

EDAIANE JOANA LIMA BARROS

**O SER IDOSO ESTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: uma proposta de
gerontotecnologia educativa**

**Rio Grande
2007**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

O SER IDOSO ESTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: uma proposta de
gerontotecnologia educativa

EDAIANE JOANA LIMA BARROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Dra. Silvana Sidney Costa Santos

RIO GRANDE
2007

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Responsável: Leticia Mota Abrão, CRB-10/1513

B277s Barros, Edaiane Joana Lima
O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa / Edaiane Joana Lima Barros - Rio Grande: FURG/PPGENF, 2007.
136f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Orientadora: Dra. Silvana Sidney Costa Santos

1. Enfermagem 2. Idoso 3. Estomia 4. Autocuidado
I. Título

CDU 616-083

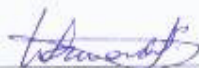
Edaiane Joana Lima Barros

O SER IDOSO OSTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: uma proposta de gerontotecnologia educativa

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 28 de setembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Wilson Danilo Lunardi Filho
(Coordenador do Programa)

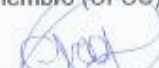
BANCA EXAMINADORA:



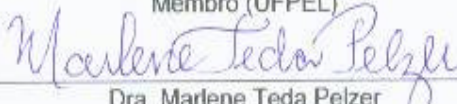
Dra. Silvana Sidney da Costa Santos
Presidente (FURG)



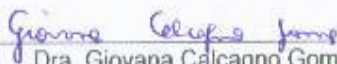
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro (UFSC)



Dra. Maria da Glória Santana
Membro (UFPEL)



Dra. Marlene Teda Pelzer
Membro (FURG)



Dra. Giovana Calcagno Gomes
Suplente (FURG)

“Ser sujeito não quer dizer ser consciente;
também não quer dizer ter afetividade,
sentimento, ainda que evidentemente a
subjetividade humana se desenvolva com a
afetividade, com sentimentos. Ser sujeito é
colocar-se no centro do seu próprio mundo,
é ocupar o lugar do EU”.

(Morin, 2001a, p. 95).

Dedico ao DEUS eterno por fortalecer meu viver e me dar sabedoria nessa caminhada árdua e complexa de minha existência.

Agradecimentos

À minha amada mãe, Dona Nira Maria de Lima, que esteve ao meu lado desde que nasci até esse momento de esplendor e conquista, por ter me ensinado o valor do estudo, do ser humano e do amor, fundamentais para que alcance meus objetivos.

À meu pai, Seu Edgar José Barros, que, infelizmente, não está mais aqui pertinho de mim, como antes, a ele por ter me ensinado a ser uma pessoa digna e cidadã de meus caminhos.

À minha família por ter acompanhado, ter me incentivado, através dos elogios ao meu esforço.

Aos meus amigos por terem me estimulado a não fraquejar nos momentos difíceis.

À minha orientadora, Professora Silvana Sidney da Costa Santos, por ter acreditado em mim, me conduzindo em uma trajetória de estudo e real compreensão do Ser Humano Idoso como ele é, com suas especificidades e que merece todo respeito.

À minha querida amiga e membro da banca, Professora Giovana Calcagno Gomes, que me incentivou à carreira da docência, me ensinou a ser uma pessoa diferente, doou um pouquinho do seu tempo para participar de minhas conquistas, com muita alegria e simplicidade.

Aos demais membros da banca, Professoras Alacoque Lorenzini, Marlene Teda Pelzer e Maria da Glória Santana, que foram muito importantes para que eu pudesse construir minha dissertação, por meio de sugestões, incentivando-me.

À Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, hospital onde trabalho, por ter acreditado no meu potencial.

Enfim, a todos os idosos estomizados do Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, que confiaram em mim e dividiram suas histórias, me mostrando que cada um com sua particularidade tem algo a trocar, um crescimento mútuo, em que pude conhecer a interface ser idoso – possibilidades.

RESUMO

BARROS, Edaiane Joana Lima. *O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa*. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/ RS, Brasil, 2007.

Na presença da estomia, o idoso pode apresentar maior grau de complicações e dificuldades no processo de adaptação, talvez porque a estomia envolva significados que dizem respeito à auto-imagem e à presença/aumento de dependência. Resgatar a necessidade do autocuidado do idoso em relação à saúde é fundamental para que, no cuidado, se obtenha sua participação e mobilização diária quanto à formulação do processo educativo em saúde. Este estudo tem como objetivos identificar as características do idoso estomizado, atendido em um serviço de estomaterapia e propor uma gerontotecnologia educativa que venha a contribuir no cuidado de idosos estomizados, à luz da Complexidade, de Edgar Morin. Foi realizada uma pesquisa, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, tendo como local um serviço de estomaterapia, o qual possibilitou contato com fichas cadastrais e via telefone com os sujeitos e, depois, com o domicílio do idoso, no Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Os sujeitos do estudo totalizaram 4 (quatro) idosos, sendo três mulheres e um homem. Foram utilizados, como instrumento, o formulário e o ecomapa, e como técnicas, a entrevista, a observação assistemática e a gravação. Foram respeitadas as normas éticas. A análise dos dados deu-se por: 1) leitura exaustiva dos dados; 2) apresentação dos casos e seus ecomapas tendo como suporte a Complexidade de Edgar Morin; 3) redescoberta de conceitos, *a priori*, que ilustraram a visão do idoso com estomia: ser humano idoso estomizado complexo, saúde complexa do idoso estomizado, cuidado complexo ao idoso estomizado e sua família. Por fim, elaborou-se uma cartilha educativa, junto ao idoso, como facilitadora para o autocuidado. Quanto aos resultados, verificou-se que cada idoso estomizado está permeado por situações pontuais e, a partir disso, percebeu-se diferentes concepções recursivas e formas de enfrentamento na adaptação. A aceitação da mudança corporal e psicológica mostrou-se mais fácil, quando se verificou apoio familiar, instrução técnica anterior ou presença de pessoas conhecidas. O enfrentamento da doença e a possibilidade da morte são aspectos presentes para os idosos e que limitam suas atividades de vida diária. Assim, surgiram conceitos que contemplaram o ser humano em sua totalidade, com incertezas e significados. A visão que transcende a complexidade da estomia engloba um cuidado que busca integrar a família do idoso com estomia, estimulando-o ao autocuidado e ao acolhimento diário, reforçando a auto-estima, como estratégia de recomeço em meio a desafios permanentes: ser idoso e ter uma estomia. Lançar um novo olhar sobre a temática idoso estomizado é complexo, exigindo abordagem multidimensional das características que o envolvem. Acredita-se que mudanças favoráveis poderão advir após implementação de um programa de educação em saúde que contemple a singularidade das questões que envolvem o idoso estomizado e suas necessidades.

Descritores: Enfermagem. Idoso. Estomia. Autocuidado

ABSTRACT

BARROS, Edaiane Joana Lima. *The old being ostomised under the complex eye: A gerontotechnologic educative proposal*. 2007. 136 f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing Post-Graduation Program, Rio Grande Federal University, Rio Grande/RS, Brasil, 2007.

On the ostomy presence, the old person can show a higher degree of complications and difficulties on the adaptation process, maybe because ostomy involves meanings that are related to the self-image and to the presence/increase of dependence. To rescue the self-care needing to old people, related to health, it is fundamental that, in the caring, to obtain their participation and daily mobilization to the health educative process formulation. The aims of this study were to identify the characteristics of the ostomates elders, participants of a ostomy therapy service and to propose an educative gerontotechnologic that could contribute to the senior's ostomate care, according to the complexity by Edgar Morin. The research had a qualitative approach as case study in a ostomy therapy service that permitted the contact with registers and by telephone with the subjects and, after, with the old people's homes, on Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. The subjects of the study were 4 (four) old people, three women and one man. The instruments were, the forms and the ecomap, and as technics, the interview, the non-systematic observation and the recording. The ethical norms were followed. The data analysis occurred by: 1) data exhaustive reading; 2) cases presentation and their ecomaps supported by the Edgar Morin's Complexity; 3) concepts rediscovered, a priori, that illustrated the ostomate old's view: complex old human being ostomate, complex health of the ostomised old, complex care to the ostomate old and their family. So, we elaborate an educative spelling book, with the old's help, as vehicle to the self-care. As results, we verified that each ostomate old is permeated by punctual situation and, from it, we realised different recursive concepts and forms of facing in the adaptation. The acceptance of the corporal and psychological changes showed easier when there was family support, technical instruction before or known people presence. Facing of the disease and the possibility of the death is present aspects for the seniors and limit their activities of daily life. Like this, concepts that contemplated the human being in your totality appeared, with uncertainties and meanings. The vision that transcends the complexity of the ostomy includes a care that looks for to integrate the senior's family with ostomy, stimulating them to the self-care and the daily reception, reinforcing the self-esteem, as restart strategy amid permanent challenges: to be senior and to have an ostomy. To propose a new look about the theme involving a senior ostomated is complex, demanding multidimensional approach of characteristics that involve them. It is believed that favorable changes can occur after implementation of a health education program that contemplate the singularity of the subjects that involve the senior ostomated and their meditates needs.

Key-words: Nursing. Old. Ostomy. Self-care.

RESUMEN

BARROS, Edaiane Joana Lima. *El ser anciano estomizado bajo la mirada compleja: una propuesta para gerontotecnología educativa*. 2007. 136 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/ RS, Brasil, 2007.

