adequação afetiva: comportamentos relacionados com pessoas significativas e sistemas de apoio; Identidade e adaptação: nexos e reflexos para o viver da pessoa estomizada. O processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada tem uma relação de proporcionalidade com o potencial de adaptação. Quanto mais adaptada, mais desfragmentada e concreta sua identidade se apresenta. Neste sentido, a atuação da enfermagem não deve ser direcionada somente por um modelo de assistência à saúde que tenha o corpo como seu foco. É preciso uma visão integral da pessoa que recebe seus cuidados, auxiliando-a a mobilizar seus recursos próprios, desenvolvendo estratégias que lhe possibilite um adequado enfrentamento e posterior adaptação à nova condição. Com os resultados deste estudo poderá emergir um novo entendimento para a enfermagem, saúde e sociedade acerca do potencial de adaptabilidade e (re)construção da identidade da pessoa estomizada de acordo com o contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserida.

Descritores: Enfermagem. Estomia. Adaptação. Identidade.

ABSTRACT

SANTOS, Cristiano Pinto dos. PROCESS (RE) CONSTRUCTION OF IDENTITY OF THE PERSON UNDER STOMA MODEL ADAPTATION OF ROY. 2012. 103 p. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing Post-Graduation Program, Rio Grande Federal University, Rio Grande/RS, Brasil, 2012.

People who do surgery for the construction of an ostomy, bringing experience dimensional changes reflected in maintaining their identity. These people are surrounded by complex changes that emerge in their physical, mental, spiritual, social and family, thus, that their identity follow a path of deconstruction and (re) construction. In order to have a restructuring and consolidation of the new identity we need to optimize the nurse first, the adaptation of the person to the presence of stoma collection bag and new condition of being / living with stoma. This study aimed to understand the process of (re) construction of Identity of Person stoma to the Light of the Roy Adaptation Model. We performed a qualitative, descriptive, based on the Roy Adaptation Model. Service was held at the University Hospital Stomatherapy Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. in the City of Rio Grande in Rio Grande do Sul The study participants were ten people registered in that service. Data collection occurred during June and July 2011 por the technique of semi-structured interview. Data analysis was guided by the principles of textual analysis. The research took place after the approval of the Committee for Research Ethics in Healthcare in the opinion No. 77/2011 and were followed all ethical guidelines governing research with human beings. From the data analysis yielded five categories: Adapting to the new body's physiological condition; Self: perceptions encompassed by the physical self and personal self; The process of adaptation to the new social role, emotional Adequacy: behavior associated with significant people and systems support, identity and adaptation: connections and reflexes for the person living with stoma. The process of (re) construction of the identity of the stoma has a proportional relationship with the potential for adaptation. The more tailored, more concrete and defragmented your identity is presented. In this sense, the nursing should not be directed only by a model of care that the body has as its focus. It takes a holistic view of the person receiving their care, helping it to mobilize its own resources, developing strategies that will enable an appropriate coping and future adaptation to new conditions. With the results of this study may emerge a new understanding for nursing, health and society about the potential for adaptability and (re) construction of the identity of stoma according to the socio-historical-cultural context in which it operates.

Keywords: Nursing. Ostomy. Adaptation. Identity.

RESUMEN

SANTOS, Cristiano Pinto dos. PROCESO DE (RE) CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LA PERSONA OSTOMIZADA A LA LUZ DEL MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY. 2012. 103 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Las personas que hacen la cirugía para la construcción de una ostomía, experimentan cambios multidimensionales trayendo reflexiones en el mantenimiento de su identidad. Estas personas están rodeadas por los cambios complejos que surgen bajo su dimensión familiar, física, mental, espiritual, social y, por tanto, que su identidad siga el camino de la deconstrucción y la (re)construcción. Con el fin de tener una reestructuración y consolidación de la nueva identidad, necesitamos que la enfermera optimice en primer lugar, la adaptación de la persona a la presencia de bolsa de recolección de estoma y la nueva condición del ser/vivir con estoma. Este estudio tuvo como objetivo comprender el proceso de (re)construcción de la identidad de la persona del estoma a la Luz del Modelo de Adaptación de Roy. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, basado en el Modelo de Adaptación de Roy. El estudio se celebró en el servicio de estomaterapia del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr. en la ciudad de Río Grande, en Río Grande do Sul. Los participantes del estudio fueron diez personas inscritas en ese servicio. Los datos fueron recolectados durante junio y julio de 2011 por la técnica de entrevista semi-estructurada. El análisis de datos se regirá por los principios de análisis textual. La investigación se llevó a cabo después de la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud en el dictamen N^o 77/2011 y se siguieron todas las normas éticas que rigen la investigación con seres humanos. A partir del análisis de datos arrojó cinco categorías: Adaptación a la condición fisiológica a nueva condición; concepto de sí mismo: percepción abarcadas por la propia física y yo personal; el proceso de adaptación al nuevo papel social; la adecuación emocional: el comportamiento asociado con personas significativas y los sistemas de apoyo; identidad y adaptación: las conexiones y los reflejos de la persona viviendo con el estoma. El proceso de (re) construcción de la identidad del estoma tiene una relación proporcional con el potencial de adaptación. Cuanto más se adapta, más concreto y desfragmentado su identidad se presenta. En este sentido, el rendimiento de la enfermería no debería estar dirigida sólo por un modelo de atención que tiene el cuerpo como su foco. Se necesita una visión holística de la persona que recibe su cuidado, ayudando a movilizar sus propios recursos, el desarrollo de estrategias que permitan una adecuada adaptación para hacer frente y el futuro a las nuevas condiciones. Con los resultados de este estudio pueden surgir una nueva comprensión de la enfermería, la salud y la sociedad sobre el potencial de la adaptabilidad y la (re)construcción de la identidad de la persona del estoma de acuerdo con el contexto socio-histórico-cultural en el que opera.

Palabras Clave: Enfermería. Ostomía. Adaptación. Identidad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 A ESTOMIZAÇÃO.....	16
2.2 A MULTIDIMENSIONALIDADE DE SER/ESTAR ESTOMIZADO.....	21
2.3 IDENTIDADE: CONSTITUINTE INERENTE AO SER HUMANO.....	27
3 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY.....	33
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	43
4.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	46
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1 A ADAPTAÇÃO DO CORPO FISIOLÓGICO À NOVA CONDIÇÃO... 5.2 AUTOCONCEITO: PERCEPÇÕES ABARCADAS PELO EU FÍSICO E O EU PESSOAL.....	49 57
5.3 O PROCESSO ADAPTATIVO AO NOVO PAPEL SOCIAL.....	67
5.4 ADEQUAÇÃO AFETIVA: COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM PESSOAS SIGNIFICATIVAS E SISTEMAS DE APOIO.....	76
5.5 IDENTIDADE E ADAPTAÇÃO: NEXOS E REFLEXOS PARA O VIVER DA PESSOA ESTOMIZADA.....	78
6 COMPETÊNCIAS E SUBSÍDIOS DOS ENFERMEIROS PARA FAVORECEREM A ADAPTAÇÃO E O PROCESSO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE.....	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE – CEPAS.....	99
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	102

1 INTRODUÇÃO

Com o início das aulas na graduação, comecei a desenvolver as atividades solicitadas pelas disciplinas sempre com interesse especial por temáticas que visualizassem a pessoa não só no aspecto fisiológico mas, também, sob sua dimensão psicológica e social. Durante um estágio realizado na Unidade de Clínica Médica, enquanto estudante do quarto semestre da graduação (2006), ficaram sob minha responsabilidade os cuidados a uma pessoa estomizada.

Esta pessoa apresentava vários distúrbios aparentes relativos à sua dimensão física, psíquica e social/familiar, pois descobrira há pouco, a existência de câncer intestinal e a necessidade da realização de uma cirurgia para a construção de uma estomia. Esta experiência tornou-se marcante em minha trajetória acadêmica, pois percebi a complexidade envolvida no período de adaptação da pessoa estomizada ao seu novo modo de viver e a importância da atuação da enfermagem no auxílio para a aquisição de habilidades e competências necessárias para seu autocuidado. Neste sentido, entendo que qualquer pessoa, ao se tornar estomizada, apresenta-se como um complexo sistema adaptativo e resiliente, capaz de reorganizar-se frente aos acontecimentos da vida, introjetando novas normas que permitem reconstruir seu processo de formação pessoal e social, potencializando, assim, fatores que a levam ao encontro de uma trajetória única e singular.

Após esta experiência, no ano de 2007, tornei-me membro do Grupo de Apoio à Pessoa portadora de estomia e seus Familiares (GAOF/HU-FURG), onde foi possível perceber as peculiaridades e modificações internas e externas que envolvem as pessoas após a estomização. Compreendi que se apresentam como seres únicos, sujeitos a transformações adaptativas multidimensionais e complexas, e que o cuidado a ser disponibilizado deve ser integral e especializado, contextualizando os mais diversos aspectos que permeiam esta nova situação de vida e saúde.

A pessoa estomizada, em sua trajetória adaptativa, interage e reage com estímulos produzidos pelo ambiente, através de mecanismos que regulam seus processos cognitivos. Nesta interação, o nível de adaptação do indivíduo (percebido

como a capacidade de reagir e enfrentar as mudanças) pode gerar uma reação, que dependendo da pessoa, se apresenta como adequada ou inefetiva (MENEZES, 2008). Segundo Roy e Andrews (1991), os estímulos do ambiente são capazes de auxiliar no seu processo de adaptação.

Foi possível perceber durante as consultas semanais de Enfermagem e encontros mensais do GAOF, que o cuidado deve abarcar atividades que vão além da assistência interativa prestada junto ao cliente. Deve-se então valorizar as práticas também no ensino e na pesquisa, pois por meio da incorporação, produção e renovação de conhecimentos novos e pré-concebidos, o cuidado pode se mostrar sob uma nova ótica tanto para os clientes quanto para a Enfermagem.

Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas com o intuito de gerar comprovação, reformulação, seguidas de intervenção e avaliação de conhecimentos, possibilitando, assim, uma harmônica (re)construção da identidade dos clientes. Ficou para mim evidente que a construção de novos saberes e/ou o fortalecimento de conhecimentos já trabalhados eram, portanto, de importância substancial para o futuro da profissão e produção científica.

Deste modo, meu primeiro estudo voltado a esta temática foi desenvolvido durante um trabalho solicitado na disciplina Exercício de Enfermagem, em que pesquisei sobre a família da pessoa estomizada. Este estudo tornou-se muito importante em minha trajetória acadêmica, pois além de emergirem respostas a questionamentos prévios, serviu como gerador de reflexões e questionamentos acerca de outras temáticas a serem estudadas.

Em meu trabalho de conclusão de curso, no ano de 2009, procurei focar as dificuldades e estratégias de enfrentamento encontradas por pessoas estomizadas em sua reinserção social. Os achados revelaram que a presença do câncer, assim como a necessidade da realização de uma cirurgia para a elaboração de um novo trajeto intestinal podem ser impactantes para a pessoa estomizada, desde o diagnóstico até o período pós-estomização, fazendo com que percorra uma longa trajetória adaptativa para a construção de sua nova identidade.

Após ter concluído a graduação, dediquei-me à especialização em Enfermagem

do Trabalho, paralelamente ao cargo de Enfermeiro Responsável técnico em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Dentre os demais idosos, uma senhora atraía uma atenção especial, pois além de ser estomizada e acometida por câncer, morava em um quarto individual, sendo visitada esporadicamente apenas por alguns de seus familiares.

Percebi que as fragilidades apresentadas por esta idosa estavam frequentemente relacionadas à dificuldade de adaptação à estomia e a desorganizações psíquicas decorrentes da desconstrução de seu autoconceito¹. Segundo Roy e Andrews (2001), o autoconceito incide especificamente sobre os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa. Todos temos a necessidade de saber quem somos e, problemas de adaptação à estomia podem interferir com a capacidade da pessoa se definir, se curar ou prover fatores necessários para manter sua saúde.

Neste sentido, tornava-se necessária minha intervenção para que fosse possível - através de um cuidado que integrasse aspectos biopsicossociais - harmonizar suas relações com seu mundo interior e exterior. Percebi que a desconstrução de seu autoconceito refletia em suas relações sociais e familiares.

A partir deste momento, meu estímulo de trabalhar com o processo de (re)construção da identidade e adaptação da pessoa portadora de estomia foi potencializado tomando forma em vários questionamentos e em parte em meu projeto de seleção do mestrado. Após meu ingresso no mestrado, passei a pesquisar na literatura e periódicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais, produções que tratassem da temática, no intuito de identificar a relevância do estudo para a enfermagem e sociedade.

Foi possível constatar que poucos estudos relativos ao processo de adaptação da pessoa portadora de estomia tinham sido realizados, resumindo-se a estudos feitos por Pereira (2001), ao focar a redescoberta de uma vida saudável, após a estomização, e Petuco e Martins (2006) que enfocaram a ressignificação da identidade

¹ Autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura. É formado a partir de percepções internas e de percepções dos outros e dirige o comportamento (ROY, ANDREWS, 2001).

da pessoa estomizada. Estes estudos produziram como resultados a construção de um novo olhar em relação às pessoas estomizadas, percebendo que, com o passar do tempo, ampliaram suas percepções acerca do mundo, de saúde, de doença e sobre a consolidação de identidade que foi (re)construída, ou seja, uma nova reestruturação de si próprias e de suas vidas.

Em vista da pouca produção acerca do processo de adaptação após cirurgias de estomias, constata-se que há lacunas de conhecimento a serem preenchidas necessitando a realização de estudos capazes de subsidiar respostas a diversos questionamentos relativos ao processo adaptativo baseados em referenciais teóricos que lhes dêem sustentação.

Mas para definir o que significa este processo de (re)construção da identidade é necessário levar em conta a percepção que cada pessoa tem para si de tal transformação, valorizando sua educação, cultura e crenças. A identidade é vista como um processo em constante desenvolvimento e transformação, onde a pessoa em certas situações, pode experimentar um intenso processo de desconstrução, seguido de outro complexo de reconstrução, a partir de valores socioculturais e contextos com os quais ela interage (PETUCO, MARTINS, 2006). Nos casos de estomização, estes processos se apresentam de forma mais tempestiva e complexa, em função de todas as alterações biopsicossociais que as pessoas estomizadas experimentam.

Em relação a aspectos psicológicos, a formação da identidade envolve um processo de reflexão e observação simultâneas que ocorre em todos os níveis do funcionamento psíquico, em que a pessoa realiza um auto-julgamento à luz de sua percepção sobre a maneira como os outros a julgam, em comparação com eles próprios e com uma tipologia significativa desenvolvida socialmente (OLIVEIRA, 2003).

Neste sentido, o caminho (re)construtivo e adaptativo não segue uma trajetória unidimensional simples, composta por padrões pré-apurados. Este itinerário é desenhado por momentos, em que as pessoas expressam atitudes e concepções individualmente desenvolvidas sobre si mesmas, sobre os outros e sobre o seu mundo, em um processo contínuo de adaptação e introjeção de normas gerando, assim, reflexos na construção de sua nova identidade.

Portanto, definir o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada significa visualizar e compreender as transformações que ocorrem em todos os aspectos adaptativos relativos às suas dimensões pelo fato de terem que se ajustar às mudanças ocorridas, mantendo assim, sua integridade singular (ROY; ANDREWS, 1991).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de pessoas com 60 anos ou mais cresceu 47,8%, na última década, crescimento bastante superior aos 21,6% da população brasileira total, no mesmo período (IBGE, 2010). Nesse sentido, entende-se que com o aumento da população idosa no Brasil, a tendência é que se elevem proporcionalmente, também, os casos de doenças crônicas como o câncer, refletindo, deste modo, em um provável aumento de situações de estomização. Com base na realidade local, esse entendimento se confirma, ao verificar que 85% dos clientes cadastrados no GAOF/ FURG realizaram a estomização, quando possuíam 60 anos ou mais.

Outro fator importante a ser ressaltado é o aumento dos índices de casos de violência urbana, que se potencializam cada vez mais, resultando em muitas vítimas feridas por arma de fogo, por objeto perfuro cortante ou por acidentes de trânsito. Estas vítimas, muitas vezes, são encaminhadas para atendimento nos serviços de urgência e emergência, apresentando danos em órgãos internos, sendo necessária, por vezes, a realização de cirurgia construtora de estomia.

Não foram encontrados dados que forneçam com precisão informações acerca dos motivos que levam as vítimas de violência a serem atendidas nos serviços de urgência/emergência, bem como dos desfechos dos casos. Contudo, considera-se que o aumento da violência urbana, por si só, representa um fator importante a ser observado. Nesse sentido, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Segurança Pública do estado do Rio Grande do Sul (2010), o município do Rio Grande apresentou, no período compreendido entre 2003 e 2008 um acréscimo de 75% nos casos de homicídios, 50% de aumento nos casos de roubo e um aumento de 400% no número de latrocínios.

Já o DAER (Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem) evidencia em seu relatório que na última década os casos de acidente de trânsito envolvendo feridos aumentaram cerca de 50%. Diferentemente dos casos que envolvem doenças, a estomização em função de traumas abdominais, muitas vezes se apresenta como estomização temporária, sendo possível após certo período, restabelecer o trânsito urinário e/ou intestinal normal.

As mudanças decorrentes da sua nova condição de estomizada geram impactos e repercussões sobre sua identidade, implicando na necessidade de adaptação de forma definitiva ou temporária a seu novo modo de viver. Woodward (2000) refere que o passado e o presente exercem importante papel nestes eventos. Assim, alterações ocorridas no viver do presente, justificam a criação de novas e futuras identidades. No entanto, para conseguir assumir estas identidades, é necessária a vivência de um processo adaptativo.

O nível de adaptação que cada pessoa é capaz de atingir depende de seu potencial de responder positivamente às situações vivenciadas. Ao responder a estímulos de forma positiva ou eficaz, a pessoa passa a apresentar comportamentos indicativos de sua adaptação. Esta aceção pessoal de ser um sistema adaptável é determinante para a recuperação de sua autonomia e autocuidado, assim como favorece sua reinserção social, bem-estar e qualidade de vida (ROY, ANDREWS, 2001).

É importante salientar que na interface das doenças e intercorrências que levam à estomização, existe sempre um contexto e uma percepção de tal fenômeno para a pessoa. A reação e a forma como se adapta à nova condição de vida pode ser trabalhada sob uma perspectiva técnica, científica e profissional de cuidar da enfermagem (ROY, ANDREWS, 2001). Assim, para decidir qual a melhor estratégia de ação frente a cada portador de estomia, torna-se necessário compreender o processo de adaptação e seus reflexos na configuração de sua identidade, sendo este um aspecto relevante e atual para a enfermagem.

Com base nos aspectos ressaltados, a questão norteadora deste estudo foi: como ocorre o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à Luz

do Modelo de Adaptação de Roy? A partir desta questão, o objetivo do estudo foi compreender como ocorre o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à Luz do Modelo de Adaptação de Roy.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta dissertação, em sua revisão de literatura, contempla três pontos fundamentais. O primeiro deles – A ESTOMIZAÇÃO – aborda as principais definições acerca da estomia, história, tipos, localização e complicações auxiliando na compreensão das alterações causadas por este procedimento cirúrgico.

O segundo ponto – A MULTIDIMENSIONALIDADE DE SER/ESTAR ESTOMIZADO – aborda os múltiplos e complexos impactos e repercussões que as pessoas estomizadas apresentam sobre sua dimensão física, psíquica e social/familiar. O terceiro e último ponto – IDENTIDADE: CONSTITUINTE INERENTE AO SER HUMANO – aponta aspectos pertinentes à (re)construção da identidade da pessoa portadora de estomia e suas aproximações conceituais.

2.1 A ESTOMIZAÇÃO

A palavra estoma é de origem grega “STOMA” e significa boca ou abertura realizada na superfície corporal para que se possibilite a exteriorização de qualquer víscera oca do corpo. A técnica da estomização consiste na abertura de um órgão por meio de ato cirúrgico, formando uma boca que passa a ter contato com o meio externo para eliminações de secreções, fezes ou urina (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005). Pode-se utilizar também a estomia como forma de melhorar a condição respiratória ou como meio de nutrir determinado cliente.

De acordo com registros históricos, já na idade antes de Cristo Praxágoras² realizava estomias no íleo em casos de traumas abdominais para realizar evacuação, fechando-a em seguida (SANTOS, 2005; SILVA, 2005). Contudo, existe controvérsia em relação à autoria dos primeiros idealizadores desta técnica cirúrgica. Segundo

² Praxágoras, segundo registros literais, nasceu por volta de 340 a.c e desenvolveu estudos científicos em anatomia, fisiologia, ciências naturais e etiologia das doenças. Assim, este foi considerado membro asclepiade exercendo grande influência na história da medicina, sendo enquadrado na escola dogmática ou lógica, que defende uma explicação lógica e racional para a causa das doenças (ROGERS, 1965).

Farias, Gomes e Zappas (2004) o procedimento cirúrgico construtor de um estoma começou a ser realizado no início do século XVII, quando Lorenz Heister referiu o dano no intestino de soldados feridos em batalhas e que estes conseguiram sobreviver graças a uma enterostomia.

Alex Littré também é considerado o “pai da colostomia” ao realizar no início do século XVIII uma autópsia em um recém-nascido com má formação retal descobrindo que poderia exteriorizar o intestino para que o conteúdo fecal fosse eliminado por meio da parede abdominal (SILVA, 2005). Entretanto, segundo Santos (2005) outros médicos como Duret e Pillore também são apontados como os primeiros idealizadores da técnica construtora de estomia.

Os estomas, portanto, podem apresentar-se de diferentes tipos e com diferentes finalidades, pois dependem do órgão ou sistema ao qual serão conectados. No sistema respiratório pode ocorrer a traqueostomia e no sistema digestivo podem ser verificadas esofagostomia, gastrostomia, ileostomia, colostomia e jejunostomia. Já no sistema urinário pode-se realizar nefrostomia, cistostomia, ureterostomia e vesicostomia. (LUZ, 2001).

Em casos nos quais se apresentam estomias intestinais e/ou urinárias, que são as mais comuns, é utilizado um dispositivo coletor para que possa armazenar e, posteriormente desprezar o efluente produzido. Estes foram criados para melhor atender as diferentes necessidades e dimensões dos estomas e podem ter sua apresentação em sistemas de uma ou duas peças, sendo drenáveis e não drenáveis (FERREIRA, 2003).

Determinar a localização do estoma na parede intestinal significa delimitar uma região ideal e proceder à demarcação com o objetivo de favorecer a aceitação e adaptação ao estoma. Esse processo deve ser realizado no período pré-operatório, pois escolher o local do estoma na sala de cirurgia, com freqüência, não resulta em bons resultados (MEIRELLES, FERRAZ, 2001).