En la presencia de estomía, el anciano puede presentar un mayor grado de complicaciones y dificultades en el proceso de adaptación, tal vez porque la estomía envuelva significados que dicen respeto a la auto-imagen y la presencia/aumento de la dependencia. Rescatar la necesidad del autocuidado del anciano en relación a la salud es fundamental, para que, en el cuidado, se obtenga su participación y movilización diaria cuanto a la formulación del proceso educativo en salud. Este estudio tiene por objetivos identificar las características del anciano estomizado, atendido en un servicio estomaterapia y proponer una gerontotecnología educativa que venga a contribuir en el cuidado de los ancianos estomizados, a la luz de la complejidad de Edgar Morin. Fue realizada una investigación, con enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso, teniendo como local un servicio de estomaterapia, lo que permitió contacto con las hojas de registro y vía teléfono con los sujetos, y luego a la casa de los ancianos, en Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Los sujetos del estudio totalizaran 4 (cuatro) ancianos, sendo tres mujeres y un hombre. Fueron utilizados como instrumento, el formulario y el ecomapa, y cómo técnicas, la entrevista, la observación asistemático y el registro. Fueran respetadas las normas éticas. El análisis de los datos se ha basado en: 1) lectura exhaustiva de datos; 2) presentación de los casos y su ecomapas teniendo cómo apoyo de la complejidad Edgar Morin; 3) redescubrimiento de los conceptos a priori, que ilustran la visión del anciano con Estomía: ser humano anciano estomizado complejo, salud compleja del anciano estomizado, atención compleja a los ancianos estomizado y su familia. Por último, se produjo una libreta educativa, junto a los ancianos, como facilitador para el autocuidado. Quanto a los resultados, se comprobó que cada ancianos estomizado está cercado de situaciones puntuales y, a partir de eso, se percibió diferentes concepciones recursivas y formas de enfrentamiento en la adaptación. La aceptación del cambio corporal y psicológica ha sido más fácil, cuando hubo apoyo de la familia, instrucción técnica anterior o la presencia de personas conocidas. El enfrentamiento de la enfermedad y la posibilidad de muerte son aspectos presentes para el anciano y que limitan sus actividades en la vida cotidiana. Así surgieron conceptos que contemplaran al ser humano en su totalidad, con incertidumbres y significados. La visión que trasciende la complejidad de la estomía abarca la atención que busca integrar la familia de los ancianos con estomía, estimulando-o s el autocuidado y la acogida diaria, reforzando la autoestima, como una estrategia de recomienzo en medio de los desafíos permanentes: Ser anciano y tener una estomía. Lanzar una nueva mirada sobre la temática anciano estomizado es complejo, requiriendo abordaje multidimensional de las características que lo envuelven. Se cree que los cambios favorables podrán adhibir después de la implementación de un programa de educación en salud que contemple la singularidad de las cuestiones que envuelven el anciano estomizado y sus necesidades.

Palabras clave: Enfermería. Anciano. Estomía. Autocuidado

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Aproximação com a temática | 11 |
| 1.2 Questões norteadoras de pesquisa | 15 |
| 1.3 Pressupostos..... | 15 |
| 1.4 Objetivos | 16 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1 Principais conceitos relacionados | 17 |
| 2.1.1 Envelhecimento | 17 |
| 2.1.2 Envelhecimento e limitações | 21 |
| 2.1.3 Ser humano idoso com estomia | 23 |
| 2.1.4 A Complexidade..... | 28 |
| 2.1.5 Ação educativa para o ser humano idoso com estomia a partir da complexidade | 30 |
| 2.1.6 Gerontotecnologia educativa para o idoso estomizado | 38 |
| 3 METODOLOGIA | 42 |
| 3.1 Tipo do estudo..... | 42 |
| 3.2 Locais do estudo | 43 |
| 3.3 Sujeitos do estudo | 44 |
| 3.4 Questões éticas envolvidas no estudo | 44 |
| 3.5 Instrumentos e técnicas de coleta dos dados | 45 |
| 3.6 Análise dos dados | 49 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 51 |
| 4.1 Os casos | 51 |
| 4.2 Conceitos (re)descobertos | 80 |
| 4.3 Proposta de gerontotecnologia educativa direcionada ao idoso estomizado e sua família | 93 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |
| REFERÊNCIAS | 107 |
| APÊNDICE A: Carta de solicitação de autorização para realizar a pesquisa no HU/FURG | 113 |
| APÊNDICE B: Formulário da coleta de dados | 115 |
| APÊNDICE C: Carta informativa e consentimento livre e esclarecido para os idosos | 117 |
| APÊNDICE D: Cartilha educativa | 120 |
| ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética | 136 |

1 INTRODUÇÃO

“O Homem – o *homo humanus* – não é apenas o ser que vive a vida. Ele é o mais privilegiado dos animais, porque é o único que encontra em si mesmo uma tarefa que não foi atribuída a nenhum dos demais representantes das espécies vivas: a tarefa não só de viver, mas, sobretudo, de conduzir a vida”. (MORIN, 1975, p.1)

1.1 Aproximação com a temática

Em minha trajetória de vida, desde a época da graduação em Enfermagem até a minha inserção no mercado de trabalho como enfermeira, pude verificar que a população que mais recorre ao atendimento de saúde é constituída por idosos. Dentre esses idosos tive uma sensibilidade maior ao cuidar de um grupo que necessita de cuidados especiais, constituído por pessoas estomizadas, que possuem um estoma¹ do tipo colostomia, urostomia ou ileostomia.

Estas constatações inquietaram-me quanto à importância do entender as questões que envolvem esses idosos estomizados. E assim surgiu o presente trabalho, a partir do interesse em conhecer as características pessoais, clínicas e sociais de idosos, com estomias, que freqüentam um serviço de estomaterapia, onde fui bolsista voluntária de extensão ao longo de dois semestres, em 2004/2005.

Por meio de atividades assistenciais e educativas que abrangiam os cuidados com a estomia, direcionadas aos participantes de um serviço de estomaterapia, pude perceber que grande parte das pessoas cadastradas no grupo tinha 60 anos ou mais. São idosos, portanto, e, então, senti a necessidade de proporcionar um acompanhamento voltado à pessoa idosa estomizada.

¹ A palavra estoma, resultado de uma cirurgia mutilante, leva a uma transformação pessoal, apesar de manter a sua nova condição encoberta sob as roupas, rompe com os seus esquemas anteriores e fazem a pessoa sentir-se diferente dos outros indivíduos de seu grupo (SONOBE et al, 2002). De acordo com a Academia Brasileira de Letras, os termos corretos são: **estoma**, **estomia** e **estomizar**. Provêm todos do grego **stóma**, que significa boca, com o /e/ protético que a língua portuguesa sistematicamente antepõe ao grupo **st** + vogal: latim **stare** > português **estar**. Associado a **cólo(n)** mais o sufixo – **ia**, por exemplo, o grego **stóma** forma a palavra **colostomia** (PACHECO, 2007).

Para Santos (2003), ser humano idoso é aquele que, mesmo tendo idade avançada, não se sente velho, porque é ativo, participativo, mesmo apresentando as características da velhice.

No Brasil, a Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e, em seu art. 2º, considera idoso o ser humano com 60 anos ou mais (BRASIL, 1997). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil passará a ocupar, daqui a 20 anos, o sexto lugar no *ranking* de idosos. Atualmente, o país está em 12º. A cada ano, 650 mil novos brasileiros passam a figurar na camada acima dos 60 anos (XAVIER, 2004).

Além disso, pude verificar, por meio da prática, que o idoso, com maior frequência, utiliza os serviços de saúde e faz uso de várias medicações, o que, muitas vezes, podem apresentar efeitos indesejados, em decorrência da debilidade do seu organismo para metabolizar as substâncias ingeridas.

O envelhecimento também está relacionado ao aparecimento de determinadas doenças, embora poucos estudos comprovem o surgimento dos fatores de risco após os 65 anos, posto que, nessa fase, alterações orgânicas, somadas às debilidades, favorecem o aparecimento de doença. Além disso, nessa faixa etária há outros fatores de risco como tabagismo e alcoolismo, associados ao aparecimento de doenças (FREITAS et al, 2002, p. 223).

Diante do aumento da população idosa, verifiquei que as internações hospitalares para essa faixa etária são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. As doenças nos idosos tendem a ser crônicas e múltiplas, podendo perdurar por vários anos, exigindo acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Numericamente os idosos têm aumentado significativamente nos últimos anos, pois a velhice é uma etapa do ciclo da vida que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Nessa ótica, Pelzer (2005, p. 11) ressalta que o aumento da população de pessoas idosas:

[...] é um fenômeno mundial, tendo assumido importância crescente no cenário de um país em desenvolvimento como o

Brasil, no qual há uma grande variação étnico-cultural e genética. O envelhecimento populacional produz transformações profundas na sociedade, com mudanças, principalmente, no perfil de demandas de políticas públicas, em especial, nas áreas de saúde e seguridade social.

Como enfermeira assistencial, atuando em unidade de bloco cirúrgico e unidade geral médico-cirúrgica, vivenciei diversas experiências no cuidado aos idosos, os quais iriam se submeter à realização de uma estomização e também aos que já se encontravam estomizados. Pude compreender suas necessidades e as de seus familiares. Quanto aos familiares, percebi seus medos evidenciados pela negação para entender a situação e a importância de participarem no cuidado. Possibilitei-lhes, naquela ocasião, informações sobre a existência de um serviço de estomaterapia, que tem, como um dos pré-requisitos para cadastramento, a necessidade de encaminhamento médico. Assim, tive uma outra percepção acerca dos idosos estomizados, diferentemente daquela que eu tinha na graduação.

Esta minha preocupação científica voltada aos idosos estomizados é relevante para a sociedade em geral, devido à escassez de trabalhos sobre o tema e à falta de divulgação de tal temática na literatura da enfermagem brasileira, constituindo-se como uma lacuna no conhecimento, um desafio. Este trabalho, por meio da dissertação do Mestrado em Enfermagem da FURG, contém os aspectos que envolvem o envelhecimento e suas relações com a estomização, tendo como referência a Complexidade, segundo Edgar Morin. Para entender esses idosos e, a partir deste entendimento, assim, procurar concretizar estratégias que visem a um cuidado direcionado às suas necessidades, dando ênfase às ações educativas que promovam o autocuidado.

O aporte assistencial dos idosos com comprometimento funcional, estomizados ou não, demanda programas de orientação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso dependente do suporte de informações. Além disso, o apoio familiar constitui-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Com isso, nós, como profissionais de saúde, precisamos nos preparar para o envelhecimento, bem como estimular o indivíduo desde a infância para o cuidar de si em todas as etapas da vida, sejam elas com alguma doença ou não.