Para a demarcação correta de uma estomia deve-se levar em conta que os hábitos de cada um são diferentes, assim como a própria constituição física. Portanto, para uma melhor definição da localização do estoma, é necessária a simulação de

situações nas quais a pessoa realiza sua higiene diária sentada e em pé, contraindo a parede abdominal e considerando o tipo de roupa que habitualmente ela utiliza para realizar suas atividades diárias (SILVA, 2001).

A delimitação do estoma é um aspecto fundamental na recuperação da autonomia da pessoa após a estomização, pois esta tem reflexos diretos na facilidade do seu manuseio, podendo ainda evitar complicações. Uma pessoa portadora de estomia que, por exemplo, apresente a abertura de seu estoma sobre uma proeminência óssea ou uma dobra cutânea do abdômen, provavelmente terá dificuldades para realizar suas atividades rotineiras. Assim, pode apresentar dificuldades em sua adaptação e em sua concretização identitária (MARQUES, 2001).

Algumas dificuldades enfrentadas por portadores de estomias podem emergir a partir de complicações decorrentes da técnica cirúrgica utilizada. Além da técnica cirúrgica, algumas complicações podem estar associadas à inadequada localização do estoma, discutida anteriormente, ou fatores individuais como idade, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso no pós-operatório, estado físico debilitado, radiação pré e pós-operatórias, entre outros (MEIRELLES e FERRAZ, 2001). Dentre as principais complicações estão:

-Hérnia: surge quando há um espaço entre o segmento intestinal que forma o estoma e o tecido circundante, tendo como resultado uma saliência total ou parcial na base do estoma (MEIRELLES e FERRAZ; 2001).

-Prolapso de alça intestinal: é a protusão da alça intestinal sobre o plano cutâneo do abdômen e pode ser decorrente de vários fatores, os quais podem estar associados ao aumento da pressão intra-abdominal. Os prolapsos podem variar de pequeno a grande grau, em que o intestino se projeta de 5 até 15cm, necessitando assim de tratamento cirúrgico (SILVA, SHIMIZU, 2006). Esta complicação merece atenção, pois a sua ocorrência pode estar relacionada ao aumento de tamanho de um tumor intra-abdominal, potencializando pressão sobre o estoma.

-Dermatite periestomal: é uma afecção cutânea e complicação mais comum na pessoa estomizada. Pode estar relacionada a diversos fatores como a consistência e a qualidade do efluente, estado nutricional do cliente, higiene do estoma, uso de

aparelhagem inadequada e, ainda, processo alérgico. A pele normal tem um ambiente ácido (pH=5), o que contribui para o equilíbrio da flora normal da pele, evitando o crescimento de fungos e bactérias patogênicas. Toda estomia com efluente líquido, em especial a urostomia, é agressiva para a pele. O efluente expõe a pele a uma umidade constante e, dependendo da composição química, o efluente pode alterar o ambiente ácido da pele, rompendo o equilíbrio existente (SILVA, 2001).

Tendo em vista, as dificuldades e complicações apontadas, ainda que de forma sucinta, percebe-se que as pessoas portadoras de estomias necessitam prioritariamente ser estimuladas para o autocuidado. Assim, com o intuito de dar suporte à pessoa estomizada e seus familiares/cuidadores, foram criados os serviços de atenção à saúde das pessoas estomizadas. Nestes serviços, procura-se proporcionar assistência integral a estas pessoas, habilitando-as para o cuidar/autocuidado, dando suporte biopsicossocial e fornecendo-lhes os recursos materiais necessários ao seu cuidado.

A seguir ressaltam-se alguns aspectos que levaram à formulação da portaria 400 do Ministério da Saúde que visa à atenção integral à pessoa portadora de estomia:

Considerando a necessidade de garantir às pessoas estomizadas a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar e que o pleno atendimento às suas necessidades depende da qualificação dos processos de atenção que incluem prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; considerando que a atenção às pessoas estomizadas exige estrutura especializada, com área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados; considerando a necessidade de organização das unidades de saúde que prestam serviços às pessoas estomizadas e de definir fluxos de referência e contra-referência com as unidades hospitalares, regulamentam-se os serviços especializados de atenção à pessoa estomizada (BRASIL, 2009).

Segundo a portaria 400, o serviço de atenção à pessoa estomizada é dividido em nível I e II. O nível I é definido como de baixa complexidade, no qual o serviço de estomaterapia conta com equipe multiprofissional formada por Enfermeiro, Assistente Social e Médico. Este serviço deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e

adjuvantes de proteção e segurança. Já o nível II, definido como de alta complexidade, realiza as mesmas atividades do nível I, acrescido de capacitação de profissionais, devendo contar com um ou mais especialistas capacitados como cirurgião geral, proctologista, urologista, gastroenterologista, cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião torácico, cirurgião pediátrico e médico cancerologista cirúrgico (BRASIL, 2009).

O GAOF/FURG se enquadra no serviço de atenção à saúde da pessoa estomizada I, pois atende sua clientela através de equipe multiprofissional formada por uma Enfermeira e um Assistente social sem a participação direta de outros profissionais da saúde. Neste serviço além do fornecimento mensal dos materiais necessários para o cuidado com o estoma, são realizadas consultas de enfermagem nas quais são desenvolvidas atividades que enfocam o indivíduo de forma integral, ultrapassando os limites físicos e buscando a harmonização da pessoa portadora de estomia junto às questões psicológicas, sociais e familiares, que sejam individuais ou coletivas.

Quando a pessoa estomizada procura o serviço especializado, permite que a Enfermeira e estagiários utilizem seus conhecimentos interdisciplinares para estabelecer um planejamento estratégico, com vistas a resolver ou minimizar agravos relatados ou identificados. Quando o cuidado ultrapassa o limite de suas atribuições, a enfermeira encaminha a pessoa estomizada a outro profissional de saúde especializado geralmente, da própria instituição.

Segundo Marques (2001), a informação e preparação psicológica e física da pessoa portadora de estomia são de suma importância. Quanto mais cedo ocorrer a preparação do cliente, mais rápido ele supera suas dificuldades e adapta-se à nova condição, integrando-se com mais facilidade a si mesmo e ao meio social. Com base nas idéias desta autora, compreende-se, portanto, que a possibilidade da pessoa portadora de estomia de trocar impressões com outras pessoas com o mesmo problema, mas já adaptados, pode otimizar o processo de adaptação e (re)construção de sua identidade.

O contato com uma pessoa estomizada que dê um testemunho real e vitorioso da sua própria situação permite à pessoa estomizada acreditar que, se o outro conseguiu superar as dificuldades iniciais e se adaptar, ela também conseguirá. A

pessoa portadora de estomia precisa buscar apoio profissional como uma forma de instrumentalização para adaptar-se a esta nova situação, buscando harmonia no restabelecimento de sua autonomia e processo de viver (FARIAS, GOMES e ZAPPAS, 2004).

Com base nas assertivas até então apontadas, verifica-se que a estomização é um processo que envolve uma série de cuidados que extrapolam a corporeidade da pessoa. Assim, emerge a necessidade de um olhar ampliado que contemple a sua integralidade de ser um indivíduo biopsicossocial, com vistas a elaborar mecanismos de assistência que contemplem as necessidades individuais em sua totalidade.

2.2 A MULTIDIMENSIONALIDADE DE SER/ESTAR ESTOMIZADO

A experimentação que a pessoa tem de ser/estar estomizada mostra-se como um processo complexo e impactante que envolve todas as dimensões de seu viver. Neste processo, as dimensões psicossociais passam por um processo de fragmentação trazendo reflexos imediatos em sua identidade, entendidos neste estudo como uma (des)construção de identidade. Após este período a pessoa estomizada passa por um período de (re)construção de sua identidade até adquirir uma nova formatação. Cabe ressaltar que neste processo um dos aspectos que primeiramente, produz reflexos impactantes é a alteração corporal, pois ter um corpo com configuração normal é fator decisivo para a consolidação de uma identidade padronizada, sob o ponto de vista individual e social. É a partir de aspectos físicos/corporais que a pessoa constrói sua identidade pessoal e percebe sua importância como um ser social devidamente integrado.

Sob esse prisma, a pessoa portadora de estomia encontra-se em uma posição que exprime desvalor. A valorização do corpo que representa a força, a vitalidade, a perfeição das formas anatômicas é contrária ao corpo que difere anatomicamente do outro, que carrega significados de deformidade, deficiência e fragilidade.

A alteração corporal é multidimensional, dinâmica, mutável e, fundamentalmente, social, atrelada às percepções e estereótipos que os grupos sociais valorizam e

veiculam através dos tempos (SANTOS, SAWAYA, 2000). As concepções de beleza e saúde que nossa sociedade adota são muito rígidas. Cabe salientar que a sociedade adota como corpo normal aquele produtivo e saudável, ou seja, aquele que não possui limitações ou doenças. A partir destas concepções são estabelecidos padrões de beleza e normalidade que estão, na maioria das vezes, longe da realidade, constituindo assim, corpos idealizados.

As pessoas estomizadas sofrem uma mutilação que altera seu corpo podendo afetar a auto-estima, causando-lhe sentimentos de repugnância de si mesmas, de desprestígio diante da sociedade e de não serem capazes de enfrentar tal situação (PEREIRA, PELÁ, 2006). Estas pessoas passam por um período inicial muito impactante, pois esta nova conformação corporal permeia os mais variados aspectos abarcados em suas atividades cotidianas e familiares, modificando a forma como estas passarão a viver e estabelecer suas relações. Este impacto tem reflexos intensos afetando sua percepção quanto à própria capacidade adaptativa, a condição física, o bem-estar psicológico e sua vida social (MENEZES, 2008).

A alteração corporal e as limitações impostas por esta podem gerar um olhar depreciativo sobre si, levando o portador de estomia a relacioná-la com a aproximação da morte, a perda de autonomia, a fraqueza física e psicológica, refletindo diretamente no declínio de sua saúde e, conseqüentemente, em seu bem-estar e qualidade de vida (HOPKINSON, WRIGHT, CORNER, 2006). De acordo com Farias, Gomes e Zappas (2004), as alterações corporais são elementos-chave e determinantes de muitos aspectos da qualidade de vida da pessoa portadora de estomia.

A percepção que esta pessoa tem acerca de sua condição física, muitas vezes, vai delimitar sua capacidade funcional, refletindo também em seu estado social, pois os sintomas e o tratamento, principalmente quando geram a perda de habilidades, potencializam sentimentos intrínsecos de limitação e incapacidade (ZANDONAI *et al*, 2010).

Para se viver harmonicamente em sociedade, uma das condições essenciais é ter o controle da eliminação de urina, fezes e gases, pois a sua ausência deste pode acarretar em isolamento psicológico e social, quase sempre acompanhados de

sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais (PEREIRA, PELÁ, 2006). Portanto, as consequências da falta de controle das eliminações extrapolam os aspectos biológicos; elas alcançam um novo modo de relação com as eliminações, uma reconfiguração do corpo e seus produtos, da própria relação com o corpo e deste com o mundo.

Desse modo, a estomização pode provocar impactos físicos e psíquicos que influenciam diversos aspectos da vida cotidiana dessas pessoas. Comumente é observada em pessoas estomizadas, uma tristeza quase sempre acompanhada pela perda do prazer em atividades que antes eram apreciadas, como reuniões de família, viagens e atividades rotineiras. Exemplo disso são os relatos que apresentam que as pessoas portadoras de estomias deixam de realizar as refeições em locais públicos devido ao medo de possíveis constrangimentos decorrentes do descontrole na eliminação de gases (REBELO, 2001).

A sociedade aceita que os indivíduos que apresentem esse descontrole sejam as crianças, que ainda não possuem capacidade fisiológica para um devido controle esfinteriano e os idosos que, em virtude do processo de envelhecimento e/ou patogenicidade, da mesma forma, não detenham essa capacidade. Ainda assim, esses corpos, “normalmente” aceitos (crianças e idosos), são considerados frágeis e demonstram uma incapacidade. Na criança como um processo transitório e no idoso como um sinal de finitude.

De acordo com Zandonai *et al* (2010), estas alterações geralmente condicionam as pessoas portadoras de um estoma a enfrentarem muitas dificuldades em sua reinserção social, pois, muitas vezes, não se sentem aptos para o desempenho das funções que realizavam antes do adoecimento e da cirurgia. Neste sentido, a aquisição de um estoma pode representar e descortinar uma agressão à sua integridade física e psíquica com intensas repercussões nas dimensões que constituem a imagem que elas têm de si mesmas (SANTOS, 2009).

A pessoa estomizada, inevitavelmente, sofre uma série de agravos durante todo o perioperatório da construção do estoma, e, por um período ainda indeterminado, pode transitar por diferentes momentos de embate contra as dificuldades que emergem. Os

aspectos da vida social são diretamente prejudicados, na maioria dos casos. Deste modo, é preciso dar mais atenção à pessoa portadora de estomia, buscando, no seu universo, conhecê-la e compreendê-la na sua temporalidade, mediante a interpretação dos sentimentos expressos por ela, principalmente, oportunizando-lhe a manifestação verbal de suas emoções (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Com a capacidade física, psíquica e funcional alterada, a pessoa estomizada pode não se sentir mais apta a realizar atividades que até então realizava sem dificuldades. Na relação conjugal, pode ocorrer um afastamento entre o casal, ocasionando em modificações negativas na vida sexual, resultantes da diminuição ou perda da libido, preocupação relacionada com a eliminação de odores e fezes durante contato mais íntimo e, por vezes, impotência, relacionada com a alteração do corpo e a conseqüente diminuição da auto-estima (BARBUTTI, SILVA, ABREU, 2008).

Estes problemas podem emergir por causa de uma disfunção fisiológica, mas na maioria dos casos, as dificuldades relativas à atividade sexual são de ordem psicológica, muitas vezes, em função do medo de ser rejeitado pelo companheiro, da sua não aceitação da condição de pessoa estomizada e, também, por vergonha frente ao olhar do companheiro sobre seu corpo “defeituoso” (CASSERO, AGUIAR, 2009). Estas alterações psíquicas podem culminar no isolamento social da pessoa, impossibilitando-a psicologicamente de realizar atividades rotineiras, interferindo, assim, na interação com os demais membros em seu contexto de convivência (CASCAIS, MARTINI, ALMEIDA, 2007). Estes aspectos podem ainda passar por um processo de agravo e serem mais custosos, caso o apoio emocional fornecido pelo companheiro não seja percebido como adaptável e eficaz (MENEZES, 2008).

Assim, percebe-se que a sexualidade necessita ultrapassar o limite proximal interativo e a necessidade fisiológica, tendo uma relação direta com a simbolização do desejo. Esta relação de desejo não se reduz à materialidade do corpo, refere-se também à emoção que a sexualidade pode produzir, transcendendo dimensões físicas e se colocando como ciclo difuso/permeável. Este ciclo está presente em todos os momentos da vida, possuindo significados complexos, multifacetados, carregados de subjetividade (PAULA, TAKAHASHI, PAULA, 2009).

Neste sentido, a enfermagem, enquanto profissão que cuida e busca resolutividade, deve auxiliar as pessoas estomizadas a perceberem as questões relativas a sexo e sexualidade como complexas e não sob uma concepção fragmentada e reducionista. Assim, é uma dimensão a ser trabalhada, no sentido de potencializar fatores pró-ativos no processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada.

Estar incluído no contexto social e familiar pode ser fator determinante neste processo de (re)construção de identidade. Nesse sentido, Silva e Shimizu (2007) apontam que diante desse aspecto, a pessoa portadora de estomia tem suas forças otimizadas, gerando um efeito direto e imediato sobre seu bem estar, além de fomentar aspectos favoráveis à sua saúde. Assim, percebe-se o contexto familiar e social como importantes redes de apoio promotoras do processo de adaptação dos indivíduos, pois acionam a (re)construção de conceitos, comportamentos e pressupostos, que após a estomização, são influenciados principalmente por estímulos negativos.

Inicialmente, as pessoas portadoras de estomias necessitam do apoio da família para realizar seu cuidado, mas esta acaba desempenhando funções mais efetivas, pois promove o processo adaptativo e (re)construtivo através de seu amor e compreensão, otimizando forças no processo de aceitação, adaptação e aprendizado do autocuidado frente às necessidades impostas pela estomização (SILVA, SHIMIZU, 2006). Neste sentido, a família é vista como a principal promotora de cuidados, durante a desordem física e emocional que acomete a pessoa estomizada, assumindo sua proteção neste novo modo de viver.

Além do apoio familiar, o apoio social torna-se muito importante em todo o processo de (re)construção da identidade e adaptação da pessoa estomizada, pois faz emergir uma nova sensação de igualdade àquela pessoa que se sentia fora de padrão, inadequada. A participação da pessoa estomizada e seus familiares em reuniões de grupos de estomizados ou grupos de auto-ajuda possibilita o (re)encontro com sua identificação individual e social.

Deste modo, conviver com pessoas em situação semelhante pode ser benéfico, pois o ambiente de grupo consiste em um espaço de inclusão onde o participante sente maior liberdade e menor recriminação para exteriorizar seus sentimentos. Neste espaço

a depressão, o pessimismo e a solidão, além de outros efeitos psicológicos advindos da doença podem ser mitigados pelo suporte existente em um grupo estável de pessoas com preocupações e experiências similares (MUNARI, RODRIGUES, 2007).

De acordo com Pinho (2007), na grupoterapia, a pessoa estomizada passa por um processo de identificação integral com outras pessoas também estomizadas. O identificar-se com o outro pode ocorrer através da fala, da escuta e de olhares, pois eles estão enfrentando situações iguais ou similares. Além disso, a pessoa portadora de estomia encontra nesse espaço condições propícias para a manifestação de seus receios e dificuldades, já que pode acreditar que diferentemente de seus familiares, outras pessoas também estomizadas ou mesmo os profissionais de saúde poderão compreender suas aflições com mais clareza.

Tendo em vista estas assertivas, entende-se que o processo de estomização é complexo e envolve cotidianamente diversos aspectos que extrapolam o corpo biológico e a própria identidade do cliente. Deste modo, considera-se que, com a estomização, o “eu conhecido” - identidade - é influenciado por uma série de processos transformadores que formam o “eu desconhecido”. E, a partir disso, torna-se novamente conhecido por meio de mecanismos cíclicos que indicam um processo de (re)construção da identidade.

2.3 IDENTIDADE: CONSTITUINTE INERENTE AO SER HUMANO

A sociedade – entendida neste texto, como fragmento do ambiente - desde seus primórdios, estabelece padrões normativos como meio de categorizar pessoas. Nesta categorização, constrói-se a identidade social de cada pessoa de acordo com os atributos considerados como comuns e normais. Esta identificação social se reflete na identidade pessoal assumida pelas pessoas que estão inseridas e que interagem em determinado contexto sócio-histórico. Cabe salientar que a pessoa que está excluída dos padrões sociais tem dificuldade de encontrar e incorporar sua nova identidade, pois é permeada de pré-concepções normativas que influenciam sua visão de sujeito e sociedade.

A identidade é construída a partir de padrões oferecidos pela estrutura social. A pessoa desenvolve sua identidade através de articulações entre igualdades e diferenças que favorece com que ele desenvolva uma consciência de si por meio de comparações que faz nas relações sociais que mantém (CIAMPA, 1990).

Sob esta perspectiva, as pessoas estomizadas muitas vezes após a cirurgia, encontram dificuldades em desfragmentar e (re)construir suas identidades, pois se tornam membros sociais diferentes, carregados de estigmas que representam atributos, geralmente, depreciativos relacionados ao padrão dito normal apresentado pelos demais membros da sociedade.

Outra concepção que, reforça a idéia de que a construção e consolidação da identidade está atrelada aos aspectos da vida em sociedade é de Berger e Luckmann (1985), que apontam que essa mantém relações simultâneas entre a exteriorização do ser na sociedade, a objetivação de uma realidade social e a interiorização dessa realidade pelo indivíduo. Portanto, a identidade pode ser entendida por meio de aproximações entre a identificação atribuída pelos outros e a auto-identificação apropriada pelo próprio indivíduo. Assim, a identidade se expressa por meio de uma articulação de vários personagens (CIAMPA, 1990).

A partir dessas concepções, compreende-se que a (re)construção da identidade da pessoa após a estomização, da mesma maneira, está intimamente associada aos processos de articulação que são estabelecidos com os diferentes sujeitos sociais. Nesse contexto, entende-se, portanto, que o profissional enfermeiro pode exercer papel importante, no sentido de representar um ator social e, ao mesmo tempo, facilitar a aproximação com os demais atores.

Percebe-se que a adaptação da pessoa portadora de estomia, diante das mudanças impostas pela cirurgia ou mesmo pela própria patologia de origem é intrínseca ao processo de articulação social. Assim, atuar no sentido de fortalecer os mecanismos adaptativos significa colaborar para a potencialização do processo de articulação com seu ambiente interno e externo.

Taylor (2005) ainda acrescenta que a identidade é mais profunda e multiforme que quaisquer possíveis articulações e define-se essencialmente pela maneira como os

fatos têm significado para o indivíduo. Portanto, trata-se de uma questão de autoconsciência. Deste modo, o indivíduo tende à interiorização, atribuindo um significado próprio àquilo que lhe é conferido e se submete a um processo de (re)construção de uma identidade pressuposta socialmente. Entretanto, esse aspecto pode sofrer prejuízos que suscitem em dificuldades para possíveis transformações, resultando em processos engessados (CIAMPA, 1990).

Assim sendo, a pessoa estomizada pode ter o processo de (re)construção da identidade fragilizado por entraves adaptativos, ou seja, se antes existia uma identidade com potencialidades que agora não mais se apresentam e os processos adaptativos não são potencializados e, portanto, não são efetivos, pode existir uma resistência à esta (re)construção e, por conseguinte, uma fragmentação e estagnação. Hall (2003) refere que, se o indivíduo apresenta uma identidade unificada do nascimento à morte, é porque houve um comodismo acerca da própria vida.

Com base nisso, a percepção de “si” como uma pessoa “deficiente”, “frágil” ou “anormal” – aspectos negativos - pode permanecer permeando a identidade da pessoa portadora de estomia por período indeterminado. Logo, esses aspectos negativos podem influenciar a postura que ela adota diante da vida e, por conseguinte, de suas necessidades de saúde. Assim, identificam-se estreitas relações entre adaptação e identidade, que devem ser foco das ações do enfermeiro para que a pessoa estomizada recupere sua autonomia e possa ter uma definição concreta sobre si mesma.