Ao envelhecer – e isso ocorre desde a vida intra-uterina – o ser humano começa a entender que as transformações são naturais e inerentes ao corpo que

envelhece. Assim passa a aceitá-las, procurando adquirir melhor qualidade de vida. Reforçando esta idéia, Garcia et al (2005, p. 538) consideram que o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos bio-psico-sócio-culturais durante toda a vida, podendo constituir fatores de adoecimento ou promotores de saúde e de bem-estar.

O cuidado de saúde para com o cidadão brasileiro idoso é uma garantia constitucional. Segundo o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei n.º8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu art. 9º, é garantida ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997). Há necessidade que o idoso tenha um atendimento especial em função das modificações surgidas durante o processo de envelhecimento.

Proponho, através desta dissertação, uma gerontotecnologia² educativa que venha a contribuir para o cuidado em saúde do idoso estomizado, a partir do seu próprio olhar, com suas singularidades e complexidades na forma de visualizar a vida e o meio que o rodeia com relação ao processo natural de seu envelhecer e do seu processo de saúde/doença alterado.

Nessa perspectiva, concordo com Petraglia (2003), quando retrata que ser idoso, não é ter somente limites, mas aprender a conviver com estes limites, entender a vida em suas diferentes etapas e múltiplas formas de beleza e, para isso, é necessário sentir-se como cidadão, agente transformador de seu tempo, ativo e crítico; enfim, é perceber-se como *homo complexus*, que concentra em si contradições e incertezas.

Nesse caminhar de aprendizagens sobre os idosos estomizados, teve influência na minha escolha da temática o trabalho de extensão permanente no qual participei durante dois semestres no Asylo de Pobres, localizado no centro de Rio Grande/RS. Este trabalho é concretizado por meio dos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde, Educação (GEP-GERON/FURG/CNPq), do qual sou membro desde 2005.

Também me senti sensibilizada pelo Grupo de Estudo e Pesquisa sobre a Complexidade (GEC/Departamento de Educação da FURG), no qual me inseri,

² No campo da gerontogeriatrics, denomina-se a tecnologia como gerontotecnologia (NÉRI, 2005).

visando a entender as questões que norteiam a Complexidade defendida por Edgar Morin, de modo a desvendá-las e, assim, ter condições de desmistificar a situação do idoso em seu processo de envelhecer, envolvido pela presença da estomia.

E, a partir da aprendizagem cultivada através de minha participação nesses dois grupos de pesquisa, senti-me fortalecida e estimulada a buscar um enfoque diferenciado e que apresentasse uma convergência cultural.

Tive a oportunidade de me repensar, como profissional de saúde, re-elaborando novas estratégias, seja na assistência na Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande, quanto na docência no Curso de Técnico em Enfermagem, na Escola de Educação Profissional (SENAC/RS), onde trabalhei em 2006. Assim, constitui-se como um novo olhar sobre o sujeito do cuidado, o idoso com estomia e sua especificidade, sem deixar de abordar a necessidade de uma visão complexa sobre esse “eu” tão particular que mescla antagonismo dialógico em meio a um contexto único.

1.2 Questões norteadoras de pesquisa

- ✓ Que características apresenta o idoso estomizado atendido em um serviço de estomaterapia?
- ✓ Qual gerontotecnologia educativa poderá contribuir para o cuidado desse idoso, à luz da Complexidade, de Edgar Morin?

1.3 Pressupostos

- ✓ O idoso estomizado apresenta características específicas, considerando suas limitações e enfrentamentos.
- ✓ A construção de uma cartilha educativa voltada às necessidades do idoso estomizado e sua família proporcionará melhor direcionamento ao autocuidado desse ser humano.

1.4 Objetivos

- ✓ Identificar as características do idoso estomizado atendido em um serviço de estomaterapia.
- ✓ Propor uma gerontotecnologia educativa que venha a contribuir no cuidado do idoso estomizado, à luz da Complexidade, segundo Edgar Morin.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“O anel tem de constituir-se através de construções, reconstruções e articulações nas quais a nova ciência antropossocial precisa, para organizar-se, da nova biologia e da nova física, as quais precisam, para organizar-se, de integrar o ponto de vista da organização mental, cultural e social do científico”. (MORIN, 1997, p. 264)

O referencial teórico dar-se-á em três etapas. Primeiro, proponho uma abordagem sobre os principais conceitos relacionados à temática estudada: envelhecimento, envelhecimento e limitações, ser humano idoso com estomia. A seguir, apresento a Complexidade; a ação educativa para o ser humano com estomia, a partir da Complexidade. E, por fim, dou relevância à gerontotecnologia educativa para o idoso estomizado, entendendo-a como uma possibilidade de ação educativa capaz de contribuir para o autocuidado.

2.1 Principais conceitos relacionados

2.1.1 Envelhecimento

O processo de envelhecimento¹ caracteriza-se como um fenômeno natural, que se inicia no próprio nascimento. Gradativamente vem ocorrendo na sociedade contemporânea, já que a população tem alcançado a oportunidade de chegar à velhice², com maior qualidade de vida, devido ao avanço da ciência e à difusão do

¹ Na visão de Santos (2003), processo de envelhecimento diz respeito ao ciclo de vida e envolve desde a vida intra-uterina até a morte.

² A velhice é a última fase do processo de viver humano, sendo percebida como fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento (SIQUEIRA et al, 2002).

conhecimento científico e de práticas do autocuidado, direcionados a um envelhecimento ativo.

É importante ressaltar quatro características básicas do processo do envelhecer humano, segundo Roach (2003): 1) ser uma constante transformação, além de ser universal, pois todas as pessoas envelhecem, exceto quando a morte ocorre em idade jovem; 2) ser progressivo no seu curso; nem todas as pessoas apresentam os sinais desse processo; 3) ser um decorrer introjetado na natureza desde a concepção, como algo interno do corpo; 4) ser influenciado por fatores externos ao ser humano como o ambiente, a cultura e o estilo de vida.

Essas razões, que simplificam o processo de envelhecimento, são acompanhadas por algo mais significativo que é a singularização do indivíduo que sofre esta transformação ao longo de seu tempo. Cada organismo determina ou se adapta ao ambiente no qual está inserido, o que, por sua diversidade única, implica em uma constante busca pelo entendimento deste processo, enquanto passagem do nascer ao envelhecer, num avanço contínuo.

A taxa de crescimento da população idosa originou-se a partir de três características, apresentadas pelas mudanças: 1) nas taxas de nascimento; 2) na mortalidade de 0 a 60 anos; 3) na mortalidade acima de 60 anos. O Brasil representa um conjunto de países no continente, onde o processo de envelhecimento irá ocorrer mais rapidamente, mas cujo pico dar-se-á nas futuras décadas (LEBRÃO, 2003).

Garcia et al (2005) ressaltam que a população brasileira tem apresentado um crescimento progressivo de idosos, devendo passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a sexta posição mundial em relação a este contingente populacional. Frente a esse fato, Mendes et al (2005) evidenciam que a sociedade passa por transformações, nas quais a tecnologia avança, a vida é cada vez mais agitada, o tempo cada vez menor e as condições econômicas difíceis, à medida que as pessoas vivem mais.

Nisso, o cotidiano dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, dependendo da forma de vida que as pessoas tenham levado, bem como as condições atuais em que se encontram, representando valores sociais, culturais e ambientais. Apesar do olhar de pré-conceito que a sociedade lança sobre a representação do envelhecer e da velhice, acredito que o contexto é uno e múltiplo, por conter um percurso de constantes aprendizagens do idoso, com erros e

acertos, os quais promovem as incertezas e o reconhecimento das situações com suas peculiaridades e potencialidades.

Nessa ótica, Siqueira et al (2002, p. 902,3) ilustram o cenário de descaso e pré-conceito com a imagem do ser idoso e sua significação, quando afirmam:

[...] essa situação é apontada como fruto de um descaso político, do mau gerenciamento do sistema previdenciário e da propagação de uma ideologia dominante que pretende homogeneizar as diferentes formas de vivenciar a velhice. Pode-se observar que, nesse momento, as propostas aproximam-se da perspectiva “biológico/comportamentalista”, porque o velho retoma a condição de sujeição, como indivíduo que precisa ser ‘auxiliado’ por profissionais aptos a promover a sua ‘re-inserção social’, depois da ruptura ocasionada pelo advento da aposentadoria.

Além disso, é importante vislumbrar, inclusive, o aporte assistencial ao idoso com comprometimento funcional, estomizado ou não, que demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e suporte familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar, favorecendo um caminhar mais saudável nessa etapa da vida.

O surgimento progressivo de algumas alterações funcionais ou estruturais representa um dos maiores fantasmas para os idosos por significar uma ameaça ao seu bem-estar e a sua auto-estima, o que reflete diretamente no convívio consigo e com a sociedade. Embora não sendo necessariamente doenças, estas alterações, com o transcorrer do tempo, podem determinar a redução das chamadas Atividades de Vida Diária (AVD)³ do idoso.

Envelhecer é um processo seqüencial, individual, irreversível, universal, de perda gradativa das funções fisiológicas por parte de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (CIANCIARRULLO et al, 2002).

³ As Atividades de Vida Diária (AVD) correspondem à alimentação, ao banho, à escovação, ao pentear, ao lavar as mãos antes das refeições e após o uso do banheiro, ou seja, são tarefas do dia-a-dia, estruturadas nas nossas rotinas e nos direcionando à independência (LEBRÃO, 2003).

Em algumas situações do envelhecer, as alterações fisiológicas podem unir-se às doenças que acarretam o surgimento de processos cirúrgicos, como, por exemplo, as cirurgias intestinais ou urinárias, que dão início a um processo de vida diferente pelo uso da bolsa coletora de fezes ou urina, direcionando o ser humano idoso a uma constante adaptação. A realização da estomização, temporária ou definitiva, acarreta uma série de mudanças na vida da pessoa e requer um cuidado especializado de enfermagem.