Neste sentido, possuir uma identidade é um fator importante e inerente ao ser humano, pois retrata sua visão de si mesmo e de sua relação com o ambiente e com outras pessoas da sociedade. Ciampa (1990) refere que a identidade não é simplesmente uma representação da pessoa, como um centro estático e, sim, um processo de metamorfose constante.

A sociedade, como anteriormente apontado, representa, portanto, um fragmento do ambiente que influencia não só o processo de adaptação, mas também a (re)construção da identidade. Sob um conceito ampliado, o ambiente está presente sob aspectos externos e internos da pessoa (ROY, ANDREWS, 2001). Deste modo, a

interioridade, é parte do ambiente promotor de adaptação; a subjetividade, intrínseca ao ser humano, é, portanto, um aspecto ambiental que pode determinar a efetividade das ações empreendidas pelo profissional enfermeiro nos processos de adaptação e (re)construção da identidade.

Evidencia-se, portanto, a necessidade da enfermagem planejar o cuidado à pessoa estomizada de maneira integral, ou seja, contemplando os aspectos que abarcam o ambiente, seja ele interno ou externo. Além disso, salienta-se a importância de atender as singularidades individuais através da consideração de aspectos subjetivos indissociáveis do próprio ser humano, o que caracteriza um cuidado complexo.

Portanto, a pessoa portadora de estomia pode enfrentar dificuldades diante das transformações que a tornam e a fazem se sentir diferente. De acordo com Silva (2000), a diferença pode ser concebida como uma entidade independente. Da mesma forma que a identidade, a diferença é, nesta perspectiva, entendida como auto-referenciada, como algo que remete a si própria (SILVA, 2006). Deste modo, se o “eu” é pessoa portadora de estomia e o “outro” – representado pela grande maioria da população - não o é, portanto, a identidade pautada na “anomalia” ou “deficiência” está na exterioridade, na diferença do “outro” e não necessariamente na mudança do “eu”.

Em uma primeira aproximação, parece ser fácil definir "identidade". A identidade é simplesmente aquilo que se é: "sou brasileiro", "sou negro", "sou heterossexual", "sou jovem", "sou homem". A identidade assim concebida parece ser uma positividade ("aquilo que sou"), uma característica independente, um "fato" autônomo. Nessa perspectiva, a identidade só tem como referência a si própria: ela é auto-contida e auto-suficiente (SILVA, 2006).

A identidade é formada e transformada de forma contínua em relação às formas pelas quais as pessoas são representadas ou interpeladas no contexto cultural no qual estão inseridas. A identidade não é definida biologicamente, é um reflexo histórico e social (HALL, 2003). Estar ou ser uma pessoa estomizada pode representar um colapso multidimensional naquela identidade desenvolvida histórica e socialmente e incorporada até então.

Contudo, qualquer pessoa tem a capacidade de assumir identidades diferentes em momentos diferentes, que são unificadas ao redor de um “eu” coerente (HALL, 2003). Nesse sentido, entende-se que a pessoa estomizada vivenciou até o momento da cirurgia processos de identificação com o “outro” no sentido de minimizar diferenças que construíram sua identidade. Assim, houve diversas aproximações que lapidaram sua identidade e que, no entanto, não foram totalmente desfeitas; ao contrário, poderão ser potencializadas para que a pessoa não se sinta excluída de seu ambiente habitual. Deste modo, a pessoa estomizada pode (re)construir sua identidade através de uma nova busca de semelhanças que irão compor um novo “eu”.

As transformações corporais têm influência no modo como as pessoas se percebem, e isso, de certa forma, também influencia na maneira como essas pessoas se relacionam com elas mesmas e com o ambiente. Deste modo, a identidade está atrelada também ao corpo e, assim, as mudanças do corpo podem suscitar a necessidade de um processo adaptativo no processo de reconfiguração de um novo “eu” a partir de um novo corpo.

As mudanças na materialidade do corpo podem representar mais que uma simples alteração anatômica, ao contrário, indicam a necessidade de toda uma reformulação de semelhanças e diferenças que distanciam o novo “eu”. De acordo com Taylor (2005), isso se denomina como crise de identidade, ou seja, uma forma aguda de desorientação que as pessoas costumam exprimir em termos de não saber quem são. Desta maneira, há a carência de uma estrutura em que a nova realidade possa assumir uma significação estável. O significado de quem sou “eu” e qual o meu papel no ambiente se apresenta impreciso, instável ou indeterminado, o que resulta em uma experiência dolorosa e assustadora.

Souza (2007) aponta que a cirurgia de estomização abala a pessoa portadora de estomia de tal forma que ela passa a perceber-se como alguém diferente, como outra pessoa. Esta então percebe que sua existência passa a ser representada na forma concreta de seu corpo que, frente à estomização, passa a ser reconhecida como dependente de equipamentos e sem controle esfínteriano. Segundo Cassero e Aguiar (2009), o indivíduo constrói sua identidade ao longo de sua vida, uma imagem de seu

próprio corpo relacionada com beleza, saúde e vigor e aqueles que não correspondem a esse conceito podem experimentar significativo senso de rejeição.

É através da percepção de seu próprio corpo que o indivíduo mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo, uma vez que é ela que lhe proporciona o senso de identidade e influencia na habilidade e no desempenho das atividades da vida diária (PEREIRA, 2001). Aquele que é portador de um corpo considerado imperfeito, ao vivenciar as incapacidades e estigmas impostos por sua deficiência, pode ter afetados seus atributos de independência e eficiência, assim como os padrões estéticos de beleza, consumo e prazer (SANTOS, SAWAYA, 2000).

A identidade corporal pode ser vista como a representação psicológica ou cognitiva do indivíduo e de seu corpo, abarcando aspectos relacionados à sua aparência exterior, órgãos internos e processos fisiológicos (CASCAIS, MARTINI, ALMEIDA, 2007). A dificuldade de adaptação a esta nova condição de vida pode causar uma alteração negativa na identidade corporal assumida pela pessoa estomizada. O conceito que a pessoa tinha de si rompe-se, ocorrendo uma desorganização no seu “eu”, mergulhando-a em um universo no qual sua identidade apresenta-se desconfigurada (FARIAS, GOMES, ZAPPAS, 2004).

No processo de (re)construção de identidade é importante ressaltar que esta não começa a ser definida por aquela imagem obtida no final. Ela é composta por vivências adquiridas que pareçam ter valor, e então dependendo do momento, a pessoa irá tentar organizá-las ou reorganizá-las com o intuito de obter uma imagem positiva de si mesma (BAUMAN, 2005).

Contudo, identifica-se um equívoco quanto à dimensão que relaciona a valoração da imagem na identidade. Observa-se como um fato nos seres humanos a importância de fazer com que a imagem corresponda a determinados padrões, de modo socialmente introduzidos. Porém, isso não é fundamental à condição de pessoa do ser humano, ao contrário, o caráter idealmente forte é um aspecto que pode determinar um “eu” coerente ainda que em um corpo frágil. Assim, a identidade é aquilo que permite ao sujeito definir o que é e o que não é importante para ele (TAYLOR, 2005).

Uma identidade integralmente unificada, completa, segura e coerente é um mito

(HALL, 2003). Na abstração sociológica, a identidade é algo evasivo e impalpável, quase um *a priori*, ou seja, uma realidade preexistente. O importante não é o que é preciso para a nova identidade, mas quais são os pontos que podem ser alcançados com os recursos que se possui (BAUMAN, 2005). Fortalecer na pessoa estomizada aspectos da identidade que exprimem efeitos positivos pode ser um mecanismo facilitador do próprio processo adaptativo e vice versa. Assim, valorizam-se percepções positivas no indivíduo como, por exemplo, se o novo “eu” não exprime mais a mesma beleza exterior, ainda assim permanece sendo o mesmo indivíduo “inteligente” ou o mesmo “bom amigo” a quem todos recorrem.

Contudo, ainda é preciso atentar para as consequências sociológicas que a crise de identidade pode ter, de um deslizamento do indivíduo com identidade estável exercendo a sua função dentro de situações contratuais para a pessoa com identificações múltiplas. Evidentemente, ainda há de considerar a participação em algo de pré-individual, ou ainda, o fato de que não há como desconectar o inconsciente coletivo (MAFFESOLI, 2007). Deste modo, uma vez em constante processo de construção, qualquer característica da identidade necessita antes estar objetivada e socialmente compartilhada, para depois passar a fazer parte da realidade subjetiva do indivíduo (CIAMPA, 1990). Da mesma forma, uma vez que a identidade muda de acordo com a forma que o sujeito é interpelado ou representado, sua (re)construção não é automática, mas pode ser adquirida, potencializada ou perdida (HALL, 2003).

Conclui-se, portanto, que a prática de enfermagem deve atuar de maneira complexa junto à pessoa portadora de estomia, pois, o processo de (re)construção de identidade é dependente de múltiplos fatores. Existe um esforço mental que, sem julgamento *a priori*, pode permitir visualizações de um mimetismo social, do deslizamento da identidade estável para as identificações lábeis, uma outra maneira de viver a relação com a alteridade (MAFFESOLI, 2007). A (re)construção da identidade é, portanto, uma luta constante contra a dissolução e fragmentação, uma intenção de busca e ao mesmo tempo, uma recusa resolvida de ser encontrado (BAUMAN, 2005). E, para a enfermagem este é um aspecto inerente a ser considerado e configura-se como um desafio para a prática do cuidado direto e indireto ao ser humano.

3 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

As Teorias de Enfermagem podem ser percebidas como propostas desenvolvidas com o objetivo de reflexão sobre a assistência prestada pela enfermagem, tendo seu foco na pessoa que demanda cuidados. Estas teorias buscam a articulação e entendimento de conceitos abstratos e concretos, tendo como finalidades descrever, explicar, prever ou prescrever os cuidados de enfermagem (DINIZ, 2006). A enfermagem brasileira, na busca pela construção de conhecimentos utiliza-se de teorias para fundamentar e legitimar sua prática profissional. Neste sentido, esta dissertação em sua totalidade, está ancorada no Modelo de Adaptação de Callista Roy.

A irmã Callista Roy nasceu em 14 de outubro de 1939 em Los Angeles, Califórnia. Membro da Congregação das Irmãs de Saint Joseph de Carondelet. Obteve a graduação em enfermagem em 1963 pela Escola Saint Mary's College de Los Angeles. No ano de 1966, recebeu o título de Mestre em Ciências na Enfermagem, pela Universidade da Califórnia (UCLA) e após o mestrado, começou a estudar sociologia pela mesma universidade, recebendo, em 1977, o título de Doutora em Sociologia (ROY, ANDREWS, 2001).

As primeiras descrições formais do modelo de adaptação de Callista Roy foram feitas por Roy, enquanto ainda era estudante universitária da Universidade da Califórnia, em Los Angeles. O Modelo de Adaptação de Roy despertou grande interesse e respeito, quando este integrou seu trabalho de graduação, o qual foi adotado como estrutura conceitual do currículo de enfermagem. As raízes de seu modelo encontram-se nos antecedentes profissionais e pessoais de Roy. Atribuiu a base de seus pressupostos científicos aos trabalhos desenvolvidos anteriormente por Von Bertalanffy e Helson criadores das teorias dos sistemas e teoria de adaptação, respectivamente. De acordo com Roy, os pressupostos filosóficos provêm do

humanismo e da veracidade³ (ROY, ANDREWS, 2001).

Elementos do modelo de adaptação de Roy:

O Modelo de Adaptação de Roy tem em sua concepção quatro elementos principais e apresenta conceitos relacionados com estes quatro pilares, esclarecendo cada um deles e definindo seus inter-relacionamentos (GEORGE, 2000). A seguir estes elementos são evidenciados:

- A pessoa receptora do atendimento de enfermagem
- O conceito de ambiente
- O conceito de saúde
- A enfermagem

A pessoa receptora do atendimento de enfermagem:

Inicialmente, Roy preocupa-se com a identificação do receptor do cuidado de enfermagem. Este receptor de cuidados pode estar representado pela pessoa, família, comunidade ou sociedade. Neste estudo, o cuidado de enfermagem tem como receptores a pessoa estomizada e/ou seus familiares e acompanhantes.

Cada um destes receptores representa um sistema adaptativo holístico, devido às constantes mudanças internas e externas. O termo holístico tem a sua origem em suposições humanistas filosóficas, as quais são subjacentes a este modelo e parte do princípio de que o sistema humano funciona como um todo e não uma simples soma das suas partes (ROY, ANDREWS, 2001).

Portanto, este sistema é composto por aspectos individuais que agem em conjunto, formando assim, um ser unificado. As pessoas então são percebidas como sistemas vivos, que interagem com seus ambientes, ocorrendo, deste modo, uma troca

³ O termo *Veracidade* foi cunhado por Roy para identificar a finalidade comum da existência humana (GEORGE, 2000).

de informações, matéria e energia. Este sistema vivo possui algumas características como entradas, saídas, controles e retroalimentação (GEORGE, 2000).

O sistema é influenciado por entradas representadas por estímulos. De acordo com Roy e Andrews (2001), estes estímulos podem ser conceituados a partir de três classificações: o focal, o contextual e o residual. Os estímulos focais referem-se aos fatores que precipitam os comportamentos observados e afetam imediatamente a pessoa. Neste estímulo, a energia e atenção são direcionadas integralmente ao evento que desencadeou tal reação. Um exemplo disso é um idoso que sofreu um ataque cardíaco e tem seu foco no medo de um novo ataque.

Os estímulos contextuais são percebidos como todos os outros estímulos atuantes em seu mundo externo e interno, que podem ser identificados como uma influência que reflete resposta positiva ou negativa, contribuindo, assim, para o efeito do estímulo local. Estes estímulos podem ser percebidos como todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, mas que não são o centro de sua atenção e energia (ROY, ANDREWS, 2001).

Por fim os estímulos residuais são identificados como fatores internos e externos cujos efeitos são marcantes, passíveis de afetar o comportamento da pessoa, mas não são de relevância central. Estes estímulos nem sempre desencadeiam um conhecimento consciente da pessoa, podendo dificultar sua identificação e seus efeitos pelo observador (BRANDALIZE, ZAGONEL, 2006).

Cabe salientar que o profissional enfermeiro deve ter a perceber que estes três tipos de estímulos são passíveis de rápidas mutações, e que um estímulo pode passar de focal a contextual e vice-versa, por exemplo (ROY, ANDREWS, 2001). Os estímulos focais, contextuais e residuais relevantes unem-se, determinando, assim, o nível de adaptação da pessoa.

O nível de adaptação é a nomenclatura atribuída ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder de forma positiva a uma situação. A determinação do nível de adaptação desvela que a pessoa é ativa em sua relação com o meio ambiente, pois estes estão em uma constante interação um com o outro (ROY, ANDREWS, 2001).

Assim, o nível de adaptação do próprio sistema adaptativo é influenciado pelo desenvolvimento desse sistema e pela utilização de mecanismos de enfrentamento. Estes mecanismos podem ser considerados como inatos, ao produzirem respostas automáticas e inconscientes e adquiridos ao darem respostas conscientes e deliberadas (ROY, ANDREWS, 2001).

O sistema, ao ser percebido como adaptativo e integral, utiliza seus mecanismos de controle inato e adquirido, em estreita relação com os subsistemas regulador e cognitivo. O subsistema regulador recebe estímulos que têm origem na dimensão interna do indivíduo e processa respostas de maneira automática, através dos sistemas químico, neuronal e endócrino. A informação, então, é canalizada de forma automática e adequada, produzindo, assim, uma resposta inconsciente e automática (ROY, ANDREWS, 2001).

Por outro lado, o subsistema cognitivo é estimulado pelo ambiente interno e externo e as respostas são geradas por ele, através de quatro canais cognitivo-emotivos: o processo de informação perceptiva, aprendizagem, avaliação e emoção. Assim como no subsistema regulador, os fatores físicos, psicológicos, fisiológicos e sociais, sejam internos ou externos, atuam como entradas para o subsistema cognitivo (GUEDES, ARAÚJO, 2005).

A utilização máxima destes mecanismos potencializa o nível de adaptação e aumenta a variação dos estímulos, aos quais o sistema pode reagir positivamente. O coeficiente adaptativo de cada pessoa encontra-se em uma constante transformação, mas pode ser estimulado de forma positiva ou negativa (ROY, ANDREWS, 2001).

Os estímulos significativos que levam à adaptação podem ser representados através do nível de conhecimento, experiências anteriores, grau de mudança, pontos fortes e/ou limitações do indivíduo. No entanto, nem sempre será possível constatar respostas adaptativas que levem à integridade do sistema. Algumas vezes este sistema não apresenta capacidade comportamental de preencher as metas, em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio, apresentando, assim, respostas inefetivas (GEORGE, 2000).

As saídas (respostas) não ficam limitadas aos problemas, pois o modelo de

adaptação integra todas as respostas do sistema adaptativo. Estas respostas são definidas como comportamentos, percebidos como ações e reações internas e externas produzidas sob uma circunstância específica. Estas respostas produzidas pelo sistema adaptativo podem se apresentar como adaptáveis ou ineficazes (GEORGE, 2000). As respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa alcançando os objetivos da adaptação que são a sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Já as respostas ineficazes são aquelas que não promovem a integridade e também não alcançam os objetivos da adaptação, ou seja, podem afetar significativamente a sobrevivência da pessoa, caso persistam por tempo prolongado (ROY, ANDREWS, 2001).

Então, podemos perceber as respostas, como os comportamentos das pessoas enquanto sistemas adaptativos. Estas respostas podem ser observadas, definidas intuitivamente, mensuradas ou relatadas de forma subjetiva (ROY, ANDREWS, 2001).

O profissional enfermeiro, através da observação do comportamento da pessoa em relação aos modos adaptativos, pode identificar se as respostas no processo de saúde e doença estão sendo adaptativas ou inefetivas (GEORGE, 2000).

De acordo com Roy e Andrews (2001), os quatro modos adaptativos são:

- modo fisiológico: representa a resposta física da pessoa aos estímulos ambientais, tendo como necessidade básica a integridade fisiológica. Contempla cinco necessidades básicas (oxigenação, eliminação, nutrição, atividade/repouso e integridade da pele) e os processos de regulação (sentido, líquido e eletrólitos, função endócrina e função neurológica). É o comportamento fisiológico da pessoa que vai indicar se os mecanismos de resistência têm poder de adaptação, frente aos estímulos produzidos.;

- modo do auto-conceito: é o conjunto de crenças, valores e sentimentos, tendo seu enfoque ancorado em aspectos psicológicos e espirituais da pessoa. Relaciona-se com a necessidade básica da integridade psíquica que é fundamental para a saúde, pois problemas de adaptação nesta área podem interferir na capacidade da pessoa de se curar ou de manter ativos aspectos mantenedores de sua saúde. Este modo divide-se em dois componentes: o eu físico, que inclui a imagem e sensação do corpo, e o eu

pessoal, que abarca a autoconsciência, o auto-ideal e o eu moral, ético e espiritual;

- modo de função do papel: identifica os padrões de interação social, tendo como a principal necessidade a ser preenchida a integridade social. Compreende um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma determinada posição se comporta em relação à outra pessoa que ocupa outra posição. Este modo pode ser representado pelos papéis que a pessoa desempenha na sociedade. Fatores como a idade, sexo e a hereditariedade influenciam o comportamento da pessoa, especialmente em relação ao modo de função do papel na vida real;

- modo de interdependência: é o modo final de adaptação de Roy, em que as necessidades afetivas são preenchidas. Este modo identifica os padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação, estabelecidos através dos relacionamentos interpessoais, tanto em nível individual quanto em grupo. A necessidade básica deste modo é a adequação emocional (IVO, CARVALHO, 2003).

Ambiente:

O segundo elemento fundamental estabelecido por Roy é o ambiente, que pode ser definido como todas as condições, circunstâncias e influências presentes no interior ou exterior da pessoa que circundam e afetam seu desenvolvimento e comportamento. Segundo o modelo de adaptação de Roy, o ambiente encontra-se em uma constante transformação e são estas mudanças que estimulam a pessoa a criar respostas adaptativas (GEORGE, 2000).

A partir do momento em que o ambiente muda, a pessoa tem a oportunidade de crescer, de se desenvolver e intensificar o significado de vida para todos. O estudo do ambiente ajuda o profissional enfermeiro a promover a adaptação do indivíduo às mudanças ocorridas, assim como a planejar estrategicamente intervenções que reduzam/eliminem agravos em sua saúde (ROY, ANDREWS, 1991).

Saúde:

O terceiro elemento é representado pelo conceito de saúde que é percebida como um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada, ou

seja, ter a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (ROY, ANDREWS, 1991). A falta de integração representa a falta de saúde. Portanto, a saúde pode ser percebida como um reflexo de adaptação que permite a visualização da pessoa como um ser total e integrado (ROY, ANDREWS, 2001).

Enfermagem:

O quarto e último elemento principal do modelo de adaptação de Roy constitui-se na enfermagem. Esta deve promover a saúde do indivíduo oportunizando e potencializando a interação da pessoa com o ambiente, adquirindo assim, respostas adaptativas, entendidas como as respostas que afetam positivamente a saúde (MCEWEN, WILLS, 2009).

Então, o enfermeiro ao disponibilizar seu cuidado à pessoa estomizada objetiva reduzir as respostas ineficazes e promover as respostas adaptativas como comportamento de saída dos indivíduos. Deve investigar sobre limitações, facilidades e modos de adaptação que promovam melhor resposta, ofertando ações que influenciem de maneira eficaz a adaptação do indivíduo. Portanto, promove a saúde em todos os processos vitais, incluindo o morrer com dignidade (ROY, ANDREWS, 1991).

Deve-se reconhecer que nem sempre haverá uma otimização de saúde para todas as pessoas estomizadas. Cabe ao enfermeiro promover a adaptação em condições de saúde e de doença, para aumentar a interação da pessoa com seu ambiente, assim, promovendo sua saúde (ROY, ANDREWS, 2001).

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, a Enfermagem, enquanto disciplina científica orientada para a prática, deve utilizar o processo de enfermagem, pois este é o diferencial das demais disciplinas. De acordo com a teoria, este é composto por seis fases: avaliação de comportamentos; avaliação de estímulos; diagnóstico de enfermagem; estabelecimento de metas; intervenção e avaliação (MELO *et al*, 2002). Cabe ressaltar que, embora os passos do processo de enfermagem tenham sido separados e especificados para facilitar o entendimento, o processo é contínuo e simultâneo (ROY, ANDREWS, 2001).

Para alcançar o objetivo - disponibiliza cuidado buscando resolutividade - o profissional enfermeiro faz uma avaliação inicial ou de primeiro nível. Ela avalia os comportamentos do cliente, em cada um dos modos adaptativos, categorizando-os em adaptativos, inefetivos e adaptativos que necessitam de reforço (GEORGE, 2000). A seguir, as áreas de interesse são selecionadas e realiza-se, então, um segundo nível de avaliação dos comportamentos inefetivos e dos que necessitam de reforço (ROY, ANDREWS, 1991).