De acordo com Silva e Shimizu (2006), não muito raro, o recém-operado prefere a morte à estomia. Só com o passar do tempo é que a pessoa consegue um mínimo de aceitação. Nesse sentido, nota-se que a maioria dos indivíduos, após a realização da estomia, vivencia os estágios emocionais de negação, ira, barganha, depressão e aceitação.

Muitas vezes, a sociedade rejeita a idéia do envelhecer, negando-se à maturidade desse processo, o que compõe a base para um viver tranquilo. Para que essa negação do envelhecer humano seja desmistificada e, com isso, a sociedade visualize o idoso, embora estomizado, como um ser capaz de aprender novas habilidades e de repassar seus conhecimentos, é necessário que os enfermeiros voltem sua prática ao cuidado do idoso.

Veras e Caldas (2004) destacam que os profissionais que focalizam o envelhecimento como campo de eleição de sua prática profissional e construção de saberes vêm travando um embate na tentativa de resgatar o valor social do idoso. Tal resgate passa, inevitavelmente, por assegurar sua cidadania plena.

Inserir a educação em saúde no cuidado ao idoso termina sendo um caminho para novos níveis de percepção, de conhecimento e de ação. Faz-se desejável ter-se, pelo menos, a intenção de propiciar ao idoso um ambiente fecundo de aprendizagem, recriando antigos conhecimentos e criando novas respostas para modelos de velhice e novas perguntas para enfrentar a velhice. Com isso, de forma mais feliz e ajudando o idoso a assimilar os conhecimentos, ampliando sua visão de mundo e suas possibilidades de inserção familiar e social (SANTOS, 2003).

2.1.2 Envelhecimento e limitações

Com o envelhecimento, o indivíduo pode ter a diminuição de suas funções, sejam fisiológicas ou sociais, o que se reflete diretamente em suas relações com o meio. Visualizando esse contexto do envelhecimento e suas relações, percebe-se a influência decisória do processo doença/incapacidade do idoso sobre a sua família. Com isso, o idoso tende a sentir sua imagem corporal alterada pelo envelhecimento, por meio da necessidade da família para desempenhar suas atividades diárias, momento em que ele mostra-se dependente, porém como um ser único, com limitações que podem ser entendidas como parte de seu processo individual.

O corpo, a mente e as experiências formam um conjunto que constituem o ser humano idoso na sua complexidade, algo que necessita ser visto não por partes, mas na totalidade, tanto que, nessa visão, Santos (2002, p.90) nos convida à seguinte reflexão:

[...] é chegada a reforma do pensamento e da necessidade de um pensamento que busque entender que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes; reconhecer e examinar os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar, de maneira mutiladora, cada uma de suas dimensões; reconhecer e tratar as realidades como instâncias, ao mesmo tempo, solidárias e conflituosas; respeitar a diferença, enquanto reconhece a unicidade.

A presença de muitos sintomas ou sinais no idoso interfere no raciocínio linear de uma doença. Torna-se difícil caracterizar uma determinada doença nesse idoso, porque existem sinais e sintomas pouco específicos, divergência diagnóstica, precipitação terapêutica e ainda, para cada sintoma, um medicamento, que poderá originar uma cadeia de iatrogenias (KOMATSU, 2003).

A perda de habilidades para executar determinadas ações está entre as muitas alterações funcionais freqüentes que ocorrem com o processo de envelhecimento. As de maior relevância e, por isso mesmo sempre presentes nas avaliações de qualidade de vida, são as referentes à capacidade para executar as atividades básicas do dia-a-dia, tais como alimentar-se, banhar-se, deslocar-se pela residência, enfim, tarefas do cotidiano (LEBRÃO, 2003).

Apesar das limitações surgidas e até das doenças que o acometem, o ser humano idoso apresenta-se sensibilizado frente às questões de representação de um corpo envelhecido, os traços em seu rosto, nas mãos, enfim, as marcas que simbolizam cada experiência vivenciada. Sejam elas ruins ou boas, mas que o fortalecem nos momentos difíceis, pois pode se voltar ao passado e perceber que tudo valeu a pena.

Santana (2000, p. 60) destaca a interface da corporeidade, suas sensações e suas relações:

O corpo representa a reflexividade. É o visível que se vê, um tocado que se toca, um sentido que se sente. Quem toca e quem é tocado? A experiência com o corpo é uma experiência de propagação que se repete na relação com as coisas e com os outros. O corpo possui segredos, o enigma da simultaneidade, ele vê e é vidente, toca e é tocado, é visível, é sensível pelo mesmo.

O idoso estomizado perdeu uma parte do seu corpo, portanto, necessita de ajuda para enfrentar essa fonte de estresse. Além disso, ele pode apresentar outras questões como medo da morte e vergonha, talvez, da sociedade, por ser idoso com limitações pela presença da bolsa de colostomia ou de urostomia.

Visto sob este aspecto, o idoso estomizado necessita de serviços de saúde especializados, ou pelo menos, que forneçam informação, suporte técnico e emocional adequados. Esses são direitos que foram garantidos, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, anterior à Constituição Federal de 1988, que propõem a reforma da assistência e a abertura para um novo olhar acerca da saúde como um bem coletivo, com maior controle social.

A condição de estomizado implica em mudanças no estilo de vida, daí a importância do processo reabilitatório ser implementado já na fase diagnóstica, visando a restituir ao indivíduo as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida diante do impacto de aquisição do estoma (BECHARA et al, 2005).

Quanto ao olhar sobre o idoso estomizado, o enfermeiro necessita capacitar-se para poder perceber a dimensão dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, na medida do possível, o indivíduo em seu meio ambiente. Com isso, voltar-se à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

2.1.3 Ser humano idoso com estomia

Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no *corpo*, na dimensão física. Segundo Farinasso (2005, p. 27,28), a maioria das doenças advindas do envelhecimento resulta na perda das funções, físicas ou mentais dos idosos, interferindo nas atividades cotidianas e na capacidade funcional.

A maioria dos seres humanos com mais de 65 anos de idade tende a apresentar câncer de cólon/reto, uma doença com características próprias, com causas, manifestações, tratamentos e prognósticos distintos. Após a identificação da doença, múltiplas modalidades de tratamento são implementadas, mas a cirurgia específica é o método definitivo e mais utilizado na maioria dos casos, como os de obstrução intestinal ou do trato urinário e, assim, é recomendável a realização de colostomia, ileostomia ou urostomia (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

A estomia pode representar uma limitação aos projetos de vida das pessoas, principalmente quando estas são idosas. As pessoas, após a estomização, são estimuladas a manter um controle rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas de um cuidado mal feito e, do re-aparecimento de células tumorais que, se não controladas, por meio da educação e acompanhamento de saúde periódico, podem levar a quadros infecciosos e até à morte.

O estoma é uma abertura cirúrgica no abdômen, na qual dejetos são expelidos quando a função normal do intestino ou da bexiga é interrompida. Existem três tipos básicos de estomias: 1) *ileostomia*, que é a abertura oriunda do intestino delgado - porção do íleo; 2) *colostomia*, abertura oriunda do intestino grosso cólon; ambas dão passagem às fezes; 3) *urostomia*, que é a abertura que dá passagem à urina. O estomizado usa uma bolsa de plástico, chamada bolsa coletora, que adere ao abdômen, a fim de proteger a pele e coletar os dejetos (DIAS, 2005).

De acordo com Carpenito (2006), são dois os principais diagnósticos de enfermagem identificados na situação de estomia: 1) ansiedade relacionada ao conhecimento insuficiente sobre os cuidados e os supostos efeitos negativos sobre

estilo de vida; 2) risco para isolamento social relacionado à ansiedade sobre o possível odor ou vazamento do acessório (bolsa).

O enfermeiro necessita reconhecer o impacto da presença do câncer e da posterior estomização do ser idoso, por meio de algumas estratégias de cuidados como: realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa; cuidado com a estomia e com a alimentação correta, além de encaminhamento a um grupo de apoio, que possa melhor ajudar os estomizados a conviverem com esta nova situação. Logo, esse idoso terá a oportunidade de recuperar a sua auto-estima e reconstruir sua auto-imagem alterada.

Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, obrigando-nos a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de DCNT (Doença Crônica Não-Transmissível), nossa maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social do idoso. E corroborando com essa intenção surgiu a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, tendo como finalidade garantir-lhe melhor qualidade na assistência, por exemplo, na presença de uma estomia, ou presença de deficiência ou com limitação incapacitante (BRASIL, 2003).

O Decreto 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que regulamenta as leis sancionadas em 2000, afirma que a pessoa estomizada é considerada deficiente física, por não ter o controle esfinteriano, intestinal ou urinário (A estomia, 2005). O idoso inserido em meio a um contexto de estomização necessita de apoio familiar e profissional, a fim de que as limitações do seu tempo sejam amenizadas e vistas como um trajeto a ser percorrido com autoconfiança, determinação e segurança emocional.

Contextualizando a interface – sociedade/idoso estomizado – Diogo (2003) ressalta que a visão da sociedade sobre a pessoa portadora de deficiência é alterada drasticamente quando essa pessoa demonstra independência para as Atividades da Vida Diária (AVDs), pois vai de encontro ao preconceito social existente relacionado ao peso social e financeiro que o portador de deficiência acarreta para a sociedade.

Dado o aumento nas perdas e incapacidades, os idosos poderão vivenciar debilidades que necessitam ser compensadas e, se possível, eliminadas ou evitadas. Compensar perdas significa permitir que uns façam coisas para outros,

assim como a administração seletiva das próprias energias e competências. Frente a este contexto, o idoso pode reagir de forma a desconsiderar tais déficits, compensá-los ou permitir-se ser dependente nos domínios em que ocorreram as perdas, com o objetivo de liberar energia para poder alcançar suas metas em outros domínios e atividades (LEBRÃO, 2003).

A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), atualização da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, e que dá continuidade à Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelece, em suas diretrizes, que:

[...] envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção [...] em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas (BRASIL, 2006, p. 7).

Essa Portaria estabelece que envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; (c) engajamento social ativo com a vida (BRASIL, 2006).

Frente a isso, Capella e Leopardi (1999) ressaltam que a dimensão do objeto do trabalho assistencial tem se expandido para além das possibilidades, ou seja, cuidar da saúde tornou-se amplo, por isso falar em integralidade não tem conseqüência imediata à atuação integral.

Ainda assim não há como pensar em integralidade, se ficar de fora o saber do indivíduo que tenha uma necessidade de saúde, ou se for desconsiderada sua condição de sujeito no processo de viver, adoecer, curar e morrer, ou seja, para se ter acesso a este sujeito múltiplo é necessário um saber múltiplo, numa perspectiva de integralidade.

O ser humano com câncer, muitas vezes, vê-se frente a uma situação de conflitos interiores e incertezas de como será seu amanhã, por entender que está exposto à agressão psicológica e física de saber que está com câncer e sentir seus efeitos, bem como a estomização e seu processo de adaptação. Brunner e Suddarth

(2006) afirmam que as ameaças ao autoconceito são enormes, na presença do câncer, por ser a doença percebida como possível incapacidade e morte.

O idoso com estomia, permanente ou temporária, apresenta-se com muitas dúvidas quanto às condições de saúde e com seus medos internos que o tornam resistente às orientações, pois acredita que, com suas fragilidades subentendidas pela idade, não é capaz de romper com este quadro de inconformidade e possibilitar uma nova forma de ser mais saudável, apesar da estomia.

Entre as diversas doenças que surgem no meio da sociedade, em especial as alterações intestinais ou urinárias, consideradas incuráveis e permanentes, na maioria dos casos podem provocar nestes idosos uma sensação de incapacidade, perda da autonomia e falta de controle frente ao inevitável.

A concepção da sociedade acerca do idoso, muitas vezes, é a de que ele se encontra inapto ao trabalho, sem condições de manter uma boa relação social, de que apresenta uma visão alienada da atualidade. Além disso, se ele tiver uma estomia, é visto como um ser humano frágil e, muitas vezes, ele mesmo se percebe como alguém no final de sua caminhada, sem esperança para viver ou ser feliz.

De acordo com Diogo (2000), há necessidade de uma reformulação de percepções e desconstrução de pré-conceitos, pois nossa realidade mostra que a reintegração de um jovem é muito diferente da do idoso. Considerando um idoso estomizado, há dificuldade em re-integrar-se ao seu meio social, devido aos conflitos internos e à discriminação, pois o jovem tem à sua frente uma função social mais claramente definida quando comparado ao idoso.

Embora a tendência atual seja de mudar este cenário, a reabilitação do idoso estomizado sofre a influência de vários pré-conceitos sociais, vinculados à fragilidade física, à presença de incapacidades funcionais, à incapacidade de aprendizagem e ao "peso" social decorrente da sua improdutividade.

A bolsa coletora surge como um dos elementos essenciais para o estomizado, passando a representar a extensão do próprio corpo, pois permite a materialização da vivência do corpo alterado e a percepção do sofrimento do estomizado. A bolsa e a estomia são partes que compõem o cuidar físico desempenhado pelo profissional de enfermagem, passando à experiência de sua utilização como estratégia educativa (SANTOS; SAWAIA, 2000).

O idoso submetido à estomização, considerado um procedimento agressivo que altera a sua fisiologia gastrointestinal e a imagem corporal, além de outras

modificações em sua vida devido à presença da estomia, tem-se constituído num desafio para o cuidado pelo enfermeiro. A presença da estomia acaba tornando-se enfatizada quando esse percebe a intrínseca relação com o uso da bolsa de colostomia (bolsa de *karaya*), sendo por ele percebido como uma experiência de sofrimento, que conota um significado a partir de seus aspectos psicossociais e culturais envolvidos nesse processo.

Segundo Silva e Shimizu (2006, p.484), algumas das alterações no processo de viver apresentadas em decorrência da estomização, ficam evidenciadas através de uma dimensão multifacetada, como se mostra a seguir:

[...] a maioria dos pacientes estomizados apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade, devido às alterações na imagem corporal. [...]. Geralmente, as pessoas estomizadas têm grandes dificuldades na volta ao trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar. Assim, alguns acabam pedindo aposentadoria por invalidez.

Lançar um novo olhar sobre a temática “idoso estomizado” é complexo, pois exige uma abordagem multidimensional das características que o envolvem, visto que o processo de envelhecimento é irreversível. Acredito em um programa de educação em saúde ou social, que contemple a singularidade das questões que envolvem o idoso estomizado e suas necessidades.

Cuidar desses indivíduos não é tarefa fácil para os profissionais, pois é necessário prepará-los para o convívio com a estomia por toda vida (SILVA; SHIMIZU, 2006). Estimular o idoso estomizado ao bem-estar e incentivar a sociedade às reformulações de percepções relacionadas aos idosos, como preconceito e estigma da velhice, são ações que contribuem para a mudança no cuidado desse idoso, produzindo melhoria na qualidade de vida e aumento da sua auto-estima.

2.1.4 A Complexidade

A Complexidade tem como precursor Edgar Morin que a conceitua como um tipo de pensamento que não separa, mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana.

O educador Edgar Morin nasceu na França, em 1921. Graduou-se em História, Geografia e Direito e a sua preferência pelas ciências humanas o fez desenvolver estudos em Sociologia, Filosofia e Economia. Elaborou a *Complexidade*, palavra que, em sua origem latina, significa abraçar. Suas pesquisas visam a produzir um conhecimento que não seja fragmentado, em que importa tanto o indivíduo quanto o planeta Terra como um todo, tornando-se um dos pensadores mais importantes do Século XX (GENTILE, 2003).

Na Complexidade, são consideradas todas as influências recebidas, externas e internas e, ainda, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes (PETRAGLIA, 2001). Tem, na educação, um dos seus aspectos considerado relevante.

A Complexidade é um espaço de abertura à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos, por meio de um olhar global modificado, de acordo com os conceitos introjetados e entendidos. A partir disso, a aproximação entre o ser humano, a sociedade e o meio ambiente torna-se um desafio mais compreensível, o que é uma das metas usadas pela educação em saúde para formular estratégias na busca da construção de ações mais efetivas. É uma nova forma de buscar as explicações às coisas que não conseguimos entender.

Compreende-se a Complexidade como uma maneira de entender o mundo, integrando as relações de co-existência entre os seres vivos e não vivos, conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza (PETRAGLIA, 2001). Pode ser também uma forma de educação que promove a emancipação, pois acredita em uma nova percepção do mundo e dos seres humanos como um todo, à luz de um questionamento de seu processo de viver.

A Complexidade envolve alguns princípios como o Dialógico, o Recorrente e o Hologramático, os quais constituem-se em um conjunto ligado aos demais, proporcionando uma visão integral.

O *Princípio Dialógico* une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade, permitindo assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2004). Para Santos (2003), esse princípio objetiva a união das noções antagônicas e o que aparentemente deveria se manter separado, criando processos organizadores e complexos.

Esse princípio está estruturado numa simbiose contraditória em que as noções ordem, desordem e organização moldam uma nova forma de visualizar as questões que envolvem o pensamento humano e, assim, contribuem para a transformação de ideais antes consolidados.

O *Princípio Recorrente ou Recursivo* é o que rompe com o princípio da determinação linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa, promovendo processos em circuitos, envolvendo tanto a percepção como o pensamento. Em sua forma negativa, o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema, por exemplo, o processo de “homeostasia” de um organismo vivo, que é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações. Já na positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador, por exemplo, a violência de um protagonista provoca uma reação violenta que, por sua vez, provoca uma reação mais violenta ainda (MORIN, 2004).

Cabe, sob um olhar minucioso, a reflexão das inter-relações circulares em busca de argumentos que expliquem o universo em sua concepção, por meio da articulação homem e universo, pois, ao mesmo tempo em que o homem observa e é observado, gera uma diversidade nas interações.

Abreu Junior (1996) destaca que a recursividade é a característica dos sistemas humanos e sociais, que são, ao mesmo tempo, geradores e causadores desses sistemas, os quais, intrinsecamente, buscam a existência, tendo presença garantida para existir.

O *Princípio Hologramático*⁴ põe em evidência o aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, mas o todo está inscrito na parte. Como exemplo, cada célula é uma parte de um todo – o organismo – mas também o todo está na parte, pois a totalidade do patrimônio genético está

⁴ Para Abreu Junior (1996), o termo hologramático é uma metáfora inspirada no holograma, uma espécie de fotografia tridimensional que apresenta interessantes correlações com o pensamento complexo. E, nessa visão, Morin (2000) ressalta que cada ponto de um holograma contém a informação do todo do qual faz parte.

presente em cada célula individual. Assim, a sociedade está presente no indivíduo, por meio de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2004).

Santos (2003) refere que se enriquece o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num movimento produtor de conhecimento, não significando que a parte seja reflexo puro e simples do todo, já que cada parte conserva sua singularidade, mas de algum modo contém o todo, enfim, em um constante retorno do pensamento.

Tendo como base o Princípio Hologramático de Morin, é necessário, inclusive, visualizar os aspectos que constituem as características do ser humano idoso, levando em consideração a estomia e suas fragilidades, não de forma estanque, puntiforme, mas integrando: a biologia com o emocional; a percepção frente ao problema; os anseios; as limitações naturais; crenças e valores; as perdas consideradas por ele como sendo significativas (familiares, autonomia, anatomia intestinal normal, entre outros).

Enfim, para Morin (2002a), a Complexidade é um desafio residente na interação, religação e incerteza, pois é preciso religar o que era considerado separado, já que um todo possui partes integrantes e partes constituintes desse todo. Também, ao mesmo tempo, é necessário aprender a fazer com que as certezas interajam com as incertezas.

2.1.5 Ação educativa para o ser humano idoso com estomia a partir da Complexidade

A estomia surge como um choque para o qual a pessoa pode não estar preparada. Pode ser a quebra da harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a si própria interferindo na sua vida comunitária e familiar (REZENDE, 1991).