Após esta avaliação, procura-se identificar os estímulos focal, contextual e residual responsáveis por esses comportamentos (ROY, ANDREWS, 2001). A partir desta avaliação o profissional enfermeiro determina o nível de adaptação adquirido. O nível de adaptação indica o quanto o processo de vida encontra-se integrado, compensatório ou comprometido, levando a diagnosticar a situação. Determina também se será obtida uma resposta positiva para os estímulos internos e externos (ROY, ANDREWS, 1999).

A seguir, define os objetivos, determina as estratégias para intervenção e avalia os resultados comportamentais (ROY, ANDREWS, 1999). Esses passos compõem o processo de enfermagem definidos pelo modelo de adaptação de Roy. Neste processo adaptativo buscam-se metas de curto e longo prazos que representam o comportamento final do indivíduo relativo à resolução do problema que exige a adaptação. Este estabelecimento de metas deve ser desenvolvido mutuamente com o indivíduo, pois, assim, o profissional de enfermagem estará respeitando seus direitos (ROY, ANDREWS, 1991).

A teoria de Roy inter-relaciona conceitos de forma a apresentar uma nova visão do fenômeno a ser estudado. Nesta teoria, são identificados conceitos-chave como pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, relevantes para o aprimoramento da enfermagem enquanto profissão e ciência. A teoria indica que uma situação pode sofrer influências de múltiplas causas, de acordo com a percepção que se têm do ser humano como um sistema complexo, adaptativo, integral e multifacetado (GEORGE, 2000).

Pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy:

Pressupostos Científicos de Roy, segundo McEwen, Wills (2009):

- Os sistemas de matéria e energia progredem para os níveis superiores de auto-organização complexa;
- A conscientização e o significado são constituintes da integração pessoa-ambiente;
- A conscientização de si mesmo e do ambiente está arraigada no pensamento e no sentimento;
- Os seres humanos, por suas decisões, são responsáveis pela integração dos processos criativos;
- O pensamento e o sentimento orientam a ação humana;
- As relações dos sistemas incluem a aceitação, a proteção e o fortalecimento da interdependência;
- As pessoas e o planeta terra têm padrões comuns e relações integrais;
- As transformações nas pessoas e no ambiente são criadas na consciência humana;
- A integração dos significados humanos e ambientais resulta em adaptação

Pressupostos Filosóficos segundo Roy, Andrews (1999):

- As pessoas têm relacionamentos mútuos com o mundo e com Deus;
- As pessoas agem com um objetivo, mas não necessariamente numa sequência de causa e efeito;
- As pessoas possuem um holismo intrínseco;
- As pessoas lutam para manter a integridade e concretizar a necessidade de terem relações;
- As pessoas utilizam as capacidades criativas de conscientização, esclarecimento e fé;
- As pessoas são responsáveis pelos processos de derivação, sustentação e transformação do universo.

A partir destes, os pressupostos da pesquisa são:

- A cirurgia de estomização altera o processo permanente de construção da identidade;
- O processo de (re)construção da identidade tem relação estreita com o potencial adaptativo que cada pessoa possui;
- As pessoas que experimentam a estomização enfrentam um período de adaptação necessário para a reorganização do seu eu e de seu viver;
- O período de adaptação é proporcional ao potencial adaptativo que cada pessoa possui ou desenvolve;
- O processo adaptativo que permeia o viver da pessoa portadora de estomia é complexo e constituído de experiências e vivências singulares que tornam cada sujeito único e integral;
- Os processos de adaptação e (re)construção de identidade que permeiam as pessoas portadoras de estomias são influenciados pelo contexto socioambiental no qual estas estão inseridas;
- O profissional Enfermeiro, através de seus instrumentos de intervenção, é capaz de potencializar aspectos favoráveis para uma adequada adaptação, otimizando determinantes pró-ativos no processo de (re)construção da identidade.

Compreende-se que o Modelo de Adaptação de Roy contempla o objetivo deste estudo e, desta forma, pode abarcar os aspectos que envolvem os sujeitos do estudo em sua totalidade. Assim sendo, o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada poderá ser conhecido e compreendido profundamente com base no referencial teórico apresentado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva, a qual investigou o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do Modelo de Adaptação de Roy. De acordo com a abordagem teórica escolhida para o desenvolvimento do estudo, a pesquisa qualitativa tem como uma de suas características o conhecimento empírico e sistemático, com vistas a compreender a lógica interna do indivíduo e/ou grupo em estudo. A pesquisa qualitativa pode desvelar processos individuais sociais e psicológicos, promovendo a construção de abordagens inéditas, além de revisar, criar e remodelar novos conceitos e categorias durante o itinerário investigativo (MINAYO, 2007).

Deste modo, considera-se que a abordagem qualitativa é congruente com a abordagem teórica por ser considerada como um método que se propõe ao estudo de determinadas relações, crenças, adaptações, percepções e opiniões, produtos das interpretações que as pessoas realizam a respeito de como vivem, constroem, desconstroem e reconstroem seus artefatos e a si mesmos, expressam seus sentimentos e pensam (MINAYO, 2007).

Sob esta perspectiva, assim como no Modelo de Adaptação de Roy, a pesquisa qualitativa busca, além de conhecer, compreender como ocorrem os sentidos e significados dos fenômenos transformadores e adaptativos. Esta metodologia permite o desenvolvimento de um trabalho sob uma ótica individual e social, permitindo desenvolver, reformular, refocalizar, além de tornar mais claras as abordagens já consolidadas (MINAYO, 2007).

4.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), na Cidade do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul.

O HU/FURG foi criado através da Portaria da Reitoria nº 23/76, de 29 de março de 1976 e presta atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Exerce papel relevante como Hospital de Ensino, tendo seu regimento aprovado pelo Conselho Universitário em 28 de novembro de 1988. Atua como um centro de atenção à saúde de médio porte e alta complexidade, apresentando forte envolvimento em atividades de ensino, pesquisa e extensão, exercendo um papel político importante na comunidade que está inserido.

Atualmente, o HU/FURG tem em seu quadro funcional servidores públicos federais concursados, entre Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogo, Nutricionistas, Farmacêuticos e outros técnicos administrativos, sendo alguns, ainda, contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG). O Serviço de Estomaterapia deste hospital existe há dezesseis anos, atuando junto às pessoas portadoras de estomias e seus familiares, oferecendo assistência integral. Atualmente o serviço atende 94 pessoas cadastradas, incluindo crianças e adultos, de ambos os sexos, portadoras de estomias intestinais e/ou urinárias.

Neste serviço, são distribuídos equipamentos e materiais específicos para o manejo/manutenção/cuidado da estomia às pessoas que se encontrem devidamente cadastradas. Além do subsídio material fornecido, o serviço realiza consultas de enfermagem ambulatoriais semanais e grupoterapia mensal com o intuito de dar resolutividade a agravos decorrentes de fatores não materiais. Cabe salientar ainda, que este serviço propicia a realização de atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão para acadêmicos de enfermagem da FURG.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram selecionados como participantes deste estudo pessoas estomizadas que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

- serem portadores de estomias e possuir no momento da entrevista mais de 21

anos⁴;

- estarem cadastrados no GAOF/FURG;

- utilizarem dispositivo coletor de fezes e/ou urina por um período mínimo de dois anos;

- apresentarem bom estado de saúde estando lúcidos, orientados e comunicativos no momento da realização da entrevista.

- concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), depois de orientados em relação aos objetivos e metodologia do estudo. Este consentimento foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e outra com o participante do estudo.

* Nos casos de impossibilidade de assinatura do termo de consentimento, seja por limitação física ou por dificuldade na escrita, os familiares/acompanhantes é que assinaram o Apêndice A, mediante concordância da pessoa estomizada.

- ter um número de telefone disponível para contato e poder deslocar-se até o HU para a coleta dos dados.

O número de participantes da pesquisa foi determinado pela saturação dos dados. Foi considerado este critério quando as idéias do grupo estudado já apresentavam-se adequadamente representadas pelas falas dos sujeitos entrevistados, não acrescentando informações inéditas. Conforme Minayo (2007) quando as informações começam a surgir repetidas, pode-se concluir que o universo de ideias construído pelo coletivo já está representado.

O número de participantes foi de dez pessoas composto por três homens e sete mulheres com idades ente 33 e 78 anos. Destes, oito eram portadores de estomias definitivas e dois portadores de estomias que tinham a possibilidade de reversão. O tempo de estomização variou de dois a quinze anos de estomização.

⁴ A idade mínima de 21 anos utilizada como critério de inclusão foi estabelecida para excluir participantes que possam ter realizado a estomização durante o período da adolescência, pois acredita-se que nesta fase, estes poderiam vivenciar uma construção paralela de suas identidades. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a adolescência compreende a faixa etária de 12 a 18 anos.

4.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas nos meses de junho e julho de 2011. As perguntas foram orientadas a partir de um roteiro temático previamente elaborado (APÊNDICE B). Este roteiro teve como objetivo orientar o pesquisador, permitindo uma adequada condução da entrevista, proporcionando assim, clareza de seus objetivos e flexibilidade interativa (TOBAR, YALOUR, 2001).

De acordo com Triviños (1995), as questões que compõem o roteiro de coleta de dados pretenderam buscar o desvelamento dos símbolos, valores e percepções. Deste modo entende-se que esse método de coleta é pertinente para a compreensão do processo de (re)construção da identidade da pessoa portadora de estomia, já que esta se encontra imersa em um mundo de símbolos e significados.

Primeiramente, foi realizado um levantamento junto ao Serviço de Estomaterapia de pessoas estomizadas que atendessem aos critérios de inclusão propostos. No segundo momento foi realizado contato telefônico com a pessoa estomizada para que fosse realizado o convite de sua participação.

Neste momento, foram esclarecidos os objetivos do estudo e preceitos éticos envolvidos. Com a concordância dos sujeitos em participar do estudo foi agendada data, local e horário pertinente para a realização da coleta de dados conforme a sua disponibilidade. As entrevistas tiveram entre 50 minutos e 3 horas de duração, sendo realizadas apenas uma entrevista para cada participante.

O pesquisador forneceu duas passagens de transporte urbano para cada participante e acompanhante, para que estes não tivessem custos ao participarem do estudo. O instrumento foi aplicado individualmente, no consultório do Serviço de Enfermagem e em uma sala de reuniões da ala verde do próprio HU/FURG, com o intuito de proporcionar conforto e privacidade aos participantes. As entrevistas foram gravadas no formato de áudio e, posteriormente transcritas na íntegra pelo pesquisador, ocorrendo uma única entrevista para cada participante da pesquisa.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando a análise textual por esta proposta apresentar-se como um modo de aprofundamento e imersão em processos discursivos, com o objetivo de impetrar saberes sob a forma de compreensões reconstruídas a partir dos discursos. Este método de análise permite a identificação e isolamento de enunciados dos conteúdos a ela submetidos, além de permitir categorizar esses enunciados e produzir textos, de maneira a integrar aspectos descritivos e interpretativos (MORAES, 2005).

Este tipo de análise utiliza como fundamento principal a classificação dos conteúdos em categorias. Estas categorias são definidas como “*corpus*” que significa o conjunto de fragmentos apreciados representantes da multiplicidade de visões de mundo dos sujeitos acerca do fenômeno investigado (MORAES, 2005). Na análise qualitativa dos materiais textuais, o pesquisador deve considerar que invariavelmente sua subjetividade está envolvida nas interpretações dos discursos com consciência de que isso é inerente a proposta de análise

O desenvolvimento deste estudo foi efetuado através de leitura profunda e minuciosa do “*corpus*”, simultaneamente a um processo de avaliação dos estímulos internos e externos capazes de auxiliar na adaptação do portador de estomias à sua nova condição. A interpretação dos dados foi realizada a partir da visão analítica do pesquisador apoiada no referencial teórico de Roy e em autores estudiosos da temática.

Inicialmente a análise textual compreendeu a leitura dos textos produzidos com o objetivo de remover as unidades de análise que correspondem aos fragmentos de falas dos entrevistados. Após, estas unidades tiveram como objetivo segregar elementos específicos do objeto de estudo que correspondiam aos aspectos relevantes. Posteriormente, foi realizada uma síntese das unidades de análise no intuito de organizá-las em categorias (MORAES, 2005).

Deste modo, o surgimento de categorias corresponde a um conjunto de unidades de análise organizadas e apresentadas, de acordo com as principais interpretações

derivadas do conjunto de textos submetidos à análise (MORAES, 2005). Assim, a análise dos dados obtidos neste estudo se deu através dos pressupostos e preceitos relativos à análise textual e o objetivo do estudo atendido em sua totalidade.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a execução da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Garantiu-se o anonimato dos participantes segundo as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

Os participantes receberam o esclarecimento de que a qualquer momento os mesmos poderiam abdicar de sua participação na pesquisa sem que isso lhes acarretasse qualquer prejuízo; foram informados sobre a segurança de que não seriam identificados e que se manteria caráter confidencial das informações obtidas; de que seriam mantidos todos os preceitos éticos e legais durante ou após o término do trabalho e do compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho bem como da análise da coleta de dados.

Os participantes foram identificados pela letra “E” seguida do número que representa a seqüência de realização das entrevistas como forma de garantir seu anonimato. Os resultados da pesquisa permanecerão disponíveis junto à biblioteca da área acadêmica do HU/FURG.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS/FURG recebendo parecer favorável sob o nº 77/2011 e, após sua aprovação, é que se iniciou a coleta dos dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram categorizados inicialmente a partir dos quatro modos adaptativos propostos por Roy, utilizando como balizador teórico o modelo de adaptação de Roy. Esta aproximação tornou-se importante nesta etapa, pois suas relações são estreitas com o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno a ser estudado. Deste modo, foram assim definidas: A Adaptação do corpo fisiológico à nova condição; Autoconceito: percepções abarcadas pelo eu físico e o eu pessoal; O processo adaptativo ao novo papel social e Adequação Afetiva: comportamentos relacionados com pessoas significativas e sistemas de apoio. A seguir emergiu a seguinte categoria: Identidade e Adaptação: nexos e reflexos para o viver da pessoa estomizada.

5.1 A adaptação do corpo fisiológico à nova condição

Nesta categoria, procurou-se verificar como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente. Avaliaram-se de que forma as necessidades de eliminação, nutrição, atividade, repouso e integridade da pele são afetadas pela estomização e seus nexos com o processo de compreensão do novo eu que necessita de adaptação.

A necessidade de eliminação inclui os processos fisiológicos envolvidos na excreção de fezes e urina. O controle da eliminação é um processo básico da vida essencial para a adaptação (ROY, ANDREWS, 2001). A manutenção de uma eliminação adequada requer um funcionamento normal do sistema gastrointestinal e urinário para que assim possa ser um indivíduo de estabilidade evolutiva.

A cirurgia de estomização leva a uma alteração na eliminação das fezes e/ou urina. Alterações nos padrões de eliminação são muito pessoais e complexos, podendo dificultar a adaptação do portador de estomia após a cirurgia. Um dos principais problemas enfrentados por estas pessoas em relação à eliminação é a falta de esfíncter fazendo com que seus portadores não tenham o controle sobre a eliminação das secreções, o que os levam a querer reverter sua condição.

Mesmo que tu queiras tentar esquecer da bolsa, quando tu menos espera ela enche ou tu vê o volume dela. Aí volta tudo de novo.

Não adianta! (E6)

Quando tiver tudo direitinho o médico disse que tira a bolsa e deixa tudo saindo normal de novo. Foi o que o doutor me disse, que eu ia ficar no máximo uns seis meses com esta bolsa. Não vejo a hora de tirar esta porcaria. (E1)

A perda da integridade corporal, a violação voluntária, mas indesejada das regras de higiene e a perda da função reguladora do esfíncter anal constituem-se como os principais fatores impactantes sobre a pessoa estomizada (BECHARA *et al.*, 2005). A insatisfação com o corpo alterado e com a perda de controle das eliminações acarreta sentimentos de incompreensão e despadronização (SILVA, SHIMIZU, 2007). A necessidade de eliminação intestinal é comum às pessoas, no entanto as formas como atendemos a esta necessidade é orientada por regras construídas nos grupos sociais dos quais cada pessoa compartilha. Desta forma, em nossa sociedade. O ato de evacuação relaciona-se ao controle da mesma, ao que é sujo ou não, e ao que é privado ou público (MARUYAMA, 2004).

Por este motivo, a pessoa portadora de estomia geralmente fecha-se em si mesma não conseguindo entender sua condição, negando a si própria. O inconformismo pode permear seu viver transformando esta condição não planejada na retomada à sua condição normal (SALES *et al.*, 2010).

Verifica-se que os pacientes que sofrem agravo à saúde, no qual necessitam submeter-se a um procedimento cirúrgico para eliminar urina e/ou conteúdo fecal através da parede abdominal, rompendo com seu padrão habitual de eliminação, geralmente enfrentam dificuldades psicológicas e experimentam um sentimento repugnante em relação a si mesmos (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Verifica-se que durante o processo adaptativo é comum a pessoa apresentar vômitos, constipação, diarréia e a eliminação de gases. Este fato pode contribuir negativamente na forma como as pessoas portadoras de estomias relacionam-se com seu eu atual, levando-as a maiores dificuldades em se perceber e se definir enquanto sujeito social.

Fiquei com 36 kg depois da cirurgia, não podia comer quase nada, tudo me dava vômito. (E7)

Estou aqui fraco, perdi mais de 20 kilos. Às vezes é diarreia e às vezes não faço nada na bolsa. (E1)

Tenho diarreia sempre. Emagreci tanto que nem me olho no espelho. (E8)

Tenho vontade de ficar em casa sozinha. Principalmente quando eu estou com problema de diarreia ou gases. (E9)

A normalização corporal imbricada nos construtos de identidade e auto-estima e marcada pela subjetividade é permeada pelas representações do corpo no processo de sua construção e significação pelo sujeito. Cada raça, cultura e sociedade possuem maneiras variáveis conforme as idiossincrasias, filosofias, valores e ideias de cada época e as influências da subjetividade de significar o corpo e reelaborar seu conceito, em casos de alterações na construção da própria imagem corporal (SANTOS, SAWAYA, 2000).

É comum pessoas portadoras de estomias referirem ter ocorrido o vazamento da bolsa coletora, causando-lhes constrangimentos de difícil superação. Estes episódios constrangedores tornam-se marcos que acompanham estas pessoas em forma de retroalimentação negativa, gerando assim, percepções limitantes em seu processo adaptativo.

Uma vez a bolsa estourou e eu sujei toda a cama e meu marido. Agora tenho medo que aconteça de novo. (E5)

O problema é quando a bolsinha descola e vaza. Acho que a situação mais constrangedora que já passei foi no banco. Estava cheio de gente. Que vergonha. (E7)

Uma vez a bolsa estourou na frente de um paciente meu. Fiquei com muita vergonha. Não queria nem trabalhar mais, isso que eu não sou envergonhada. (E3)

Nunca imaginei que andaria por aí limpinho e daqui a pouco ia estar fedendo. (E1)

Pessoas portadoras de estomias enfrentam problemas como a exposição a uma série de constrangimentos sociais, pela possibilidade de saída dos gases e vazamento de fezes e/ou urina mediante a inexistência de controle voluntário, e pela falha na

segurança e qualidade da bolsa coletora, o que provoca o medo da exposição em público por parte desses pacientes (NASCIMENTO *et al*, 2011). Após a cirurgia de construção de uma estomia ocorre o surgimento ou agravamento de uma visão pessimista de si, reforçando a necessidade de manter distanciamento de outras pessoas para evitar ou minimizar sentimentos de rejeição e constrangimento (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002).

Ter que conviver com os transtornos do estoma e com a eliminação de seus excrementos fazem com que estas pessoas pensem em seu existir no mundo. Esta quebra de padrão social, quando observada por outros, causa sempre o sentimento de vergonha (LUCIA, 2005). Percebe-se que os sentimentos de vergonha e repugnância de si mesmo causados pela estomização extrapolam características pessoais, podendo tornar uma pessoa sociável e extrovertida em uma pessoa tímida e anti-social.

A nutrição relaciona-se com os processos através dos quais as pessoas ingerem e assimilam o alimento necessário para a manutenção do funcionamento orgânico, promoção do crescimento e substituição dos tecidos danificados (ROY, ANDREWS, 2001). Constitui uma das atividades humanas mais importantes, não só por razões biológicas evidentes, mas também por envolver aspectos econômicos, sociais, científicos, políticos, psicológicos e culturais fundamentais na dinâmica da evolução das espécies (PROENÇA, 2010).

Em relação à nutrição e hidratação, evidenciou-se que algumas pessoas procurando diminuir as eliminações, reduzem a ingestão de alimentos e líquidos. Esta reação na tentativa de controle sobre as eliminações pode fazer com que esta percorra uma trajetória adaptativa mais longa e árdua, podendo inclusive comprometer sua saúde.

Eu sei que tenho que tomar muito líquido, mesmo quando não estou com sede, mas não tomo. Quanto mais líquido, mais bolsinhas precisa e se eu fico muito tempo com a mesma a pele fica machucada. (E10)

Se vou sair já fico algumas horas antes sem comer nada, porque assim não tem perigo da bolsa encher. (E7)

Verifica-se que ocorrem mudanças de hábitos essenciais como na alimentação e hidratação, o que representa uma alteração no estilo de vida (NASCIMENTO et al, 2011). Comportamentos de inanição são freqüentes e um dos recursos utilizados pelas pessoas estomizadas para interromper o funcionamento normal do intestino e assim, reassumir certo controle eliminatório (SILVA et al, 2010).

As modificações nos hábitos alimentares promovidas pela pessoa portadora de estomia têm o objetivo de evitar complicações como diarreia, flatulência e outras provocando abstinência de alimentos (SILVA, SHIMIZU, 2006), causando medo de alimentar-se em público, provocando a redução do prazer da alimentação e, conseqüentemente, o isolamento ou exclusão social.

Assumir um comportamento nutricional adequado depende muito mais do que da simples disponibilidade de alimentos, mesmo que saudáveis. Depende do entendimento às práticas e hábitos alimentares, do estado de saúde das pessoas, de cuidados especiais a grupos biopsicossocialmente vulneráveis e de estar inserido em um processo positivo de construção de si mesmo (VALENTE, 2003).

As concepções e práticas populares relacionadas à alimentação podem causar benefícios e malefícios à saúde das pessoas, de acordo com o tipo, ocasião e frequência em que são utilizados os alimentos (SILVA et al, 2010). Além disso, as manifestações psicossomáticas de não ingestão dos alimentos são numerosas, podendo ser relacionadas a erros alimentares e simbolismos. A prática de seleção dos alimentos, baseada nas crenças populares, pode desencadear um desequilíbrio nutricional, tendo como consequência o não funcionamento normal do corpo (KRAUSE, MAHAN, 2005).

Verifica-se que a estomização pode afetar a integridade da pele periestomal, devido à necessidade da construção de um estoma de eliminação. Além disso, uma das complicações mais comuns enfrentadas pelas pessoas portadoras de estomias é a dermatite amoniacal causada pelo contato de fezes e/ou urina com a pele.

Percebe-se que este fator é um grande diferencial no processo de adaptação e aceitação de si mesmo neste novo corpo, pois com a pele machucada potencializam-se todos os outros fatores percebidos como negativos. É a complicação física que mais

agrava o processo de (re)construção do “eu” normal para o eu estomizado ou eu adaptativo.

Eu acho que o que dificulta a minha adaptação é minha pele que está sempre machucada. Tem gente que eu sei que nunca fica machucada, mas no meu caso desde que eu botei a bolsa estou sempre machucada. (E2)

Uma das coisas que mais me incomoda é quando a pele na volta fica machucada. Isso me dá coceira e me deixa irritada. (E5)

Tem dias que nem posso sair de casa de tanta raiva que fico dessa bolsinha que me machuca toda a pele. (E9)

Não me adaptei e nunca vou me adaptar à esta bolsinha. Ela além de incomodar, machuca a pele. (E3)

A pele quando íntegra é um dos fatores que dão maior proteção e ajudam a manter a homeostase fisiológica do indivíduo. Se a pele apresentar-se com sua integridade comprometida, a capacidade da pessoa em aceitar a condição de ser/estar estomizada e adaptar-se a este novo modo de viver torna-se conflituoso e impactante (ROY, ANDREWS, 2001). A convivência com o estoma exige da pessoa medidas para a adaptação e reajustamento das atividades diárias, incluindo os cuidados com o estoma e a pele periestomal (SALES *et al*, 2010).

Os cuidados com a higienização e a troca da bolsa coletora são muito importantes para garantir a integridade da pele e prevenir infecção, e para que essas medidas sejam realizadas da maneira adequada, é preciso que as pessoas portadoras de estomias sejam orientadas pelos profissionais de enfermagem, para que eles possam readquirir autonomia e aprender a realizar o autocuidado (TIMY, SMITH, 2005). Percebe-se que a aquisição de uma congruente adaptação física se entrelaça com fatores adaptáveis localizados em outros modos adaptativos, como aspectos sociais e psicológicos, pois a pessoa estomizada, conforme Roy e Andrews (2001), é um ser integral e assim, assumir uma nova identidade requer primeiramente uma adequada adaptação ao seu novo eu, este com alterações multidimensionais e multifocais.

Os eventos que modificam o cotidiano, seja de ordem psicológica ou por uma incapacidade física, principalmente os que põem em risco a própria existência, constituem experiências marcantes na vida de cada pessoa. Assim, embora se relacionem a um órgão afetado, os reflexos se difundem em todas as dimensões do ser, causando descontinuidades, espaços vazios, que implicam reflexão dos valores, prioridades, projetos de vida (MARUYAMA, 2004).

A estomização, geralmente, afeta o sono e o repouso de seus portadores. Muitos referem que têm medo que a bolsa coletora vaze durante a noite e, por isso, têm seu padrão de repouso alterado trazendo reflexos na reposição de suas energias, necessárias para uma retomada de motivação e forças em seu caminho adaptativo.

Meu sono também mudou. Agora me acordo de madrugada e não consigo dormir mais. Gosto de me virar bastante na cama, mas com a bolsa durmo preocupada se não vou deitar por cima dela e arrebentar. (E3)

Às vezes acordo pensando que a bolsinha está vazando, principalmente quando tem visitas em casa. Aí depois que acordo, não durmo mais. (E9)

Acordo de meia em meia hora e fico pensando que a bolsa estourou. (E7)

Estudo acerca do perfil de pessoas portadoras de estomias mostrou que 58,3% dos participantes do estudo descreveram que as alterações orgânicas decorrentes da confecção do estoma afetaram o padrão de sono. A alteração do sono é relacionada à presença do estoma, principalmente nos primeiros meses após a cirurgia e ao medo do futuro (FERNANDES, MIGUIR, DONOSO, 2010).

Essas modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, humor e potencial de adaptação (EBERSOLE, 2001). Torna-se difícil traçar um prognóstico positivo sobre a incorporação de sua nova identidade, pois com o padrão de sono alterado, acabam produzindo e repondo suas energias de forma insuficiente. Com o baixo volume de energia disponível, as pessoas estomizadas utilizam esta para sua manutenção corporal básica, comprometendo o seu

processo de reconstrução, pois para esta etapa, as dimensões física, psicológica e social devem apresentar-se equilibradas e para isto, a oferta de energia deve ser maior, pois há um aumento na demanda funcional.

Em relação às atividades elas revelam maior dificuldade para realizar aquelas consideradas cansativas, carregar peso, entre outras. Esta restrição física em realizar atividades que até então eram rotineiras, trazem reflexos paradoxais, pois a essência de sua identidade de força e saúde, esbarra em um contingente de limitações físicas que as fragilizam e as deixam com sentimento de inferioridade.

Caminhava às vezes o dia inteiro e agora não posso mais. Cheguei a caminhar mais de 20 km em um dia. (E1)

Trabalhava no serviço pesado, agora não posso mais nem carregar as sacolinhas do supermercado. (E5)

Não posso fazer nada de força, isso me incomoda um pouco, mas se é assim que tem que ser né?, o que é que eu posso fazer?. Se eu não estivesse assim eu não me negava a fazer nada! (E4)

A atividade e o repouso são necessidades básicas que devem estar equilibradas para que o indivíduo possa ter uma adaptação efetiva. Manter este equilíbrio de forma adequada, seja na atividade ou no descanso, é um desafio para a pessoa que experimenta um processo de adaptação (ROY, ANDREWS, 2001).

Percebe-se que a alteração no padrão de atividade traz uma repercussão negativa para estas pessoas, pois seu eu imediato fica impossibilitado de viver sua vida diária, desconfigurando sua relação com o ambiente. Além disso, ficam diminuídos/ausentes os períodos para restauração, reparo e renovação de energias essenciais para um harmonioso processo de viver (ROY, ANDREWS, 2001).

Os dados evidenciam que em relação ao modo fisiológico o enfermeiro deve realizar primeiramente uma observação sistemática nas mudanças no comportamento adaptativo fisiológico que as pessoas estomizadas apresentam após a estomização. Ao obter dados comportamentais, o enfermeiro deve ter a percepção que está utilizando sua capacidade de observação e mensuração neste processo avaliativo (ROY, 2001).

Assim, muitos estomizados ao se perceberem como seres mutilados com

reflexos em seu campo físico apresentam comportamentos e problemas complexos e inter-relacionados com sua auto-identificação. Cabe salientar que um comportamento apresentado em um modo pode emergir novamente em um ou mais modos de adaptação, pois podem ganhar a intensidade de estímulos que num processo de retroalimentação podem influenciar, de forma cíclica, comportamentos adaptativos ou inefetivos.

5.2 Autoconceito: percepções abarcadas pelo eu físico e o eu pessoal

Nesta categoria procurou-se verificar como a integração psicossocial da pessoa com o ambiente é afetada pela estomização. Avaliou-se como o portador de estomias passa a ver seu eu físico que inclui a sensação do corpo e a imagem do corpo e seu eu pessoal que engloba a autoconsciência, o auto-ideal, o eu moral, ético e espiritual, após a cirurgia.

Percebe-se através das falas que o impacto psicossocial em ser/estar estomizado abarca sentimentos e percepções que dificultam esta pessoa em conseguir se auto-definir frente a si mesma e frente à sociedade. O fato de estarem utilizando uma bolsinha para a coleta das eliminações, faz destas pessoas, seres pouco integrados com seu ambiente. Além disso, experimentam uma desordem em sua capacidade de avaliar seus atributos físicos e não físicos correspondentes à sua saúde (ROY, ANDREWS, 2001).

Em relação a seu eu físico algumas pessoas portadoras de estomias referem sentir que o estoma de eliminação não faz parte de seu corpo. Referem que ao se imaginarem nuas não visualizam o estoma e a bolsa coletora. Ao percebê-la como algo externo ao seu corpo, apesar de necessária, parece que, psicologicamente, a bolsa significa a materialidade de sua situação de estomizado. Esperam poder retirar a estomia e não depender mais da bolsa coletora. No entanto, muitos serão portadores de estomias definitivas, tendo a necessidade de adaptar-se à bolsa coletora, assim como aprender a se relacionar melhor com ela.

Isso aqui não faz parte do meu corpo. Então vou ter que tirar isso

daqui. Vou ficar com ela só até ficar bom de novo. (E4)

Se eu me imaginar sem roupa na frente do espelho a bolsa não está ali, ela não está ali nem tem que estar né? (E1)

Se eu me imaginar sem roupa na frente do espelho, acho que a bolsa não está. Ainda não consigo me ver com a bolsinha. (E5)

Não consigo me ver com a bolsa. Eu não nasci com ela, então não tenho que ficar com ela. (E3)

Ela não faz parte de mim. Só está aí até eu ficar bom por dentro. Depois ela vai embora e se Deus quiser nunca mais quero botar uma de novo. (E9)

O eu físico, ou seja, a percepção do indivíduo sobre a sensação corporal (como sente pessoalmente o corpo) e imagem corporal (como é que alguém vê e sente a aparência e função do seu corpo), após a estomização constituem uma identidade desestruturada e irreal (ROY, ANDREWS, 2001). Assim, esta nova e momentânea identidade se apresenta envolta em um arcabouço de sensações e percepções corporais que se adaptam e se modificam de forma contínua e complexa.

A realização de uma estomia é resultado de uma cirurgia mutilante, ou seja, invariavelmente, no período pós-cirúrgico a pessoa tem de conviver com a perda de uma parte do corpo, independente do tipo de estomia que se estabeleça. Deste modo, uma nova identidade corporal e social surge após o procedimento cirúrgico, uma representação imposta à pessoa e decorrente de uma modificação em seu conceito de corpo e saúde.

Em relação ao eu pessoal, verificou-se uma dificuldade de aceitação de si mesmos e um pessimismo quanto à sua condição de portador de estomia. Referem ser outra pessoa após a cirurgia, mais dependentes, com dificuldades de trabalhar e fazer as coisas que antes lhe davam satisfação. Este fato pode levar pessoas portadoras de estomias a uma dimensão paralela onde sua imagem tem apenas espaço e referências de estigmas e relações depreciativas.

Fiquei mais pessimista depois da cirurgia. (E2)

A minha maior dificuldade foi em relação a mim mesma, eu não

me aceitava do jeito que eu estava, não aceitava que tinha acontecido isso justamente comigo. Tive dificuldade em me aceitar; na verdade tenho dificuldades ainda. (E3)

Acho que fiquei mais dependente depois da cirurgia, de vez em quando a ficha cai aí me dou conta da minha situação. Acho que tirei um tumor, mas coloquei uma bolsa no lugar. (E9)

Eu não queria ser outra pessoa, só queria ser aquela de antes da cirurgia. Queria tirar a bolsa e poder voltar a trabalhar e fazer as coisas que eu gosto. (E5)

Depois da cirurgia quando eu vim para casa, quando comecei a me ver com a bolsa aí me desesperei. Fiquei trancada dias só chorando. (E6)

Nem sei quem eu sou hoje [choro]. (E10)

Tenho casa no Cassino com piscina, mas não tomo banho. Isso é bom para quem tem as fezes dentro da barriga, né? (E2)

A pessoa estomizada pode apresentar comportamentos de alienação do seu corpo por sentir-se diferente após a cirurgia, provocando um menor respeito e confiança por si próprio. Não é incomum o choque provocado pela primeira observação de sua condição após a cirurgia, causando-lhe, muitas vezes um desgosto assustador (BARBUTTI, SILVA, ABREU, 2008).

Evidenciou-se um sentimento de auto-desvalia em diversas pessoas portadoras de estomias. Utilizam palavras negativas para referir-se a sua condição. Este sentimento advém da grande mudança biopsicossocial percebida em seu processo de viver. Acreditam terem envelhecido, empobrecido, emagrecido, não tendo condições, ainda, de vislumbrar a possibilidade de adaptação efetiva a sua condição de estomizado.

Quem vai querer comprar de uma pessoa como eu, velha e fedorenta?(E10)

Facilidade não tem nenhuma. Não consigo nem colocar a bolsa sozinho. Estou me sentindo a pessoa mais inútil do mundo, não sei quando vai acabar tudo isto. (E1)

Eu acho que depois da cirurgia eu envelheci mais, emagreci muito, minhas roupas estão tudo grandes. (E5)

Depois da cirurgia me tornei uma pessoa feia, sem motivos para

ser bonita. (E9)

Nem sei o que representa hoje para mim ser uma pessoa estomizada. Às vezes me sinto pequena, privada de tudo. (E7)

O impacto da realização de uma cirurgia mutiladora como a estomização traz limitações biopsíquicas pela presença do estoma e da bolsa coletora. A redução das atividades diárias e sociais e a incerteza quanto ao futuro, são alguns aspectos que influenciam fortemente a vida da pessoa e, conseqüentemente, sua identidade. As pessoas têm experiências particulares e únicas de sofrimento, e percebem suas mudanças quantitativas e qualitativas, à medida que a causa do sofrimento vai-se modificando com o tempo, não somente no âmbito orgânico, mas também em outras dimensões de sua vida, tanto social quanto emocional (PETUCO, MARTINS, 2006).

Verificou-se que as pessoas portadoras de estomia apresentam sentimentos negativos que dificultam a reconstrução de seu autoconceito como tristeza, insegurança, nervosismo, ansiedade, pessimismo e sensação de dependência e carência, podendo levá-las à depressão. Estes sentimentos, percebidos como entraves na (re)construção de seu novo eu, encobrem o potencial adaptativo tornando necessária a busca por novas estratégias de enfrentamento.

Me tornei uma pessoa triste, dependente e insegura. (E10).

Sou agora uma pessoa ansiosa e doente. Tenho alguns dias felizes, mas, no geral, sou uma pessoa triste, bem diferente daquela antes da cirurgia. (E6)

E tem como estar feliz? Preciso de ajuda até pra tomar banho, senão, eu posso cair ou molhar a bolsa. E, se molhar, ela descola e tem que botar de novo. (E10)

Fiquei muito nervosa e medrosa, principalmente, quando anoitece. Me dá vontade de chorar e parece que estou perto da morte, me dá uma depressão. (E5)

Depois da colocação da bolsa, eu fiquei mais depressiva, mais carente, sei lá. (E7)

Estudo acerca da adaptação da pessoa portadora de estomias à sua condição revelou que o abalo em sua auto-estima e em seu autoconceito, resultantes da alteração da sua imagem corporal, são esperados. Este abalo pode gerar sentimento de inutilidade, levando-os a exteriorizar sentimentos como desgosto, ódio, repulsa e medo (BARBUTTI, SILVA, ABREU, 2008).

A imagem corporal está intimamente ligada à auto-estima, auto-imagem, autoconceito, conceito corporal e esquema corporal, componentes importantes da identidade. Desta forma, a pessoa portadora de estomia pode apresentar comportamentos de alienação do seu corpo por sentir-se diferente, após a cirurgia, provocando um menor respeito e confiança por si próprio. Não é incomum o choque provocado pela primeira observação de sua condição após a cirurgia, causando-lhe, muitas vezes, um desgosto assustador (BARBUTTI, SILVA, ABREU, 2008).

As pessoas estomizadas vivenciam muitas das vezes sentimentos negativos que vão desde a tristeza à depressão, podendo a reação e o comportamento manifestado variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa (CASCAIS, MARTINI, ALMEIDA, 2007). Nestes casos, ocorrem alterações em nível de morbidade psicológica, ansiedade e depressão relacionadas com a funcionalidade e sintomatologia deste novo viver. Assim, sinais e/ou sintomas biopsíquicos incontroláveis somados à diminuição da capacidade funcional perturbam o bem-estar psicológico, gerando frustração, ansiedade e depressão (COTRIN, 2007).

Muitas pessoas após a estomização referem que pensaram que iam morrer ou manifestaram a vontade de morrer em função das alterações experimentadas neste novo processo de viver. Assim, a morte em casos de estomização, pode representar inicialmente mais do que uma possibilidade, mas a solução para as dificuldades encontradas no desvelamento de sua condição. Este sentimento de morte iminente pode ser agravado por alterações fisiológicas e anatômicas em seu corpo, pois se torna difícil perceber-se sadio e com forças para retomar sua vida, ao sentir-se mutilado ou quando percebe um órgão interno exteriorizado em seu abdômen.

Minha esposa é que me ajuda em tudo. Se não fosse ela tinha morrido porque, no início, eu só chorava e só queria morrer. (E10)

No início, eu achava que ia morrer, quando o doutor disse que meu caso era a cirurgia e a bolsinha era para sempre, que não teria volta. (E3)

No início, só queria morrer. Hoje, até consigo ter uma vida mais ou menos feliz. (E1)

Acho que, se eu tivesse uns vinte anos de idade e tivesse colocado a bolsinha, eu tinha morrido. (E6)

Tive dificuldade em tudo, não tinha mais vontade de fazer nada, só pensava em morrer, só chorava, não queria ninguém perto de mim. (E5)

Me dá um nervoso de uma parte de dentro do meu corpo aparecendo na barriga. Me dá a impressão que posso morrer a qualquer momento. (E9)

Eu fiquei meio apavorada quando eu acordei da cirurgia e vi que tinha uma bolsa na barriga, achei que ia morrer né? (E2)

Se eu fosse bem mais velha, gostaria de ter morrido. Não ia querer ficar velha e com esta bolsinha na barriga. (E6)

Estudo acerca do significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal evidenciou que as reações apresentadas por elas são muito variadas, mas não muito raro, o recém-operado prefere a morte à estomia. Muitas sentem-se inseguras para planejar o seu futuro, devido ao medo da morte. Este medo, logo após a cirurgia, é constante, fazendo com que passem a atribuir o seu futuro a Deus, assumindo uma postura passiva, diante da doença, do tratamento e, sobretudo, gerando desinteresse em traçar planos futuros (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Pessoas com identidades individuais se relacionam consigo mesmas e com as estratégias de enfrentamento da morte. Deixam de lado suas percepções de lidar com a morte e criam novas teorias para interpretá-la (NASCIMENTO, ROAZZI, 2007). A morte é a identidade entre nascimento e factilidade. Nela, está o repouso dos contragolpes dos sentidos, a divagação do raciocínio, dos cuidados que devemos ter com o corpo. Ela é a possibilidade da impossibilidade de toda a relação, de todo existir (ABBAGNANO, 1998).

O estudo mostrou que a dificuldade de adaptação e aceitação à estomia e à bolsa coletora pode implicar turbulências no relacionamento conjugal, podendo ser geradora de separações entre casais. Este afastamento das pessoas que, até então, eram as mais próximas e importantes faz com que as pessoas estomizadas desacelerem o processo de reconstrução de seu novo eu, pois, na ausência de sua principal rede de apoio, sua trajetória adaptativa torna-se ainda mais longa e desorganizada.

Deixei meu ex-marido por causa da estomização. Foi por minha conta a separação. Eu não me aceito assim e parece que ele também não gostava de me ver com a bolsinha. (E6)

Meu marido tentou provar que para ele não teria problema eu estar com esta bolsa na barriga, disse que não tinha importância e tal, mas não adiantou, eu não quis mais ficar com ele. (E10)

As pessoas estomizadas geralmente apresentam dificuldades em se reinserirem no meio social. Alguns fatores como o sentimento de tristeza e desânimo, bem como o receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado, contribuem para o isolamento social e afastamento das pessoas significativas (SILVA, SHIMIZU, 2006). O corpo é um meio de comunicação com o mundo e, ao mesmo tempo, condição de existência do ser. Muitas pessoas enfrentam a estomização com descontentamento, repulsa e pena de si. Este fato faz com que não se reconheçam, tendo que reconstruir seu significado de existência. (BARROS, GOMES e SOUZA, 2007). O uso da bolsa provoca uma ressignificação da relação do paciente com o próprio corpo, exigindo um novo tipo de cuidado bem como adequação às novas sensações proporcionadas pela mesma (MARTINS, ALMEIDA, MODENA, 2011).

O significado de ter um corpo alterado, desviado dos padrões sociais presentes na dimensão intra-psíquica do estomizado, afeta sua imagem corporal. Uma vez que a imagem corporal é um dos componentes fundamentais da identificação, particularmente quando alterado em consequência da mutilação do corpo, faz com que a pessoa estomizada se depare com a representação do corpo ideal, ancorado nos conceitos de beleza, harmonia e saúde, podendo provocar estranheza a si próprio. É através da

imagem corporal que o indivíduo mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo, e sua modificação pode influenciar sua habilidade de compor sua identidade (BRASIL, 2000).

Refletir e discutir sobre o processo de reconstrução do novo eu, após uma estomização, é perceber como as relações multidimensionais destas pessoas se apresentam neste novo ciclo de vida. De acordo com os resultados, percebe-se que o processo de ser/estar estomizado faz com que estas pessoas percam, de forma momentânea ou permanente, sua capacidade de serem felizes, visualizando apenas aspectos negativos nesta nova etapa de suas vidas.

A partir destes sentimentos, estas pessoas deixam de ter amor pela vida e passam a se encontrar em uma dimensão de morbidade psíquica, trazendo reflexos negativos ao processo de adaptação. Esta dificuldade ou impossibilidade de serem felizes inviabilizam o encontro destas pessoas com uma boa qualidade de vida e também as afastam de uma proximidade de seu novo eu.

Antes da cirurgia, eu era feliz. Sempre de sacanagem, sempre brincando. Se eu não fosse a um aniversário, todo mundo já perguntava: e a gorda não vem? Era o bobo da corte. Agora.. [choro]. (E6)

Se eu não tivesse com esta bolsa, só este fato já me faria sentir uma pessoa feliz. Agora é só esperar para fechar ou morrer. (E10)

Antes de colocar a bolsinha, me sentia muito feliz, muito mais mulher. (E9)

Hoje, me vejo como uma pessoa triste, que era bem interessante e hoje é uma pessoa chata que ninguém quer ter por perto. (E3)

Eu queria ser a mesma de antes, uma pessoa feliz, pois, no momento, não tenho motivo para ser feliz. (E2)

Aristóteles (384 a.C – 322 a.C) defendia a ideia de que a felicidade era o resultado da boa vida, hoje entendida como qualidade de vida. Comênio (1592 – 1670) relatava que ter qualidade de vida era gozar de boa higiene, educação e viver de forma a prolongar sua existência. O termo Qualidade de Vida começou a ganhar grande

enfoque a partir da Segunda Guerra Mundial, quando o presidente norte-americano Lyndon Johnson, buscou como meta política, não só o progresso econômico, mas também social e ambiental, porque considerou que estes passariam a interferir de forma significativa no bem-estar da humanidade (BLAY, MERLYN, 2006).