Sob este enfoque, Abreu Júnior (1996) afirma que o conhecimento é uma construção que se faz entre as pessoas, no âmbito de uma sociedade, que não está fechada nem fora das pessoas. É uma atividade contínua em todo e em qualquer lugar, tendo a natureza como ambiente originário do mundo e estabelecendo os horizontes de ação. Além disso, a educação tem o diferencial de articular o conhecimento, promover encontros entre as pessoas, fazendo-nos refletir e

participar de um mundo, no qual a separação entre homem-sociedade não faz sentido.

O processo educativo é o elemento básico que veicula informações e experiências. Tanganelli (2002) relata que o enfermeiro, como educador em saúde, precisa ser capaz de influenciar na construção de novas concepções, por meio de conhecimentos próprios sedimentados em um pensamento integral do cuidado.

Nessa perspectiva, a educação apresenta-se como uma relação determinada pela troca de experiências entre indivíduos de um determinado meio. Sabe-se que o indivíduo interage nos grupos sociais, como a família e a escola, desde a infância e, com isso, vai construindo sua identidade e suas opiniões, para melhor compreender os desafios, no sentido de concretizar-se como cidadão. A partir disso, passa a entender as questões ligadas ao seu autocuidado e a multiplicar as formas de promoção em saúde.

O conhecimento, sob forma de palavra, de idéia, de teoria, é o fruto de uma tradução/reconstrução por meio da linguagem e do pensamento, ou seja, ilustra o ser humano em um processo de re-construção contínua, tal evento emergido da educação como possibilidade de incerteza (MORIN, 2000).

Torna-se, então, importante que o idoso estomizado participe de um trabalho de grupo, pois ele passa a vislumbrar um novo olhar acerca de seu processo saúde-doença, produzindo novas interpretações e promovendo meios de assegurar seu bem-estar.

A atenção em grupos pode contribuir na promoção, na proteção e no controle das situações estressantes causadas pela doença, originando um espaço complementar de troca de informações e de estímulo social. A utilização de atividades lúdicas, culturais, ou religiosas é muito proveitosa, em especial entre idosos. Um dos grandes desafios da promoção da saúde é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade; logo, 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 (GARCIA et al, 2006).

Diante disso, este indivíduo, além de agir como transformador de sua realidade e formador de opinião acerca das questões sociais que o rodeiam, é sujeito promotor de saúde, involuntariamente, quando repensa sua condição como idoso e estomizado, transmitindo as informações apreendidas no Grupo. Morin (2000) revela que os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos

culturalmente neles, o que decorre a necessidade de reconhecer na educação a incerteza e a autocrítica como fatores para a mudança de si.

O idoso estomizado passa a mostrar sinais de uma melhora em seu senso de humor, em aspectos essenciais e amplia sua capacidade com um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais e situações simultaneamente antagônicas.

Essa forma de conceber os conceitos nos motiva a perceber a educação em saúde como um todo e os indivíduos, como os idosos estomizados, parte dessa educação, com qualidades fundamentais de um processo global que talvez necessite de uma reforma do pensamento.

Morin (2000, p. 31) aponta que há necessidade de destacar, na educação, as interrogações sobre nossas possibilidades de conhecer, ou seja, colocá-las em prática, o que se constitui como o oxigênio de qualquer proposta de conhecimento, uma aventura para a qual a educação necessita fornecer o apoio indispensável.

Relacionar as ações de enfermagem com o cliente e a sociedade é significativo, ao considerarmos as influências dos valores negativos ou positivos que são atribuídos a diferentes grupos que compõem a sociedade, entre os quais os idosos, colocados à margem do convívio social, muitas vezes (BRUM et al, 2005).

A saúde, entendida como as condições biológicas e psíquicas que caracterizam um determinado contexto ambiental e que condicionam a prática dos saberes e das habilidades para um processo de mudanças, determina um conjunto de fatores humanos que estabelecem uma pré-condição para a ação. Esta pré-condição também é um produto da educação num contexto sócio-ambiental definido, iniciando uma mudança sustentável do contexto sócio-ambiental em que vivemos. (TREVIZAN, 2000).

O modelo de saúde atual em nosso país é baseado no assistencialismo, em que a estratégia de atenção visa à doença como fator desencadeante para o cuidado. Com isso as internações são repetidas, como num círculo vicioso. Considera-se, também, a caracterização da prática da saúde voltada para uma abordagem biológica e hospitalar, associada à utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando poucas soluções e baixa cobertura com elevado custo.

As atividades grupais associam conceitos de cuidar e de *empowerment*⁵ dos familiares na busca do equilíbrio durante o processo de saúde-doença de um familiar seu com limitações e no fortalecimento da família. Com isso facilita a compreensão da problemática que envolve a todos como estratégia de aprendizagem, situação que nos leva a refletir sobre o verdadeiro papel do enfermeiro na utilização desse recurso no cuidado (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006).

O ato de cuidar, como uma nova forma de vislumbrar o idoso estomizado como ser único, seja a partir da educação em saúde ou da realização de um procedimento voltado à estomia, pode tornar-se a base para ele se aceitar com uma estomia, temporária ou definitiva. Com isso, vivenciar o processo de adaptação do estoma, após concepção de estar com câncer, implica em visíveis mudanças nos hábitos de vida e na visão de si e do outro.

Garcia et al (2006) apontam o grupo como oportunidade para o processo de significação do envelhecer e do adoecer, na dependência da oportunidade de fala e de compartilhamento de experiências, buscando ultrapassar o discurso técnico, considerando-se os aspectos situacionais, emotivos e subjetivos.

Erdmann (1996, p. 120) esclarece as relações de autocuidado e o cuidar de si quando aponta:

[...] que não chegam a contemplar aquele cuidado que se processa no interior de cada subsistema, o cuidado pessoal, que o sistema vivo enquanto órgão biológico-social processa nos seus movimentos-ondulações de auto-organização para sobreviver, manter-se vivo. [...]. Não se trata de construir a homogeneidade e nem de forçar a conformidade do sistema de cuidado de si, e sim de explorar seus potenciais nas variedades, diversidades e pluralidades de trocas com o meio, para somar capacidades, experimentando novas formas de viver, [...].

O trabalho de grupo, direcionado aos idosos estomizados, é uma das estratégias usadas na educação em saúde como oportunidade de promoção e mobilização destes sujeitos, na busca de informações acerca de seu processo de saúde-doença. Tal binômio, alterado pela estomização, provoca diversos conflitos, requerendo o estímulo ao autocuidado e à auto-estima.

⁵ Na tradução do inglês para o português significa empoderamento. Fortalecimento do indivíduo baseado em suas próprias escolhas. Está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos. É um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde (TEIXEIRA, 2002).

É necessário destacar a importância do educar em saúde ser visto como um processo articulado em que os seres humanos, em especial, os estomizados idosos, sejam estimulados a conhecer as possibilidades de seu cuidar, por meio de uma linguagem acessível e integrada ao seu processo de viver. Morin (2000) enfatiza que é preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido, inseridas em um contexto global, conjunto de diversas partes isoladas que constituem o todo, ainda em construção.

Nós, enfermeiros, que prestamos cuidados a estas pessoas, podemos, por meio das atividades de grupo, desmistificar o processo de estomização e até o processo de envelhecimento, voltando as orientações para a construção de sujeitos autônomos, estimulados à promoção e recuperação de sua saúde, sem esquecer suas subjetividades.

É neste sentido que Abreu Junior (1996) corrobora, ao ressaltar que perceber a educação no encontro entre as pessoas é entender o sentido de troca e de transformação dos saberes. A educação é um processo dinâmico, caracterizado, não pelo treinamento ou repetição, mas por um cenário de realidades construído entre educador⁶ e educando, envolvidos por um processo de questionamentos e reformulações.

O idoso se depara com esta nova situação: a presença da estomia, decorrente de uma morbidade – o câncer – transformando parte significativa dos seus hábitos de vivência, não dando tempo, pela emergência, à aceitação de sua condição. A prática educativa, como uma das estratégias com grupos de pessoas em condições especiais de saúde, como os estomizados, direciona-se, muitas vezes, de acordo com as necessidades sentidas e manifestadas, o que serve como mecanismo para a autoconfiança.

Os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania, por meio de projetos comunitários. Agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam o convívio, fato de grande importância, visto que a solidão é uma queixa freqüente entre idosos que, além das dificuldades impostas pela idade, encontram-se estomizados.

⁶ O papel do enfermeiro parece ser como um desmistificador de problemáticas junto aos participantes do Serviço de Estomaterapia. Um interlocutor entre o mito – a estomia – e as possibilidades de vida saudável.

Pensar um cuidar coletivo, em que um idoso estomizado, com suas incertezas, vê-se acolhido por meio dos relatos e vivências de outros estomizados, transcende a fragmentação do saber em saúde, evidenciando uma nova possibilidade de enfrentamento, um olhar complexo sobre a problemática. Morin (2000, p. 45) revela que o parcelamento e a compartimentação dos saberes impedem apreender “o que está tecido junto”.

Faz-se necessária a educação continuada para que se processe a busca de uma compreensão mútua entre os participantes que leve à identificação e expressão de construções culturais de significados (GARCIA et al, 2006).

Após a estomização, quando o estomizado se insere em um serviço de estomaterapia, a equipe percebe o real sofrimento. Na primeira fase, verifica-se uma grande frustração, tanto pessoal, como familiar, profissional e social e, a partir disso, estabelece-se um apoio, levando em consideração a experiência e o exemplo de outros estomizados mais adaptados à nova situação.

Faria (1999) acredita que um processo terapêutico educativo tem sua finalidade cumprida, quando o profissional de saúde e o sujeito, que necessita de cuidados, estabelecem uma relação interpessoal mútua, participando na solução dos problemas identificados. Nesta abordagem há uma permissão para a verbalização das dúvidas e há oportunidade para cada um exercer sua cidadania. Ressalta, ainda, que o processo de comunicação tem a função de integrar, provocar uma simbiose entre os indivíduos e grupos, expondo, assim, opiniões e comportamentos.