Em 1974, surgiu a definição de que a felicidade ou qualidade de vida só seria alcançada se as pessoas obtivessem o prazer e satisfação em viver (NUCCI, 2003). Assim, as diferenças interpessoais (entendidas como a variação entre pessoas distintas) e intrapessoais (variação dentro do universo da mesma pessoa), em relação à satisfação com a vida, são consideradas essenciais para a compreensão do sentir-se feliz e bem (BLAY, MERLYN, 2006).

Ter que adaptar-se às formas do novo corpo e à nova forma de vestir-se, pode fazer emergir uma realidade simbólica muito mais ampla e subjetiva, quando comparada com sua realidade biológica. Estudo acerca da qualidade de vida de pessoas portadoras de estomias verificou que estomizados temporários apresentam tantas necessidades adaptativas quanto os portadores de estomias definitivas (BANDEIRA *et al*, 2001).

Assim, as pessoas estomizadas ao perceberem e pensarem em seu corpo, utilizam roupas que impossibilitem esculpi-lo, fazendo assim com que seus sentimentos fiquem encobertos por uma cortina de luto e incompreensão. Elas passam assim a assumir comportamentos que tendem a neutralizar essa diferença diante da norma de corpo, passando a valorizar o cuidado com o estoma como uma imposição às regras da cultura, em que a discrição visa evitar sua visibilidade e rejeição social (MARUYAMA, 2004).

O bom é que não marca a bolsa, não dá pra ver que estou com ela, só quem sabe percebe. O ruim é que não dá pra usar o que a gente gosta. (E5)

Depois da cirurgia não pude mais usar calça apertada. Só uso calça de malha mais larguinha. Não pude mais usar brim e lycra que eu gostava muito, nunca mais usei. (E7)

Antes, eu colocava roupas meio transparentes, mais bonitas, mais vivas, agora não posso mais, porque, senão, a bolsa aparece. (E10)

Devido ao uso do equipamento coletor, as pessoas estomizadas têm que modificar o modo de se vestirem, utilizando roupas mais largas, mais compridas para que possam ocultar o dispositivo. Essa estratégia pode afetar sua auto-estima, pois, roupas largas prejudicam a estética corporal e/ou a vaidade (SILVA, 2006). Não usam roupas que apertam o estoma também, porque têm medo que a bolsa, ao ficar comprimida, se solte, sujando suas roupas, eliminando odor desagradável e, assim, fazendo com que passem por situações constrangedoras.

A roupa e a identidade social não estão sempre inteiramente dissociadas, e a primeira continua sendo um instrumento de sinalização do gênero, da posição de classe e do status ocupacional. Modos de vestir são influenciados por pressões de grupo, propaganda, recursos socioeconômicos e outros fatores que, muitas vezes, promovem a padronização mais que a diferença individual (GIDDENS, 2003).

Verificou-se ainda, que as pessoas portadoras de estomias mais religiosas conseguem aceitar melhor sua condição. A religião e a crença em Deus servem de sustentação para a reconstrução do autoconceito, pois se verificou que são mais autoconscientes e conseguem ser felizes, recuperar-se e ser gratas por estarem vivas. Reconhecem que a cirurgia lhes possibilitou viver, apesar da gravidade da situação que lhes causou a estomização. Referem que a fé em Deus lhes dá forças para superar a situação vivida.

Não posso querer ser outra pessoa. Estou bem assim. Foi isso que Deus quis, e, assim que eu devo ficar até o dia de minha morte. (E9)

Sou religiosa e acho que se não fosse já teria ido para o plano de cima. É Deus que nos permite estar vivo e se recuperar das doenças. Estive perto da morte. Só não fui porque Deus não quis (E10)

A única coisa que faço é rezar mais agradecendo a Deus por me

permitir viver mesmo tendo uma doença grave que mata a maioria das pessoas. (E2)

Acho que tenho facilidade para lidar com a situação. Sei que muitas pessoas em meu lugar estariam muito mal. Tudo é como Deus quer. A gente não pode ficar reclamando. (E2)

Sou muito religioso. Só não morri porque o homem de cima não quis. Então eu agradeço a ele todos os dias e ele é que vai me dar forças para ficar normal de novo. (E9)

Sempre fui católica, mas depois da cirurgia comecei a ir ao centro espírita e isso me ajudou muito, me deu muita fé. (E9)

Acredito que até tenha me adaptado um pouco. O que me ajudou foi minha coragem e Deus que me dá força pra superar esta situação. (E5)

Para o ser humano, a fé é uma importante ferramenta no alívio de sua dor. A fé ou a busca pela compaixão divina fazem com que a pessoa se lance à procura de recurso para o enfrentamento de sua luta diária. Aproximar-se de Deus suscita-lhes forças para enfrentar suas vicissitudes (SALES *et al*, 2010). Nesse sentido, a religiosidade provê um vislumbre de luz, quando as circunstâncias dizem que não há nenhuma luz, provê um propósito e uma direção, quando tudo, neste mundo, se mostra sem sentido. A religião propicia conforto, quando não há ninguém para confortar (SILVA, SHIMIZU, 2007).

A averiguação da existência de espiritualidade em pacientes estomizados, como em qualquer outro tipo de paciente, se faz necessária, uma vez que pode auxiliar no suporte para a superação desta fase de mudanças existenciais e fisiológicas profundas nestes sujeitos (FREUD, 2006).

5.3 O Processo Adaptativo ao Novo Papel Social

Assim como foi destacado no modelo de adaptação de Roy, a pessoa age e reage como um sistema adaptável e holístico. Alterações em uma determinada área podem afetar o desempenho em outra.

Os preceitos fisiológicos de um objetivo comum para a existência humana falam

igualmente para a natureza social da pessoa. Portanto, a adaptação social é tão importante quanto a adaptação psicológica e fisiológica, podendo trazer reflexos em sua capacidade de cura e manutenção da saúde.

Ter um papel é ter uma funcionalidade dentro da sociedade. Um papel é definido por um conjunto de expectativas sobre a forma como a pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação à outra pessoa que ocupa outra posição (ROY, ANDREWS, 2001). Assim, nesta categoria será discutida esta funcionalidade social de saber quem se é em relação aos outros, a partir da cirurgia de estomização, seus impactos e repercussões adaptativas relacionadas com o novo eu social.

Com as alterações inicialmente corporais e, subseqüentemente psicológicas, iniciam-se processos individuais internos que fazem com que a pessoa estomizada tenha também turbulências em suas relações sociais. Os resultados deste estudo mostram que, após a estomização, as pessoas iniciam um embate contra si mesmas por se sentirem excluídas do paradigma social, ou seja, perdem sua identidade social essencial para uma consolidação de sua auto-imagem e aceitação. Segundo Muniz (2008), as experiências sobre o fenômeno da doença constituem mecanismos que modelam as relações sociais e manipulam as identidades dos indivíduos.

Entre as ações e reações apresentadas pelas pessoas após a estomização, a primeira e a mais freqüente é se isolar das suas atividades sociais, privando-se de encontros, até mesmo com familiares. Percebem sua casa como o local mais acolhedor para estarem experimentando seus sentimentos. Sentem-se estigmatizadas e com medo de serem comparadas a outras pessoas de seu convívio social.

Tenho todas as dificuldades do mundo. Não posso nem ir ao mercado. Está certo que eu estou fraco, mas se estivesse melhor eu não ia igual. Para os outros ficarem falando da bolsa ou sentido o fedor que anda comigo. Sem falar no barulho. Como é que eu vou saber quando os gases vão sair. É melhor ficar em casa mesmo. (E1)

Uma vez estava no banco, pois tive que fazer meu cartão para receber e a bolsa descolou e as pessoas que estavam na fila perceberam e começaram a pedir para os que estavam na fila

para que eu fosse atendida primeiro para que pudesse ir embora para resolver o problema. Nunca mais saí de casa [choro]. (E6)

Estou cansando de ficar só dentro de casa querendo ver gente, mas é a melhor coisa a fazer. (E5)

Deixei de fazer muita coisa depois da cirurgia como sair para almoçar na casa dos parentes e visitar meus netos. Agora só fico em casa. (E3)

Evito sair de casa porque meu filho trabalha e minha nora também, então se eu sair sozinha e acontecer alguma coisa com a bolsa, não vai ter quem me ajude. Como é que eu pegaria um ônibus se a bolsa estourasse. Nem um táxi ia querer me levar. Então, eu evito sair. (E10)

Eu prefiro ficar em casa com minha família. É a melhor coisa que faço, até o doutor tirar esta bolsinha. (E2)

Só vou sair de casa depois que o doutor fechar isso aqui. Não vou andar por aí com uma bolsa de cocô na barriga né? Imagina se alguém vai gostar de descobrir que tem uma pessoa do lado cheia de cocô aparecendo? (E1)

Os achados do estudo revelam que a vivência de situações que suscitam constrangimento nos indivíduos estomizados pode interferir no seu cotidiano, alterando seu estilo de vida, diminuindo os momentos de lazer e, por conseguinte, favorecendo seu isolamento social. Verifica-se que os estigmas e mitos estão além do espaço do corpo e, por isso, devem ser considerados como um fenômeno social. Os símbolos dessa sociedade atuam na discriminação do indivíduo, comprometendo sua identidade (MUNIZ, 2008).

A vivência com uma estomia, seja ela, intestinal ou urinária, pode trazer uma série de mudanças no estilo de vida da pessoa estomizada, levando a consequências negativas para si. Estudo acerca da mudança no estilo de vida de pessoas portadoras de estomias verificou que o portador de estomia, ao perceber o prenúncio da discriminação, afasta-se antecipadamente desse constrangimento. É uma estratégia

comumente adotada por ele para evitar, além da discriminação por causa da deficiência física, sentimento de pena e reações de aversão (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Socialmente, as eliminações são carregadas de significados. Desde a infância, as pessoas são educadas para perceber esses fenômenos fisiológicos como aspectos que despertam repugnância e repulsa. Assim, diante de uma nova realidade, na qual o indivíduo tem de vivenciar a manipulação direta de fezes ou urina, a pessoa portadora de estomia pode apresentar intenso sofrimento. Este pode ser intensificado diante da possibilidade de que outras pessoas percebam e compartilhem esta nova condição, buscando, assim, o isolamento social (SANTOS, 2009).

Cascais, Martini e Almeida (2007) referem que a utilização do dispositivo coletor da colostomia representa a mutilação sofrida, apresentando relação com a perda da capacidade produtiva da pessoa. Além disso, de acordo com Sonobe, Barichello e Zago (2002), a pessoa estomizada pode incorporar o estigma social de incapaz, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação, objetivando assim, o isolamento social. Destacam ainda, que o incômodo físico proporcionado pelo uso da bolsa pode contribuir para que algumas pessoas adotem uma postura de isolamento e distanciamento social.

Segundo Oliveira (2007), vivendo em uma sociedade que oprime e segrega as pessoas com algum tipo de deficiência, as pessoas que utilizam a bolsa coletora para as eliminações são discriminadas e acabam vivenciando as incapacidades impostas socialmente, ao serem afastadas dos atributos de independência, de eficiência e de produtividade.

A preocupação com o manuseio e manutenção da bolsa traz dificuldades de mobilidade. A vergonha e o medo da reação do grupo social contribuem para reconstruções das relações sociais. Neste processo de reconstrução social, alguns entrevistados relataram que a participação em um grupo de estomizados possibilitou o encorajamento para que pudessem pensar melhor em sua condição, pois, neste local, percebem-se novamente normalizados, em relação a seu corpo e sua identificação social.

Algumas pessoas estomizadas buscam superar essa condição utilizando a estratégia de normalização⁵, que consiste no esforço de se sentir dentro das normas para não ser excluído do convívio social. Ao procurarem sair do isolamento social, optam por locais onde sentem que serão mais aceitas, como a Associação dos Ostomizados (SILVA, SHIMIZU, 2006). Esta normalização, alcançada no grupo, facilita sua adaptação à condição de estomizado e à presença da bolsa coletora. Nestas situações, a pessoa portadora de estomia pode apresentar uma identidade transitória⁶, pois vivencia situações paradoxais em um curto período de tempo.

Quando deixa sua casa, passa a ser a pessoa estigmatizada, portadora de necessidades especiais, com sentimentos negativos e problemas, mas, quando chega ao grupo de pessoas na mesma situação, passa a ser normal, ou seja, apenas mais uma no contingente social. Canguilhem (2006) relata que experimentar um processo de adoecimento deve ser percebido como um evento natural. No caso destas pessoas, a normalização com seu corpo e sua condição de diferente só acontece inicialmente, em um ambiente no qual os demais membros sociais se apresentem da mesma forma sendo reconhecidos como iguais.

Segundo Osório (2001), algumas pessoas estomizadas buscam superar as diferentes dificuldades enfrentadas após a construção do estoma, utilizando a estratégia de normalização, que consiste no esforço de se sentir normal para não ser excluído do convívio social. Assim, contatar com alguém que lhe dê um testemunho real da sua própria situação permite à pessoa estomizada acreditar que, se o outro conseguiu ultrapassar, ele também consegue. O estomizado, assim, precisa adaptar-se

⁵ A norma está ligada a uma exigência de unificar a variedade, uniformizar a disparidade. A normalização “é a expressão de exigências coletivas ou individuais cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos” (CANGUILHEM, 2006)

⁶ A identidade transitória emerge quando a identidade apresenta certa instabilidade imposta pelo indivíduo ou sociedade. Surge quando o indivíduo experimenta novas tensões geradas a partir da nova condição. Esta identidade se apresenta como temporária até que a nova identidade seja reconstruída (BAUMAN, 2005).

a esta nova situação, em busca de sua aceitação e harmonia enquanto ser social (GONÇALES, 2007).

O grupo de estomizados pode contribuir para a reversão dessa imagem, transcendendo a falta de perspectiva e obtendo uma reforma de si como sujeito atuante. O grupo pode ser percebido como oportunidade para uma ressignificação do adoecer e da saúde, pois, com a oportunidade de fala e de compartilhamento de experiências, a compreensão busca ultrapassar o discurso técnico, considerando os aspectos individuais, situacionais, emotivos e subjetivos. (GARCIA *et al*, 2006).

A nova identificação social destas pessoas é mais facilmente definida, se elas fizerem parte do Programa de Estomizados que, geralmente, é mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e seguimento ambulatorial. Tais associações permite a convivência com outros estomizados e colaboram para a melhor aceitação da nova imagem corporal e para o melhor entendimento da nova situação, além de lhe fornecer suporte técnico em como higienizar o estoma, trocar o dispositivo, estimulando de forma significativa o autocuidado (BECHARA, 2005).

Ficam dependentes, principalmente, de familiares, passando do papel de cuidador ao papel de assistido, de cuidado. Esta dependência faz emergir e otimiza fragilidades que atrapalham o processo de reconstrução da nova pessoa, agora estomizada. Em relação ao autocuidado, os dados revelaram que as pessoas estomizadas enfrentam, principalmente no período inicial após a cirurgia, problemas em realizar o autocuidado, pois apresentam dificuldades em adaptarem-se à condição de estomizado e à presença da bolsa coletora.

Sempre tem que ficar alguém comigo para trocar a bolsa, caso precise. (E9)

Eu não me sinto em condições de cuidar de mim no momento. Faz pouco que fiz a cirurgia. Preciso de ajuda até para tomar banho. (E7)

Minha esposa é que troca a bolsa. Eu não gosto nem de olhar. Se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim. (E1)

Eu não sei se posso dizer que eu sei me cuidar porque eu não

troco a bolsa. O que eu posso dizer é que a coisa mais importante que eu aprendi foi que, nesta vida, a gente sempre vai depender de alguém, seja da família, de um amigo ou de um doutor. (E10)

Dependo da minha tia e da minha esposa para poder trocar a bolsinha. Se não fosse a minha esposa, eu teria que estar no hospital. (E1)

Hoje eu sou uma pessoa que não pode fazer nada, que precisa da ajuda de todo mundo para fazer as coisas, que não consegue nem tomar banho sozinho. (E6)

Quando me convidaram para viajar, eu disse que não ia, pois eu tinha que trocar a bolsa e não me encorajava. (E3)

Após a alta hospitalar, os primeiros cuidados em casa deixam de ser realizados por profissionais de saúde e passam a ser de competência do familiar ou cuidador. Muitas vezes, as experiências de vida, antes da doença e o processo de adoecimento influenciam e orientam o comportamento das pessoas para o processo de viver após a realização da estomia (MARUYAMA, 2004).

Por isso, a pessoa necessita de um tempo pessoal para adaptar-se à sua condição de estomizado. A identificação das dificuldades e sentimentos negativos causados pela estomização devem ser valorizados e trabalhados por profissionais especializados, que podem ajudar a pessoa na adaptação às novas condições, na busca de novas estratégias de enfrentamento, inclusive, para uma vida ativa e prazerosa, auxiliando nos processos de adaptação e reabilitação (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009).

Logo após o impacto da estomização, o cliente vê-se frente à necessidade de promover adaptações no seu processo de viver, com vistas a conviver de forma harmônica com o uso da bolsa coletora. Esta falta de adaptação pode causar limitações, restringindo-lhes as atividades do dia-a-dia, perdendo, assim, a autonomia para o autocuidado. O apoio da família e dos profissionais da saúde é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação pós-operatória, adaptação e retorno às atividades da vida diária (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Muitos desconhecem os equipamentos e coletores que utilizarão, após a

cirurgia, desconhecem as alterações e as dificuldades que terão que enfrentar nesta nova fase da vida (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002). Deste modo, logo após a cirurgia, passam a viver em função do seu estoma, tendo que adquirir novos hábitos de higiene e cuidados consigo mesmos. Assim, com alterações físicas e reflexos psicossociais decorrentes da estomização, torna-se necessário desenvolver a capacidade de aprendizado para o autocuidado, buscando uma maior autonomia para estas pessoas (COSTA, MARUYAMA, 2004).

Neste momento de dificuldades e instabilidade, a compreensão e ajuda são fundamentais para que ocorra o processo adaptativo de aceitação e aprendizado do autocuidado por estas pessoas (SILVA e SHIMIZU, 2006). Por isso, é importante que a família, como principal rede de apoio, as auxilie a mudar a visão negativa do presente e do futuro, aceitando, assim, sua nova forma de viver e cuidar-se, desenvolvendo autoconfiança e reencontrando um significado na vida. (PETUCO, 2006).

Verificou-se que a estomização traz impactos também às atividades laborativas, remuneradas ou não. No entanto, os maiores impactos incidem sobre aquelas pessoas que necessitavam de sua saúde íntegra no desenvolvimento das atividades de trabalho, pois utilizavam sua remuneração para a manutenção financeira de sua família.

Com a estomização alguns não puderam retornar ao trabalho, por ordem física, mas também por agravos psicológicos e por auto-exclusão social. Assim, seu papel na família e na sociedade passa por uma alteração. Muitas vezes, aquele que era o mantenedor passa a ser dependente financeiramente dos demais membros da família.

Não tenho dinheiro e nem posso trabalhar. [...] Agora, minha vida depende dos parentes para comer e morar. (E5)

Gostaria de ser aquele que sempre fui: trabalhar, sustentar minha família, garantir o futuro de meu neto, não precisar ficar pedindo favores pros outros, não precisar andar com esta coisa na barriga cheia de cocô. (E4)

Pra mim, isso aqui é a pior coisa do mundo que podia existir. Eu não posso fazer nada que eu gosto e estou precisando trabalhar pra ajudar minha família e não posso porque eu sempre trabalhei

como vendedor e tem que caminhar muito. Agora, não dá. [...]É por tudo, e assim com esta coisa aqui na barriga não tem como trabalhar. Imagina eu caminhando o dia inteiro com esta coisa pendurada, chegando nos lugares para vender com fedor a cocô. (E1)

Eu não tenho mais vida agora. Não sou mais ninguém. Não posso nem sustentar minha família. (E7)

Se não fosse a ajuda da minha tia em me dar um quarto aqui na casa dela, não sei o que seria da gente porque com um salário mínimo não tem como viver. (E1)

O trabalho é condição inerente de realização humana, por isso, socialmente tem uma carga moral muito importante e o não poder exercê-lo implica estar sujeito à discriminação. Essa limitação ao trabalho leva a pessoa a se sentir inferiorizada, pois não poder trabalhar e não receber salário constitui-se em peso moral, cujas conseqüências refletem na percepção da perda de autonomia e independência financeira (MARUYAMA, 2004).

A ausência de atividade laborativa pode levar à ociosidade e ao isolamento social, contribuindo ainda mais no prejuízo da qualidade de vida da pessoa estomizada (SILVA, SHIMIZU, 2006). Estudo acerca do perfil da pessoa portadora de estomia revelou que, geralmente, as pessoas estomizadas têm grandes dificuldades para retornar ao trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar.

Referem grande dificuldade de encontrarem empregos compatíveis com suas especificidades e que não prejudique seu estado de saúde. Necessitam de banheiros adaptados, não podem receber exposição de calor excessivo na região do estoma e o esforço físico não pode ser excessivo. Também foram referidos problemas em frequentar os serviços de saúde (MAURÍCIO, 2011).

A dificuldade em retomar o convívio social e ocupar novamente seu espaço no local de trabalho torna-se constante, pela presença de sentimentos de limitação, vergonha e insegurança, impulsionando-a a assumir um novo papel na sociedade, culminando, muitas vezes, em aposentadoria por invalidez (SILVA e SHIMIZU, 2006). A

dinâmica familiar exige alterações, seu papel se inverte: de provedor passa a ser dependente dos familiares. Além disso, a pessoa estomizada teme ser objeto de curiosidade no ambiente de trabalho e, na tentativa de evitar esta situação, anseia pelo afastamento definitivo através da aposentadoria (CESARETTI, SANTOS, 2005).

Com a dificuldade de prover recursos financeiros para a manutenção pessoal e familiar, a pessoa estomizada passa a assumir um papel de inferioridade frente à sua família e sociedade. Este novo papel apresenta-se como grande entrave adaptativo na reconstrução de seu novo eu, pois suas percepções de saúde, bem-estar e qualidade de vida esbarram neste novo personagem que trilhou do protagonismo ao papel de coadjuvante social.

Assim, esta nova condição de pessoa portadora de estomia somada ao uso da bolsa coletora, provoca uma redistribuição dos papéis dentro da família. Nesse sentido, faz-se necessário que outros atores assumam papéis, antes ocupados pela pessoa que se submeteu à estomização (MARTINS, ALMEIDA, MODENA, 2011). Pode-se perceber também frequentemente, sentimentos de incapacidade e autopiedade que conduzem o paciente ao afastamento total ou parcial do trabalho (CESARETTI, SANTOS, 2005).

5.4 Adequação afetiva: comportamentos relacionados com pessoas significativas e sistemas de apoio

Nesta categoria, procurou-se verificar como a pessoa portadora de estomia tem sua estabilidade emocional afetada e como fica seu sentimento de segurança nas relações com as pessoas que lhe são significativas e com aquelas que compõem seus sistemas de apoio. Avaliou-se seu comportamento receptivo e contributivo aplicados respectivamente, ao receber e dar amor e respeito. Ou seja, a forma como as pessoas portadoras de estomias adquirem seu atendimento afetivo (afeição, amor, afirmação). Esta avaliação fornece uma indicação da sua adaptação e identidade pessoal e social após a estomização.

Os dados mostraram que as pessoas estomizadas apóiam de forma concreta seu processo de adaptação e reconstrução de identidade nas relações afetivas e,

principalmente, nas pessoas mais próximas e significativas. Revelam ainda, que a estomização reforça e refaz laços de amor e afeição, possibilitando uma reestruturação da relação familiar e conjugal.

Esses aspectos afetivos familiares, seja a família nuclear ou a expandida⁷, promovem uma inicial e gradual adaptação da pessoa estomizada e um primeiro reconhecimento de si nesta nova configuração pessoal e social. A família ao reforçar aspectos positivos, não enfatizando os negativos, concede uma estratégia de enfrentamento e aceitação à estomização e à presença da bolsa coletora, essencial no processo de adaptação à nova condição e consolidação da nova identidade.

Minha esposa ajuda em tudo, me diz como eu tenho sorte de estar vivo. Se não fosse ela, tinha morrido. Ela é tudo para mim. (E1)

Ela faz tudo pra mim, não deixa eu fazer nada que não quero e não posso. Ficamos muito mais próximos após a cirurgia. (E4)

Quando tive dificuldades minha família sempre me ajudou. Eles sempre me disseram que eu tinha que levar uma vida normal porque o que eu tive é uma coisa que acontece. (E5)

Meu marido me ajudou muito, pra ti ter uma noção, quando voltei do hospital eu só pedia pro meu marido ir embora de casa, eu dizia que não queria mais viver com ele [...] Hoje a gente é muito feliz. (E3)

Minha esposa faz tudo para mim. Ela que me falou que talvez eu tivesse que utilizar a bolsinha, ainda bem que foi ela que me deu a notícia. (E4)

Minha mãe que me cuidou e tomou conta de mim depois da cirurgia. (E7)

⁷ A família definida como nuclear é formada pelos pais e seus filhos biológicos ou não. Já a família expandida inclui pessoas consideradas membros de uma mesma família, independentemente dos laços consangüíneos ou parentais. Ambas se constituem na fonte primária de cuidados e auxílio a seus membros, desde o nascimento até a morte (PERLINI, LEITE E FURINI, 2007).

Os dados mostram que as relações de amor e cumplicidade entre a pessoa estomizada e seus familiares constituiu um passo importante para auxiliar no processo de (re)construção da identidade, pois possibilita a expressão das ansiedades e inseguranças, além da chance de solicitar e receber apoio emocional, amor, cuidados, ajudando no enfrentamento da situação e influenciando favoravelmente o seu estado de saúde. É importante que os familiares sejam envolvidos no plano assistencial da pessoa estomizada desde a fase pré-operatória para o sucesso do seu processo de adaptação ao estoma (PAULA, TAKAHASHI, PAULA, 2009).

O apoio da família é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação pós-operatória, adaptação e retorno às atividades da vida diária (SILVA, SHIMIZU, 2006). Quando a estrutura familiar é sólida, a união surge e traz à tona sentimentos mútuos de carinho, cuidado e amor, que podem estar momentaneamente guardados, esquecidos ou sendo pouco demonstrados e que, nesse momento, afloram novamente nesta reaproximação familiar (HAYASHI, CHICO, LISTON, 2006).

Para Silva, Hall e Woodward (2006) o corpo estabelece as fronteiras de quem somos, servindo de fundamento para a identidade. Assim, quando este é afetado, como no caso da estomização, podem surgir limitações e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, os amigos e os parceiros, podendo fragilizar sua identidade, o sentido da vida e sua capacidade de resolver os problemas que o afetam. Nessa situação, a disponibilidade do apoio social pode aumentar sua vontade de viver e sua auto-estima, contribuindo para seu processo adaptativo (ANDRADE, VAITSMAN, 2002).

5.5 Identidade e adaptação: nexos e reflexos para o viver da pessoa estomizada

Nesta categoria, é destacada e discutida a interface existente entre o potencial de adaptação e o processo de re(construção) da identidade da pessoa, após uma estomização. Verificou-se que a dificuldade em adaptar-se faz com que estas pessoas se desencontrem do caminho de aceitação de si e de sua significação identitária como

pessoa portadora de estomia. Com tantos elementos reforçando seu desconhecimento de si mesmo, torna-se difícil a consolidação de um novo eu neste novo corpo, neste novo ser.

Assim, algumas pessoas relatam que nem com o passar do tempo conseguiriam se adaptar a esta nova condição, pois não percebem a bolsa coletora como uma extensão de seu corpo. Ressaltam que só conseguiriam voltar a ser quem eram se a bolsa fosse retirada e o corpo voltasse ao estado fisiológico normal. Referem que sua identidade atual não é compatível com aquela imagem que tinham de si antes da cirurgia.

Evidencia-se que a condição psíquica pode ser um determinante no processo de adaptação à nova condição de serem/estarem estomizadas. Assim, clarifica-se uma identidade atual permeada de aspectos negativos, apresentando-se desconfigurada, desestruturada e com alto grau de instabilidade devido, principalmente, à inefetividade de adaptação e à alteração em seu processo de viver personificada pela presença do estoma e da bolsa coletora.

Não conseguiria me adaptar a esta bolsinha nem que se passassem cem anos [...] só serei quem eu era depois que o doutor fechar isto aqui. (E1)

Não vou me adaptar nunca em utilizar essa coisa na barriga, não nasci com isto. Não tinha uma barriga tão bonitinha, mas também não era feia. Agora sou isso aqui [choro]. (E6)

Hoje eu sou uma outra pessoa, praticamente acabada. Se eu tivesse que mostrar minha identidade de dois anos atrás, quem visse ia dizer que é uma falsificação, que não é a mesma pessoa. (E9)

Duvido que alguém consiga levar uma vida normal com uma bolsa destas na barriga [...] só se eu passasse a ser outra pessoa. (E5)

Se a pessoa não tiver uma cabeça boa, não tem como se adaptar né? [...] Como é que eu vou me adaptar a uma coisa que não nasceu comigo, uma coisa cheia de cocô dentro que fede e que deixa todo mundo com nojo de mim? (E8)

O significado de ter um corpo alterado, desviado dos padrões sociais vigentes na

dimensão intra-psíquica do paciente estomizado, altera seu autoconceito. A Associação Gaúcha de Ostomizados salienta que o auto-conceito apresentado pelas pessoas estomizadas após a cirurgia não condiz com aquele construído ao longo dos anos e que é o sustentáculo da identidade pressuposta e percebida (BRASIL, 2006).

Uma vez que o autoconceito é um dos componentes fundamentais da auto-identificação, quando este é alterado em consequência de uma estomia pode haver uma falta de harmonia com o novo corpo, havendo estranheza de si própria. É através da identificação pessoal que o indivíduo mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo e sua modificação pode influenciar suas habilidades de se auto-definir (BRASIL, 2000).

Pode-se observar que a adaptação das pessoas ao uso da bolsa coletora requer uma análise particular, pois estas agem e reagem de acordo com o contexto no qual estão inseridas. Este processo adaptativo pode desencadear sentimentos conflituosos e preocupantes, que abarcam aspectos não só fisiológicos, mas trazem também reflexos psicológicos e sociais (BRASIL, 2003).

De outro lado, pessoas que conseguiram uma adaptação efetiva ou uma adaptação inicial que necessita de reforços, conseguiram se definir como sujeitos pessoais e sociais. Os dados mostram que uma adaptação progressiva permite a elas uma nova percepção de si, de se sentirem normais novamente e até mesmo adquirir uma visão melhor de si mesmos após a estomização.

Pessoas que obtiveram uma adaptação positiva referem que a presença da bolsa passa despercebida muitas vezes, não trazendo complicações ou dificuldades em seu uso. Ressaltam ainda, que o fato de estarem bem adaptadas não as remete mais a vontade de ser àquela pessoa antes da estomização. Percebe-se assim, que a (re)construção de uma identidade concreta e positiva após a estomização é proporcional ao potencial de adaptação que esta possui. Quando as pessoas estomizadas obtêm uma adaptação efetiva passam de doentes, estigmatizados e excluídos a atores sociais novamente ativos e identificados com os demais membros da sociedade.

Hoje ser uma pessoa estomizada representa ser uma pessoa que sofreu uma mutilação, mas que, aos poucos, vai se adaptando a ser uma pessoa normal novamente. (E3)

Me sinto mais atraente hoje depois da cirurgia, mesmo com a bolsinha. Me adaptei tão bem que ela não atrapalha em nada. (E4)

Agora melhorei bastante, me adaptei bem. Às vezes até esqueço que estou com a bolsinha. (E10)

Não gostaria de ser outra pessoa, nem a de antes. A bolsa me incomoda hoje em dia muito pouco. (E7)

Eu não queria voltar a ser aquela de antes da cirurgia. Acho que agora passei a dar valor às coisas e consigo ajudar outras pessoas com o mesmo problema. (E2)

Consigo levar uma vida normal. Nem imaginava que iria me sentir assim de novo, pra mim é uma vitória poder estar falando contigo agora, sem medo ou vergonha. (E3)

Hoje a minha vida é uma maravilha, voltei a trabalhar e consegui passar num concurso aqui da prefeitura. (E2)

Os estigmas estão além do espaço do corpo de quem tem alterações físicas. Devem ser percebidos como fenômeno social, em uma dimensão humana mais ampla. Ser uma pessoa estomizada é ser um indivíduo discriminado que tem sua identidade social comprometida (MAGNANI, OLIVEIRA, GONTIJO, 2007). A identidade social e pessoal é construída por regras culturais que visam moldar os valores e as crenças para o convívio social e servem de orientação para nossos comportamentos (LANGDON, WIILK, 2010). Percebe-se que a adaptação torna-se necessária para uma (re)identificação social, pois caso apresente uma inefetividade em sua adaptação pessoal e social, estará excluída das regras sócio-culturais e assim, desviada do padrão de apresentação, de comportamentos e normalização social.

A adaptação significa um ajustamento em um novo momento, em um novo contexto, em que algumas coisas significativas são abandonadas, substituídas ou reconstruídas. O ser humano se reconstrói para se adaptar. Utiliza sua força e criatividade adquirindo autonomia quando privado de certas possibilidades (MENEZES, QUINTANA, 2008).

Quando a pessoa tem a capacidade de um ajustamento adaptativo eficaz às novas situações, verifica-se que suas concepções de vida e saúde também passam por uma reconstrução. O fato de estarem estomizadas, mas apresentando-se adaptadas de forma total e integradas, não significa mais estarem doentes ou serem pessoas anormais.

Estas pessoas percebem a oportunidade de viver a vida como a coisa mais importante de sua existência. Com a adaptação, voltam a adquirir a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio em suas vidas.

Agora sou uma pessoa saudável, tive um período de dependência, mas depois consegui me adaptar e levar uma vida normal. (E7)

Consegui me adaptar, porque eu queria viver. Hoje posso dizer que tenho uma saúde normal. (E3)

A gente se obriga a se adaptar à bolsinha, pois, se não fosse ela, de repente, eu iria no banheiro e passaria necessidade, ia estar com a saúde prejudicada, poderia ter dor ou até mesmo ter morrido. (E4)

A aquisição de comportamentos que se mostrem saudáveis constitui-se em um importante passo para a pessoa após a estomização, pois, com a alteração de algumas concepções que ancoram ou direcionam sua forma de viver, modificam por consequência sua própria ideia de saúde e vida, além de contribuir para melhor adaptação e reconstrução de si mesma (BARBUTTI, SILVA, ABREU, 2008). Muitos aceitaram a estomia como a melhor opção, enfatizando que mesmo sendo difícil conviver com a bolsa, eles estão vivos e não se sentem mais doentes ou com possibilidade de dor ou morte iminente (BARNABE, DELL'ACQUA, 2008).

Percebe-se pelos resultados, que as pessoas estomizadas, para encontrarem uma trajetória adaptativa bem sucedida, necessitam da utilização de estratégias de enfrentamento que as ajudem a compreender e aceitar este novo processo de viver. Entre as estratégias constatadas, destacam-se a utilização de produtos para cuidar de forma mais adequada da pele, bolsas coletoras mais consistentes e acessórios

alternativos para uma melhor fixação da bolsa.

Os dados também mostram que o enfrentamento da situação de uma forma consciente, percebendo seu alcance e suas limitações, torna-se fundamental para que ocorra uma adequada adaptação e conseqüentemente, a formação de uma nova imagem de si, uma nova identidade. Desse modo, não ficam aprisionadas a possíveis estigmas e a identidade do antigo “eu”, pois passam a se perceber de uma forma diferente daquela de antes da cirurgia e da maioria social, mas de uma forma organizada, harmoniosa e clarificada, não representando qualquer tipo de exclusão ou disparidade pessoal ou social.

Se eu me imaginar sem roupa a bolsa tá presente, com certeza. Eu sei que ela não vai mais sair daqui né? (E7)

Eu uso uns produtos para cuidar da pele e uso uma bolsa de colostomia que é mais forte e dura mais. (E4)

Tenho que passar bastante fita isolante na volta da bolsa para que fique mais forte e dure mais. (E10)

Hoje eu enfrento as dificuldades. Não deixo a presença da bolsa me aprisionar. (E2)

Hoje vou pegar meus filhos na escola, vou no supermercado, viajar, participo das reuniões aqui no Capes sem me preocupar com a bolsinha. (E3)

Hoje eu sei o que posso e o que não posso fazer. Sei que agora é uma fase nova é uma vida nova, uma vida diferente. (E2)

A percepção consciente da diversidade e a aprendizagem da multiplicidade são valores que norteiam a aceitação pessoal e social, pois com o entendimento destes processos, as pessoas passam a se auto-definir novamente (SILVA, 2009). Com esta percepção, utilizam a autoconfiança/autodeterminação e o senso de normalização como estratégia de enfrentamento (CASCAIS, MARTINI e ALMEIDA, 2007).

Nesse sentido, Gonçalves (2007) menciona que é importante que o estomizado acredite que pode manter a maioria de suas atividades normais, apenas respeitando

seus limites e superando suas limitações e que a estomia é uma estratégia para a retomada de uma vida normal e não uma aproximação com o processo de doença. Assim, a experiência do estomizado vai se transformando conforme a evolução de sua adaptação, desenvolvendo estratégias de enfrentamento para lidar com as modificações em função da estomia (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002).

Cabe ressaltar que o processo de enfrentamento, não é composto por uma dimensão única. Consiste em uma gama de comportamentos e percepções que constituem, em última análise, seu repertório de enfrentamento, com amplo espectro de opções e de relevância próprias. Cada pessoa, ao ser estimulada, apresenta os seus recursos peculiares constituídos por suas vivências, o que as direciona em suas respostas pessoais (BARNABE, DELL'ACQUA, 2008).

6. COMPETÊNCIAS E SUBSÍDIOS DOS ENFERMEIROS PARA FAVORECEREM A ADAPTAÇÃO E O PROCESSO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

O processo de adaptação da pessoa portadora de estomias ocorre com o ajuste de toda uma vida, em um novo contexto, em que fatores importantes têm, muitas vezes, que serem abandonados, substituídos ou reduzidos. Portanto, é um processo individual que se desenvolve ao longo do tempo, em uma série de aspectos que vão desde a assistência oferecida, ao modo como o estomizado se percebe no próprio corpo (MENEZES, QUINTANA, 2008).

Os dados evidenciaram que ocorrem alterações biopsicossociais abarcadas pelos quatro modos adaptativos propostos por Roy. Neste estudo, foram apresentados separadamente para facilitar sua compreensão. No entanto, ocorrem simultaneamente influenciando a forma como cada pessoa portadora de estomia é afetada pela estomização e adapta-se a este processo. Verificou-se que a forma como cada pessoa adapta-se pode ser determinante para a (re)construção de sua identidade.

Desta forma, após identificar os estímulos e respostas adaptativas que emergem no período após a estomização, o enfermeiro deve implementar intervenções que visem à otimização dos fatores pró-ativos adaptativos, sejam pessoais ou coletivos, para que estas pessoas experimentem o processo de (re)construção de sua nova identidade de uma maneira harmônica, eficaz e concreta.

Ao planejar e implementar as intervenções de enfermagem, o enfermeiro deve realizar uma constante avaliação dos estímulos que influenciam os comportamentos, através da capacidade de desenvolver a observação, entrevista e interação. A avaliação clínica da pessoa estomizada auxilia na decodificação dos seus sintomas, transcendendo seu estado orgânico. Assim, esta avaliação traz repercussões na identidade da pessoa cuidada, determinando seu lugar na sociedade (MUNIZ, 2008).

A adaptação é um processo contínuo que envolve a reavaliação das pessoas que apresentam algum tipo de alteração. É ela que possibilita um novo sentido de normalidade. Assim, realizar uma avaliação da pessoa portadora de estomia é

desenhar um quadro comparativo que permita perceber as alterações biopsicossociais que ela apresenta entre seu eu atual e seu eu antes da cirurgia.

Estabelecer um processo contínuo de avaliação não significa seguir etapas pré-estabelecidas, pois a avaliação do enfermeiro deve estar presente em todas as etapas que envolvem seu processo de cuidado. Portanto, ao identificar uma necessidade de cuidado, ao planejá-lo e na sua implementação a avaliação está sempre presente, pois é ela que norteia as ações de cuidado (ROY, ANDREWS, 2001).

Em relação aos comportamentos físicos manifestados, percebe-se que ocorrem em função da atividade fisiológica, embora os aspectos psicossociais também possam ser identificados atuando sobre o corpo físico. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro auxilie a pessoa portadora de estomias e sua família a introduzirem estímulos no ambiente que serão processados através dos mecanismos de enfrentamento que esta possui, gerando comportamentos ou respostas adaptativas à situação vivenciada.

Segundo Giddens (2003), a arte de estar no presente, no caso estar estomizado, gera a autocompreensão necessária para planejar o futuro e para construir uma trajetória de vida, de acordo com os desejos do indivíduo. O processo adaptativo possibilita um crescimento pessoal, um processo que deve abranger as principais transições que ocorrem na vida da pessoa a partir de um evento que modificou a sua existência. Assim, a pessoa deve ser auxiliada a pensar de forma pró-ativa e com dignidade, aprendendo a partir de experiências e erros previamente observados a desenhar um processo contínuo de evolução pessoal e social.

Este processo inicia com o aprendizado do autocuidado. Diversos fatores influenciam o autocuidado de uma pessoa, bem como a adesão e motivação para o tratamento e as intervenções propostas. Vale ressaltar que a segurança no autocuidado é, principalmente, demonstrada pelos estomizados que regularmente comparecem e são assistidos em um Centro de Referência à Estomizados. Nos casos em que o comparecimento delas ao centro de referência mostre-se diminuído ou ausente, o enfermeiro deve realizar uma busca ativa, com o propósito de gerar uma avaliação

proximal com a equipe multidisciplinar, com o objetivo de identificar os estímulos e as respostas que estas pessoas experimentam a partir da estomização.

A participação ativa da pessoa estomizada junto à equipe multiprofissional é importante para o desenvolvimento de suas habilidades e, portanto, contribuem para a sua adaptação, uma vez que através do ensino e aquisição de habilidades para o autocuidado, ocorre uma parceria, na qual os problemas são identificados e a partir deste ponto, o enfermeiro pode planejar, junto com a pessoa portadora de estomia as ações e o tipo de intervenção, de forma individualizada, tendo como objetivos sua autonomia, segurança e reabilitação.

A pessoa estomizada tem a oportunidade, através do autocuidado, de participar diretamente do seu processo de reabilitação e adaptação, diante da nova situação. As atividades de autocuidado são definidas como habilidades humanas para engajamento em ações, de modo a promover a qualidade de vida, prevenir agravos, recuperar a saúde ou supplantar doenças e enfermidades (AVILA, PETUCO, 2001). A assistência ao estomizado exige uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, significando um grande desafio para o profissional de saúde, principalmente de enfermagem, por isto é indispensável o conhecimento das necessidades dessas pessoas, através de suas indagações que, além de serem diversas, mudam constantemente (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Percebe-se que as pessoas portadoras de estomias que receberam orientação quanto a seu autocuidado são as que têm melhor aceitação de sua condição e, conseqüentemente, adaptação à estomização e possibilidade de (re)construção de uma nova identidade. O enfermeiro, ao reforçar as habilidades de engajamento e adaptação, pode aproximar a pessoa estomizada da consolidação de sua nova identidade. Portanto, torna-se fundamental que realize uma avaliação minuciosa da pessoa que experimentou uma estomização de forma proximal. Assim, poderá ir além dos relatos de familiares/cuidadores, estabelecendo uma avaliação mais profunda e contextualizada. Ao realizar uma avaliação de forma proximal, o enfermeiro planeja, através de seus conhecimentos e suas percepções, ações para decidir quais os

melhores estímulos a serem introduzidos no ambiente, de forma a favorecer seu processo adaptativo.

Para potencializar o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada de forma positiva, o enfermeiro deve atuar sobre os fatores que levaram à inadaptabilidade. O processo de adaptação pode levar à aceitação da nova pessoa apresentada a si mesma e assim, uma convivência harmônica com a nova situação (CASTRO, 2001). No processo de adaptação, o estomizado necessita de suportes que são definidos como as transformações interpessoais, que implicam combinação de afeição, integração social, troca mútua, senso de aliança segura e o significado de obtenção de orientação (SANTOS, SAWAYA, 2000).