A ênfase no autocuidado é uma alternativa para que o participante do grupo entenda seu tratamento como parte da aceitação dessa nova fase em sua vida. A partir disso, ele é estimulado à responsabilidade na continuidade dos cuidados após a cirurgia, tendo autonomia perante as atividades diárias e sua reabilitação, a fim de que sejam articuladas novas estratégias de enfrentamento, visando a um viver mais saudável.

Frente a isso, Francioni (2002) corrobora, ao referir que a conscientização da realidade parte da própria pessoa, e esta sente-se marginalizada quando em condição de saúde crônica ou incapaz, mas por meio do trabalho de educação em saúde é promovido e mantido seu autocuidado e, com isso, é produzida uma melhoria em sua situação de vida.

O grupo de estomizados torna-se uma forma de trabalho que expressa uma linguagem, em que a significação traduz-se por desprender, reformular e inserir

novos conceitos, o que aprimora a multidimensionalidade do indivíduo. Essa prática de educação em saúde tem suas origens arraigadas em necessidades advindas dessas pessoas no seu pré e pós-operatório, estimulando o trabalho do enfermeiro e da equipe multiprofissional no grupo, diversificando, assim, as atividades propostas conforme as dúvidas que surgem ao longo do trabalho.

O ensinar-aprender entre enfermeiro/indivíduo é constituído por três elementos essenciais e que necessita ser analisado no sentido de visualizar esse ensino como oportunidade para a promoção da saúde em seu meio de inserção. Esses três elementos, segundo Atkinson e Murray (1989), baseiam-se: 1) em um processo de envolvimento com mudança significativa na forma de entender o comportamento, pelo aprendiz (indivíduo); 2) em uma mudança construída na prática e não por um estado físico/mental temporário ou amadurecimento normal; 3) em um inferir a partir das transformações de comportamento no aprendiz (indivíduo), dependendo das relações estabelecidas deste com o meio e de suas necessidades.

Quanto às relações de ensino por parte do enfermeiro, dividem-se em três amplas categorias, de acordo com Atkinson e Murray (1989): 1) ensino individual, desenvolvido entre indivíduo e enfermeiro, no qual se prioriza as necessidades do indivíduo, consome mais tempo, é mais adequado e eficiente pelo olhar singular usado como instrumento de reconhecimento de problemas e soluções; 2) ensino para pequenos grupos, evidencia técnicas singulares e características de acordo com os participantes, podendo ser estruturado e livre, no qual há o compartilhamento de sentimentos e percepções de sua realidade; 3) ensino para grandes grupos, de difícil reconhecimento dos participantes, com tendência à formalidade, ocorrendo a temeridade dos participantes em compartilhar suas dúvidas, por não saberem a reação dos demais e tendo o objetivo de vincular informações.

Educar é uma tarefa difícil, pois a educação provoca mudanças que, muitas vezes, não são aceitas, já que cada pessoa apresenta seus próprios valores. Enfim, é um processo de aprendizagem contínua, no qual a primeira barreira a ser vencida é a resistência à mudança, proporcionando transformação da realidade (SANTANA; THOFERHN, 2001).

O enfermeiro pode atuar frente à estomização, situação de impacto na vida do idoso que passa por esta experiência e, contribuindo para o norteamento do cuidado a essa parcela da população, promovendo a continuidade de um processo

de viver mais saudável. Além disso, o envelhecimento bem-sucedido está associado às condições de vida e às oportunidades que o indivíduo teve, decorrentes da educação que recebeu em sua vida.

Francioni (2002) destaca que ao enfermeiro cabe dinamizar o processo de interação dos participantes no grupo, de forma que eles criem um vínculo com os outros participantes com ideologia semelhante. O trabalho do enfermeiro cresce à medida que ela coordena o grupo, pois é necessário aprimorar os conhecimentos de acordo com as necessidades percebidas pelos participantes, levando em consideração suas experiências formais de ensino.

Morin (2000) revela que a educação é, ao mesmo tempo, transmissão do antigo e abertura da mente para receber o novo. Encontra-se no cerne dessa abertura – nova missão – a responsabilidade da mudança, a formação de sujeitos autônomos que acreditam em suas competências. Nisso, o enfermeiro, como agente de transformação, apresenta-se como um elo para uma nova ideologia voltada ao aperfeiçoamento do cuidado em saúde.

Conforme o Decreto nº 1.948, de três de julho de 1996, que regulamenta sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências, o artigo 9º: relaciona a importância da difusão da educação em saúde entre os idosos como promoção da saúde; a garantia de estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria, além de estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social (BRASIL, 1997).

Em documento oficial (Brasil, 1997), encontrei que os projetos educativos são viáveis para a manutenção da saúde do idoso, estimulando sua permanência na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com autonomia e independência que lhe for própria, por meio de quatro características peculiares: 1) estimular o autocuidado e o cuidado informal; 2) envolver a população nas ações de promoção de saúde do idoso; 3) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social; 4) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso (conscientização).

Na presença da estomia, o idoso tende a apresentar maior grau de complicações e dificuldade no processo de adaptação, talvez porque a estomia

envolva muitos significados que dizem respeito a sua auto-imagem e ao aumento de sua dependência. Resgatar a necessidade do autocuidado do idoso em relação à sua saúde é fundamental para que, no cuidado prestado, obtenha-se a participação e a mobilização diária do mesmo quanto à formulação do processo educativo em saúde.

2.1.6 Gerontotecnologia educativa para o idoso estomizado

O conceito de tecnologia pode ser fundamentado a partir de ferramentas e suportes que incorporam uma estratégia de acesso à informação, de modo que seja introduzida a educação como reforma do cuidado em saúde (FIGUEROA, 2000). Educar em saúde, por parte do enfermeiro, envolve um processo mútuo de conscientização, no qual são desenvolvidas formas de sensibilizar o idoso estomizado para o cuidado de si, utilizando tecnologias que venham a despertá-lo para o enfrentamento das situações vivenciadas.

A gerontotecnologia, segundo Neri (2005), inserida na gerontogeriatrics, que é uma área interdisciplinar de pesquisa e intervenção psicossocial e clínica, representada pelo desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços com tecnologia apropriada, para melhorar o cotidiano dos idosos, proporcionando um envelhecimento com qualidade de vida, possibilitando a realização dos objetivos de vida. Os desafios para seu desenvolvimento estão relacionados à aprendizagem do uso, mudanças de hábitos e crenças pessoais, questões financeiras, entre outros.

O foco da gerontotecnologia está no desenvolvimento de inovações e em adaptações que facilitem a vida dos idosos e diminuam o impacto causado pelas limitações funcionais impostas pelo processo de envelhecimento e pelas doenças, bem como a repercussão da ação dessas tecnologias sobre o envelhecimento em si. A gerontotecnologia tem, em sua essência, a sustentabilidade, porque abrange dimensões independentes, inovadoras e dinâmicas que podem ser saúde, moradia, mobilidade, comunicação, lazer e trabalho (NERI, 2005).

As aplicações da gerontotecnologia dão-se por meio de cinco objetivos bem definidos, segundo Neri (2005, p.104):

- 1) prevenir ou retardar o declínio funcional relacionado à idade;
- 2) compensar as limitações funcionais existentes relacionadas à idade e à presença de incapacidade decorrente de DCNT;
- 3) aumentar o engajamento e a satisfação na participação de atividades laborativas, de lazer e familiares, como forma de dar suporte na velhice para novas oportunidades educacionais, de expressão artística, de trabalho, proporcionando espaços adaptados e de interação social;
- 4) dar suporte ao cuidador e aos idosos dependentes, provendo recursos tecnológicos (produtos e serviços) e ambientes adequados;
- 5) desenvolver pesquisa básica e aplicada sobre o envelhecimento e o uso da tecnologia.

Em relação à gerontotecnologia, utilizarei uma abordagem educativa. Na visão de Santos (2003), por meio do ensino educativo e a partir da compreensão da condição humana, torna-se possível substituir um pensamento disjuntivo e redutor que isola, separa, por um pensamento que distingue e une, caracterizando o próprio pensamento complexo.

Os grupos de educação em saúde, voltados aos idosos com estomia e seus familiares, podem beneficiar a todos quando há participação dos familiares, pois contribuirão para uma maior compreensão e, dessa maneira, podem se tornar um reforço no estímulo para a busca de múltiplas estratégias do idoso estomizado/família no enfrentamento do seu cuidado.

Ao discutir educação, Santos (2003) reflete acerca da realidade que apresenta integralmente uma natureza complexa, tornando-se desejável que a ação educacional seja analisada a partir dos princípios da complexidade, para a vigência do pensamento multidimensional. A educação inserida nesta realidade direciona-se para teorias que contemplem o aspecto complexo real, pois isso é relevante em sua constituição.

Embora a sociedade rejeite a idéia do envelhecimento e, com isso, negue a maturidade, que tem em sua composição a base para um viver tranquilo, não podemos esquecer que a conscientização sobre o envelhecimento necessita partir desde a infância. Logo, os pré-conceitos podem ser desmistificados e, com isso, venha a surgir um olhar mais ético e transformador sobre o envelhecimento a partir da educação.

Morin (2002b), acerca da relação homem e tempo, afirma que o tempo muda o corpo e o espírito; a identidade do Eu, através das idades, impede a percepção das profundas discontinuidades que operam em cada um ao longo dos anos e das décadas. Com a multiplicidade sucessiva das idades, cada um, sem perceber, carrega, presente em todas as idades, todas as idades.

Dessa forma, a busca pela qualidade de vida surge da interação saudável entre ser humano e ambiente, não sendo diferente quando relacionamos esta afirmação ao cenário vivenciado pelo idoso estomizado, em seu processo de adaptação e participação em grupos específicos. A educação, que ocorre no ambiente familiar ou no campo do trabalho, é uma medida que o auxilia a lidar com o estoma e, além disso, previne as infecções locais, aspectos que transcendem o olhar sobre o idoso estomizado.

Nessa ótica, Abreu Júnior (1996) compreende que sentir e fazer é a linguagem da educação como conhecimento transdisciplinar, ou seja, é estabelecer contato com o mundo sem precisar passaporte para navegar entre a ciência, a filosofia e a arte, pois é por meio da ação/educação que chegamos a nós mesmos, aos outros e ao mundo.

O papel que cabe à educação em saúde e suas relações com a Complexidade, tendo como foco o idoso com estomia, abrange um novo olhar sobre o conhecimento em seu cenário epistemológico essencial.

É necessário promovermos, desde a fase diagnóstica, discussões que despertem a visão do idoso estomizado para si, como um todo, um ser complexo, e sua realidade como sujeito inserido em um coletivo, no qual contribui como agente multiplicador de saberes e desmistificador de mitos sobre estomia e não como uma pessoa incapaz frente à sociedade.

Conforme Bechara et al (2005), a reabilitação do estomizado visa a restituir-lhe as atividades de convívio social e a melhorar sua qualidade de vida diante da aquisição do estoma. A primeira etapa consiste na aceitação do estoma pelo paciente, quando ele necessita compreender que o estoma foi confeccionado com o intuito de preservar sua saúde.

A partir desse entendimento de cuidar educando, Santos e Sawaia (2000) apontam o cuidado ao estomizado como substanciado por dois fazeres: 1) o que enfatiza o tecnicismo, mais pontual, restrito às atividades relacionadas à manipulação da bolsa, envolvendo preocupações com o imbricamento entre agir,

pensar e sentir; 2) o que o apresenta como um todo, transcendendo o fazer puramente técnico, incorporando-o a concepções de um cuidar/educar mais global, interessado no ser humano e não apenas na doença, permeado pela afetividade e voltado para a qualidade de vida do estomizado.

O processo grupal envolve um buscar coletivo, com a finalidade de solucionar problemas, com e através das pessoas, como forma de cuidar. O coordenador de grupos, em especial o enfermeiro, apresenta uma sensibilidade na arte de entender o outro no seu múltiplo contexto, como estratégia de estabelecer o equilíbrio necessário para facilitar a dinâmica de trabalho grupal, desenvolver potencialidades e promover mudanças de hábitos, bem como de pré-conceitos (MOTA; MUNARI, 2006).

As ações educativas desenvolvidas nos grupos são estratégias que representam um desafio de aprender a transformar e transformar-se; são metas alcançadas pelos profissionais envolvidos na sensibilização dos clientes para seu autocuidado e no círculo de conhecimento estabelecido entre pessoas com suas vivências e os profissionais de saúde. Tais profissionais atuam implementando um processo contínuo de percepção da sua realidade e a dos estomizados, de forma que a educação seja sinônimo do cuidar de si e do outro.

Frente à importância dos grupos de estomizados, há necessidade de intervenção junto a uma faixa etária específica, o idoso, o qual, apresentando limitações inerentes ao processo de envelhecimento, tem mais um desafio: o de adaptar-se às condições de ser estomizado. Com isso, pretendo elaborar uma cartilha, como produto tecnológico educativo, com uma linguagem adequada, que enfatizará os seguintes aspectos: 1) direitos dos estomizados; 2) cuidados com a estomia e pele periestomal; 3) alimentação adequada; 4) processo de adaptação devido à estomização, e inclusão da família e do grupo de apoio; 5) orientações quanto à irrigação da colostomia; 6) uso adequado dos acessórios, como a bolsa coletora; 7) outras informações que se façam necessárias.

3 METODOLOGIA

“A aceitação da confusão pode tornar-se um modo de resistir à simplificação mutiladora. É certo que nos falta o método à partida; mas, pelo menos, podemos dispor do antimétodo, onde a ignorância, a incerteza e a confusão se tornam virtudes”. (MORIN, 1997, p. 19)

“Um caminhar em espiral, parte de uma interrogação e dum questionamento; prossegue através duma re-organização conceptual e teórica em cadeia que, atingindo, finalmente, o nível epistemológico e paradigmático, desemboca na idéia dum método. Permitir um encaminhamento do pensamento e da ação capaz de lembrar o que estava mutilado, de articular o que estava disjunto e de pensar o que estava oculto”. (MORIN, 1997, p. 25)

3.1 Tipo do estudo

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Para Minayo (1994) a pesquisa qualitativa responde às questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja,

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, por considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 1994, p. 22).

[...] requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 1994, p. 101).

Com relação à significação da pesquisa qualitativa no estudo dos fenômenos que envolvem os indivíduos, Landim et al (2006, p. 56) corroboram com Minayo (1994), ao afirmar que:

[...] são trabalhados os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, não tendo qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, além disso apresenta como objetivo: conseguir um entendimento mais profundo e, se necessário, subjetivo do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas, voltando a pesquisa para grupos delimitados em extensão, porém possíveis de serem abrangidos intensamente.

De acordo com Gil (2002), o estudo de caso apresenta quatro diferentes propósitos: 1) explorar situações da vida real, cujos limites não estão claramente definidos; 2) preservar o caráter unitário do objeto estudado; 3) descrever a situação do contexto em que está sendo realizada determinada investigação; 4) formular pressupostos ou desenvolver teorias.

Nesta perspectiva, Triviños (1994) afirma que o estudo de caso é uma categoria de pesquisa, cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente. Esta definição determina suas características dadas por duas circunstâncias: 1) a natureza e a abrangência da unidade (pode ser um sujeito, uma família, um grupo, uma instituição, uma comunidade); 2) a complexidade do estudo de caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação no trabalho de investigador.

Além disso, os estudos de casos são denominados estudos descritivos, por apresentarem o objetivo de aprofundar a descrição de determinadas realidades, podendo ser realizados com um ou vários indivíduos, como na pesquisa de SALLES et al (2006).

3.2 Locais do estudo

Foram palcos deste estudo: 1) O serviço de estomaterapia de um hospital, na Cidade do Rio Grande/RS, que teve início em 1995, propiciando aos estomizados assistência e orientação adequada, por meio de reuniões mensais, com palestras sobre temas variados, além da distribuição de bolsas de estomia. No momento, estão cadastrados cerca de 50 estomizados, sendo grande parte deles maior de 60 anos. O Serviço serviu como porta de acesso aos idosos em estudo, possibilitando a

checagem das fichas cadastrais e o contato via telefone. 2) O ambiente familiar do idoso estomizado, junto com sua rede de apoio: ambiente físico, relações familiares, serviços sociais e de saúde utilizados.

3.3 Sujeitos do estudo

Participantes cadastrados e ativos no serviço de estomaterapia de um hospital em estudo, que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: idade de 60 anos ou mais; de ambos os sexos; com estomização permanente ou temporária; que tiveram como origem um acidente ou patologia; apresentarem-se orientados e em condições de interagir com a pesquisadora; concordarem que os dados da pesquisa fossem coletados em seu domicílio e junto à sua família; concordarem em participar do estudo, por meio de sua assinatura ou impressão digital, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os quatro sujeitos do estudo (três mulheres e um homem) receberam nomes fictícios, escolhidos por eles, no momento das entrevistas: Margarida, Violeta, Rosa e Lírio. Tal procedimento deveu-se ao cuidado de qualquer forma de identificação, resguardando o sigilo quanto às informações colhidas.

3.4 Questões éticas envolvidas no estudo

Foi solicitado o consentimento da Instituição por meio de um ofício (Apêndice A), no qual constaram os objetivos do trabalho e os benefícios decorrentes de sua realização, assim como o consentimento livre e esclarecido dos pesquisados (Apêndice C). A carta de anuência foi de pronto atendida.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa, da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e, para atender às solicitações daquele Comitê, foram seguidas as determinações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que normatiza a pesquisa em seres humanos no país. Teve parecer favorável com número 010/2007 (Anexo A).

Esclareceu-se aos participantes da pesquisa: a condição de pesquisados através de um Consentimento Livre e Esclarecido; o papel desenvolvido pelo investigador; os objetivos do trabalho a serem propostos; os procedimentos; os possíveis riscos, desconfortos e benefícios. O respeito à individualidade e à privacidade dos participantes foram assegurados, assim como o anonimato e o sigilo dos nomes e dados que poderiam revelar a identidade dos participantes.

Quanto à análise crítica de riscos e benefícios da pesquisa, foi garantido nenhum risco aos sujeitos. Os benefícios reverteram-se em uma proposta educativa, para que o estomizado idoso conquiste uma melhor qualidade de vida. Os pesquisadores envolvidos responsabilizaram-se por todos os procedimentos da pesquisa e suas implicações, sendo garantido aos sujeitos do estudo, bem como à instituição pesquisada, total sigilo e total liberdade de poder deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Os critérios, que poderiam suspender a pesquisa ou encerrá-la, centraram-se na recusa de participação dos sujeitos. Ao término da pesquisa, os resultados foram divulgados por meio da dissertação de mestrado, cujas cópias foram enviadas à PROPEAQ e outros órgãos; será colocada à disposição na Biblioteca da Área Acadêmica da Saúde; haverá ainda a divulgação em eventos e publicação em periódicos indexados. Ao completarem-se cinco anos da pesquisa, os dados coletados serão destruídos.

3.5 Instrumentos e técnicas de coleta dos dados

Minayo (1994), sob a perspectiva da abordagem qualitativa, afirma que os instrumentos usados apresentam uma tendência à adaptação e à correção com maior facilidade durante o processo de conhecimento no campo de estudo, que visa à investigação.

Foram instrumentos de coleta de dados:

- 1) Formulário de coleta de dados com perguntas abertas em que pude conhecer o idoso estomizado e as suas inter-relações (Apêndice B). Tal instrumento foi aplicado no domicílio do idoso e sua família.

O formulário, segundo Triviños (1994), é um meio de reunião de dados que necessitamos tratar. Logo, pretendo reunir informações que permitam a identificação do idoso e de sua família, além de obter dados específicos relacionados ao seu processo de envelhecimento e sua condição de estomizado.