O enfermeiro, ao desenvolver suas práticas de cuidado às pessoas com estomias, não pode ter por referência apenas aspectos inerentes ao modelo biomédico. Suas ações devem ir além da alteração corporal, ou seja, nos cuidados com a estomia, como manuseá-la, sua limpeza, o manejo dos dispositivos. Assim, ao disponibilizar um cuidado, este deve estar ancorado em um arquétipo que possua uma visão integral do indivíduo. Portanto, o enfermeiro, ao avaliar os estímulos e comportamentos da pessoa estomizada deve estar apoiado em um modelo de saúde que possua uma visão ampliada, que englobe a complexidade que envolve a pessoa portadora de estomia.

A partir de um cuidado complexo, o enfermeiro pode disponibilizar às pessoas estomizadas, conhecimentos que possibilitem uma reflexão sobre seu processo de viver e sua identidade. Uma vez orientadas, estas pessoas poderão conseguir assimilar sua nova condição corporal e social e entender a forma como os outros lhes vêem e os papéis que desempenham na sociedade. Estas experiências de despadronização integram aspectos subjetivos e sociais. Torna-se importante que o enfermeiro interprete as situações, na perspectiva das pessoas que as vivenciam, pois elas relacionam as percepções de normalidade e anormalidade aos contextos socioculturais nos quais estão inseridas (OLIVEIRA, 2002).

Cabe ressaltar, que um dos fatores importantes é a disponibilidade de um espaço que possibilite conforto e privacidade para que estas pessoas possam compartilhar suas experiências e questionamentos. O enfermeiro deve adotar uma

escuta qualificada, estabelecendo uma relação dialógica que possibilite uma maior integração no binômio profissional/cliente, possibilitando, assim, uma inicial (re)construção da identidade de seus clientes estomizados. A (re)construção da identidade deve ser entendida como a união de aspectos multidimensionais, muitas vezes subjetivos, que foram fragmentados e que, neste momento, emergiram ou foram remodelados em função do processo adaptativo.

A enfermagem é arte e a ciência do cuidado humano que lida com a compreensão dos comos e dos porquês. Como é que algo funciona, não funciona e como é que podemos ajudá-lo a funcionar. A arte lida com a expressão e compreensão das realidades da vida. O conhecimento, quer na ciência ou na arte, repercute em benefício do ser humano. Este conhecimento tem por objetivo compreender e exprimir a essência do que lá está e a forma como a pessoa funciona, durante seu processo adaptativo (ROY, ANDREWS, 2001).

As transformações buscadas pelo ser humano são reforçadas nos conceitos de enfermagem, entendidos como ciência e arte, fundamentadas nas ciências humanas. O foco da enfermagem é o ser humano como unidade de vida, como um elemento de participação qualitativa em seu modo de experienciar a saúde (SANT'ANA *et al*, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com pessoas estomizadas cadastradas no GAOF/FURG permitiu compreender o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do modelo de adaptação de Roy.

A pessoa que vivencia a estomização apresenta mudanças complexas e multidimensionais em seus hábitos de vida, inclusive em sua percepção e definição de si mesma. O estudo evidenciou, que a pessoa após a estomização, experimenta modificações biopsicossociais, necessitando, assim, de um processo adaptativo para a (re)construção de seu novo eu, agora estomizado.

Os principais sentimentos apresentados pelas pessoas estomizadas, enquanto necessitadas de adaptação, foram incompreensão sobre a perda de controle das eliminações, vergonha, despadronização pessoal e social, auto-desvalia, depressão e dificuldade de aceitação e fragmentação de sua identidade, entre outros. Já as pessoas que alcançaram um nível efetivo de adaptação apresentaram uma visão positiva de sua situação, incorporação do novo corpo e da nova identidade ao seu viver, amor à vida, um novo conceito do processo saúde-doença, utilização e criação de estratégias de enfrentamento para promover ainda mais seu bem-estar e qualidade de vida e, assim, conseguiram reassumir seu papel pessoal e social.

A pessoa, ao tornar-se estomizada, se percebe como alguém que foge à normalidade das demais pessoas de seu convívio sócio-cultural e procura constituir novas normas que lhe possibilite não se sentir tão diferente e distante de seus antigos padrões culturais. A interpretação da experiência de ser/estar estomizada ocorre por meio de um processo experiencial, reflexivo e, principalmente, adaptativo. Estes fatores é que irão permitir a (re)construção do conceito de si mesma, a partir de um novo corpo, ou seja, a partir de comportamentos adaptativos efetivos é que esta pessoa conseguirá reconstruir e consolidar a nova identidade.

Sugere-se que as pessoas estomizadas recebam um cuidado de enfermagem especializado, contextualizado e de acordo com as relações ambientais presentes em seu modo de viver para que adquiram um nível de adaptação efetiva. Assim, se tornarão pessoas instrumentalizadas para organizar seus sentimentos, minimizando

eliminando os efeitos do impacto biopsicossocial causado pela construção da estomia, aproximando-se da consolidação da nova identidade.

Neste sentido, a atuação da enfermagem não deve ser direcionada somente por um modelo de assistência à saúde que tenha o corpo como seu foco. É preciso uma visão integral da pessoa que recebe seus cuidados, auxiliando-a a mobilizar seus recursos próprios, desenvolvendo estratégias que lhe possibilite uma adequada adaptação e enfrentamento à nova condição

Quanto aos pressupostos do estudo, confirmou-se que cirurgia de estomização altera as estruturas que compõem a identidade. O processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada tem uma relação de proporcionalidade com o potencial de adaptação. Quanto mais adaptada, mais reestruturada e concreta sua identidade se apresenta.

O processo de adaptação mostra-se complexo e constituído por fatores singulares intrínsecos à integralidade do sujeito, influenciados pelo contexto socioambiental no qual está inserido. O Enfermeiro, através de seus instrumentos de intervenção, é capaz de potencializar aspectos favoráveis para uma adequada adaptação, otimizando determinantes pró-ativos no processo de (re)construção da identidade.

O Modelo de Adaptação de Roy apresentou-se como um referencial teórico adequado para o estudo da (re)construção da identidade da pessoa estomizada. O estudo demonstra que ocorre um impacto multidimensional, alterando a continuidade natural de formação da identidade, e assim, esta só assumirá uma nova conformação e consolidação quando a pessoa alcançar um adequado nível de adaptação.

O método utilizado para a realização do estudo mostra-se adequado, pois possibilitou as considerações aqui apresentadas, assim, o objetivo do estudo foi alcançado, extrapolando as expectativas e oferecendo estratégias para a pessoa estomizada e Enfermeiros utilizarem na busca pela adaptação e, deste modo, (re)construindo a identidade desconstruída com a estomização.

Espera-se que este estudo sirva de referência para outras pesquisas sobre a identidade da pessoa estomizada, possibilitando novos olhares acerca do fenômeno.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução Alfredo Bosi. – 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.925-34, 2002.
- ÁVILA, C.; PETUCO, V.M. O paciente Ostomizado: visão da equipe de enfermagem. **Rev Médica**, v.11, n.27, p.46-54, 2001.
- BANDEIRA, R.C.F. *et al.* Qualidade de vida e coping de pessoas portadoras de estomas definitivos. In: **IV Congresso Brasileiro de Estomaterapia e I. Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia**. São Paulo: SOBEST, p. 22-5, 2001.
- BARBUTTI, R.C.S.; SILVA, M.C.P.; ABREU, M.A.L. Ostomia, uma difícil adaptação. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.27-39, 2008.
- BARNABE, N.C.; DELL'ACQUA, M.C.Q. Coping strategies of ostomized individuals. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.16, n.4, p.712-19, 2008.
- BARROS, E.J.L.; GOMES, G.C.; SOUZA, JOCIEL, J.L. A vivência da sexualidade pelo paciente portador de estomia. In: Seminário Corpo, Gênero e sexualidade: **Discutindo Práticas Educativas**, 2007, Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- BAUMAN, Z. **Identidade**. 1a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BECHARA, R.N.; *et al.* **Abordagem multidisciplinar do ostomizado**, 2005. Disponível em: http://www.sbcop.org.br/revista/nbr252/P146_149.htm [acessado em 23 de julho de 2010].
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BRANDALIZE, D.L.; ZAGONEL, I.P.S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.264-70, 2006.
- BRASIL, **Associação Gaúcha de Ostomizados**. (2006). Estomas, que são e como funcionam? Acesso em 28 de dezembro de 2011. Disponível: www.ago.org/abstract?id=32278toc=y-
- BRASIL, **Departamento de Psiquiatria-unifesp/epm**, (2000). Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer. Acesso em 25 de novembro de 2011. Disponível: www.unifesp.br
- BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. (2003). Orientação sobre Ostomias. Acesso em 3 de dezembro de 2011. Disponível: www.inca.gov.br/publicações/ostomas.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Portaria 400 de 16 de Novembro de 2009. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 12 ago. 2010.

_____. Indicadores Criminais por Município. **Secretaria de Segurança Pública do estado do Rio Grande do Sul**, 2010.

BLAY, S.L.; MERLYN, M.S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Diniz DP, Schor N. **Qualidade de vida**. 1ª. ed. Barueri: Manole; 2006; p.19-30.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p.163-67, 2007.

CASSERO, P.A.S.; AGUIAR, J.E. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.2, n.2, p. 23-27, 2009.

CASTRO, M.E. **Adaptação do ostomizado como processo de desenvolvimento humano**: abordagem do modelo de Callista Roy. 1ª ed. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2001.

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. C. G. **Assistência em Estomaterapia**, Cuidando do Ostomizado. Editora Atheneu, 2005.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

COSTA, I.G.; MARUYAMA, S.A.T. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 3, p.557-63, 2004.

COTRIM, H.M.T.S. **Impacto do Cancro Colorectal no Doente e Cuidadores/ Família**: Implicações para o Cuidar. Tese (Doutorado em ciências de Enfermagem), Porto, 2007.

DINIZ, S.N. **A Prática Docente dos Enfermeiros de Instituições de Saúde: sua Fundamentação nos Referenciais Teóricos de Enfermagem**. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2006.

EBERSOLE, P. **Geriatric nursing and healthy aging**. St. Louis: Mosby, 2001.

FARIAS, D.H.R.; GOMES, G.C.; ZAPPAS S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. **Cogitare Enferm**, v.9, n.1, p.25-32, 2004.

FERNANDES, R.M.; MIGUIR, E.L.B.; DONOSO, T.V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev bras. colo-proctol**. [online].

- 2010, vol.30, n.4, p. 385-392. Acesso em 20 de setembro de 2011.
- FERREIRA, A.C. **Viver e ser independente**. Coimbra. Coloplast, 2003.
- FREUD, A. **O Ego e os Mecanismos de Defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GARCIA, M. A. A.; ODONI, A.P.C.; SOUZA, C.S.; FRIFÉRIO, R.M.; MERLIN, S.S. Idosos em cena: falas do adoecer. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.537-52, 2005.
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- GONÇALES, C.A. **Alterações no processo de viver do estomizado**. [Monografia] Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.
- GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.1, p.241-246, 2005.
- HABR-GAMA, A.; ARAÚJO, S.E.A. Estomas Intestinais: aspectos conceituais técnicos. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, p.39-54, 2005.
- HALL, S. **A Identidade Cultural na pós-modernidade**. 10ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- HAYASHI, V.D.; CHICO, E.F.; LISTON, N.M. A enfermagem de família: um enfoque em oncologia. **Rev enferm UERJ**, v.14, n.1, p.13-20, 2006.
- HOPKINSON, J.; WRIGHT, D.; CORNER, J. Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. **J Adv Nurs**, v.54, n.1, p.304-312, 2006.
- IBGE. Referência obtida na Internet. <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em outubro 2010.
- IVO, M.L.; CARVALHO, E.C. Assistência de enfermagem a portadores de anemia falciforme, à luz do referencial de Roy. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.2, p.192-8, 2003.
- KRAUSE, M.V.; MAHAN, L.K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 8th ed. São Paulo: Roca, 2005.
- LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.18, n.3, p.459-66, 2010.
- LUCIA, M.C.S. Sexualidade do ostomizado. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidado do estomizado**. 2ª ed., São Paulo, 2005, p.335-53.

- LUZ, M.H.B.A. **A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada**: um estudo de Enfermagem no referencial teórico de Martin Heidegger. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2001.
- MAFFESOLI, M. **Tribalismo Pós-Moderno**: Das identidades às Identificações. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, v.43, n.1, p.97-102, 2007.
- MAGNANI, C.; OLIVEIRA, B.G.; GONTIJO, E.D. Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.7, p.1624-32, 2007.
- MARQUES, G. Pré-Operatório: Informação e preparação psicológica e física do ostomizado. In: FERNANDES, I. (org) **Ostomizado: Redescobrimo a vida saudável**. Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.
- MARTINS, A.M.; ALMEIDA, S.S.L.; MODENA, C.M. **O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas**. Rev. SBPH, v.14, n.1, p.74-91, 2011.
- MARUYAMA, S.A.T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde**: um estudo etnográfico [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2004. 286 p.
- MAURÍCIO, V.C. **A pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho**: contribuição para a enfermagem. 2011. 171 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p.
- MEIRELLES, C.A.; FERRAZ, C.A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do ostoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.5, p.32-38, 2001.
- MELO, E.M. ARAÚJO, T.L.; OLIVEIRA, T.C.; ALMEIDA, D.T. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.48, n. 1, p.21-28, 2002.
- MENEZES, A.P.S.; QUINTANA, J.F. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v.21, n.1, p.13-18, 2008.
- MENEZES, M.M.P.N.C. **Satisfação Conjugal, Auto-Estima e Alteração corporal em Indivíduos Ostomizados**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2008.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.
- MORAES, R. Mergulhos Discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: GALIAZZI, M.C.; VICENTE, J., **Metodologias emergentes de Pesquisa em Educação**

Ambiental. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

MUNIZ, R.M. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores.** 2008. 243. [Tese] Doutorado em enfermagem, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2008.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev Esc Enferm USP**, v.31, n.2, p.237-50, 2007.

NASCIMENTO, A.M.; ROAZZI, A. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.3, p.435-443, 2007.

NASCIMENTO, C.M.S.; TRINDADE, G.L.B.; LUZ, M.H.B.; SANTIAGO, R.F. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, vol.20, n.3, p. 557-564, 2011.

NUCCI, N.A.G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo** [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto; Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

OLIVEIRA, D. **O estigma da marca corporal invisível: estudo sobre o mundo do trabalho das pessoas com estomia intestinal definitiva.** 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, L.F.D. **Saberes e Práticas das Enfermeiras sobre o Corpo do Cliente Ostomizado.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 2003.

OLIVEIRA, R.C. Identidade étnica, identificação e manipulação. **Sociedade e cultura**, v.6, n.2, p.117-131, 2003.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface** (Botucatu), v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OSÓRIO, F. Indicações para estomias digestivas. In: FERNANDES, I. (org) **Ostomizado: Redescobindo a vida saudável.** Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

PAULA, M.A.B.; TAKAHASHI, R.F.; PAULA, P.R. Os Significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo. **Rev bras Coloproct**, v.29, n.1, p.77-82, 2009.

PEREIRA, M.G. Alteração corporal e ostomia: uma questão de ter não de ser. In: Fernandes, I. (org) **Ostomizado: Redescobindo a vida saudável.** Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

PEREIRA, A.P.S.; PELÁ, N.T.R. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.574-579, 2006.

PERLINI, N.M.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C.. Em Busca de uma Instituição para a Pessoa

Idosa Morar: Motivos Apontados por Familiares. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.229-36, 2007.

PETUCO, V.M.; MARTINS, C.L. A experiência da pessoa estomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.2, p.134-144, 2006.

PETUCO, V.M. Quase como antes: a reconstrução da identidade da pessoa estomizada com câncer. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.1, p.52-64, 2006.

PINHO, S.M.M. **A importância da Grupoterapia no processo de autocuidado do paciente ostomizado**. (Monografia) Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.

PROENÇA, R.C.P. Alimentação e Globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v.62, n.4, p.63-75, 2010.

REBELO, H. Aspectos psicológicos no ostomizado: Amar a si mesmo na saúde e na doença. In: FERNANDES, I. (org) **Ostomizado: Redescobrimo a vida saudável**. Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

ROGERS, P.B. **Compendio de historia de la medicina**. Distrito Federal: Prensa Médica Mexicana; 1965

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **The Roy adaptation model: the definitive statement**. Norwalk, Connecticut: Appleton e Lange, 1991. 472p

_____. **Teoria da enfermagem**. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001. 520p.

SALES, C.A.; VIOLIN, M.R.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S.; SILVA, M.A.P. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44 n.1, p. 221-227, 2010.

SANT'ANA, M.M., *et al.* O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.1, p.50-8, 2011.

SANTOS, C.P. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento encontradas por pessoas estomizadas em sua reinserção social**. Rio Grande, 2009 [Monográfico]- Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem.

SANTOS, V.L.C.G. A Estomaterapia Através dos Tempos. In: Santos VLCCG, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, p. 01-17, 2005.

SANTOS, V. L. C. G.; SAWAYA, B. B. A Bolsa na Mediação “Estar Ostomizado” – “Estar Profissional”. Análise de uma Estratégia Pedagógica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 40-50, 2000.

SILVA, A.L. **O Significado da Mudança no Modo de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal Definitiva**. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

SILVA, A.L.; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.483-90, 2006.

_____. A relevância da Rede de Apoio ao pessoa portadora de estomia. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.3, p.307-311, Brasília, 2007.

SILVA, D.G.; BEZERRA, A.L.Q.; SIQUEIRA, K.M.; PARANAGUÁ, T.T.B.; BARBOSA, M.A. Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.12, n.1, p.56-62, 2010.

SILVA, M.O.E. Da exclusão à inclusão: concepções e práticas. **Revista lusófona de educação**, v.13, n.1, p.135-53, Lisboa, 2009.

SILVA, P.C. Localização das estomias digestivas. In: FERNANDES, I. (org) **Ostomizado: Redescobrimo a vida saudável**. Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

SILVA, T.T. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, T.T (org. e trad.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, p.73-102, 2000. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2006

SILVA, T. T.; HALL, S.; WOODWART, K. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 133.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso de bolsa de colostomia, **Rev Bras de Cancerologia**, v.48, n.3, p.341-348, 2002.

SOUZA, J.L. **O Familiar como Cuidador do Paciente Portador de Estomas**. Rio Grande, 2007 [Monográfico]-Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem.

TAYLOR, C. **As fontes do self: a construção da identidade moderna**. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2005

TIMY, B.H.; SMITH, N.E. **Enfermagem médico-cirúrgica**. São Paulo (SP): Editora Manole; 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciência social**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VALENTE, F.L.S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.1, p.51-60, 2003.

ZANDONAI, A.P. CARDOSO, F.M.C.; NIETO, I.N.G.; SAWADA, N.D. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v.12, n.3, p.554-561, 2010.

ANEXO: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 77 / 2011

PROCESSO Nº 23116.007374/2010-34

CEPAS 82/2010

TÍTULO DO PROJETO: O processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do Modelo de Adaptação de Roy.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristiano Pinto dos Santos.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 12/2011, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "O processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do Modelo de Adaptação de Roy.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 02/01/2012

Rio Grande, RS, 26/05/2011.

Eli Sinnott Silva
Prof.ª MSc. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cristiano Pinto dos Santos (RG: 1059496727), Tel:(53)32338855, e-mail: enf cristiano.ps@hotmail.com, venho respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho intitulado “**O PROCESSO DE (RE)CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DA PESSOA ESTOMIZADA À LUZ DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY**”. O objetivo do estudo é compreender o processo de (re)construção da identidade da pessoa estomizada à luz do Modelo de Adaptação de Roy.

Entende-se que a projeção dos resultados deste estudo pode contribuir para a enfermagem, saúde e sociedade e, ainda, colaborar para a promoção de estratégias que visem uma adequada adaptação e a (re)construção da identidade da pessoa portadora de estomia. O mesmo é orientado pela Prof^a Dr^a Enf^a Giovana Calcagno Gomes (RG:4029635858), Tel:(53)32338855, e-mail: acgomes@mikrus.com.br. Os dados serão colhidos através de entrevistas gravadas em forma de áudio.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, e da metodologia do trabalho através de entrevista individual. Fui igualmente informado(a):

- 1 Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- 2 Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- 3 Da segurança de que não serei identificada e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- 4 De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- 5 De compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do

trabalho, bem como da análise dos dados;

6 De que após o término do trabalho, a documentação ficará guardada durante 5 anos em caixa lacrada na Escola de Enfermagem da FURG, em local sigiloso sob a supervisão da professora orientadora deste trabalho.

Nome do participante:

Local e Data:

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Dados de Identificação:

Nome completo:

Idade:

Data da estomização:

Tipo de estomização:

Motivo da estomia:

Cidade em que reside:

Mora com:

Estado civil:

Renda familiar:

Escolaridade:

Profissão:

2. O que a estomização representa para você?

3. Antes da cirurgia, como imaginou que seria sua vida com a estomia? já sabia que utilizaria um dispositivo coletor? Fale sobre isso

4. Depois da estomia, como percebe sua vida?

5. Descreva um dia de sua vida hoje:

6. Quais as facilidades e dificuldades relacionadas com a estomia hoje?

7. Como lida com as dificuldades? Quem te ajuda ou ajudou? Como?

8. Indique dentre as alternativas como você se percebia antes e depois da cirurgia:

ANTES DA CIRURGIA EU ME SENTIA UMA PESSOA:			
() feia	() saudável	() feliz	() confiante
() bonita	() doente	() triste	() insegura
() calma	() otimista	() trabalhadora	() interessante
() ansiosa	() pessimista	() preguiçosa	() chata
() corajosa	() independente	() extrovertida	() briguenta
() covarde	() dependente	() tímida	() tolerante
HOJE EU ME SINTO UMA PESSOA:			
() feia	() saudável	() feliz	() confiante
() bonita	() doente	() triste	() insegura
() calma	() otimista	() trabalhadora	() interessante
() ansiosa	() pessimista	() preguiçosa	() chata
() corajosa	() independente	() extrovertida	() briguenta
() covarde	() dependente	() tímida	() tolerante

9. Se você fechar os olhos e se imaginar sem roupa na frente do espelho, na imagem que se forma o estoma está presente ou não? Fale sobre isso:
10. Você deixou de fazer alguma coisa depois da estomia? O quê? Por quê?
11. Você passou a fazer alguma coisa diferente depois da estomia? O que? Por quê?
12. Como você cuida de você? Quem ajudou para que hoje você soubesse fazer isso?
13. Como foi para você aprender a se cuidar?
14. Você conseguiu se adaptar? Quais os fatores o ajudaram no processo de adaptação? Quais foram os pontos fortes? Quais foram os pontos fracos?
15. Quem é você hoje? Gostaria de ser outra pessoa? Fale sobre isso: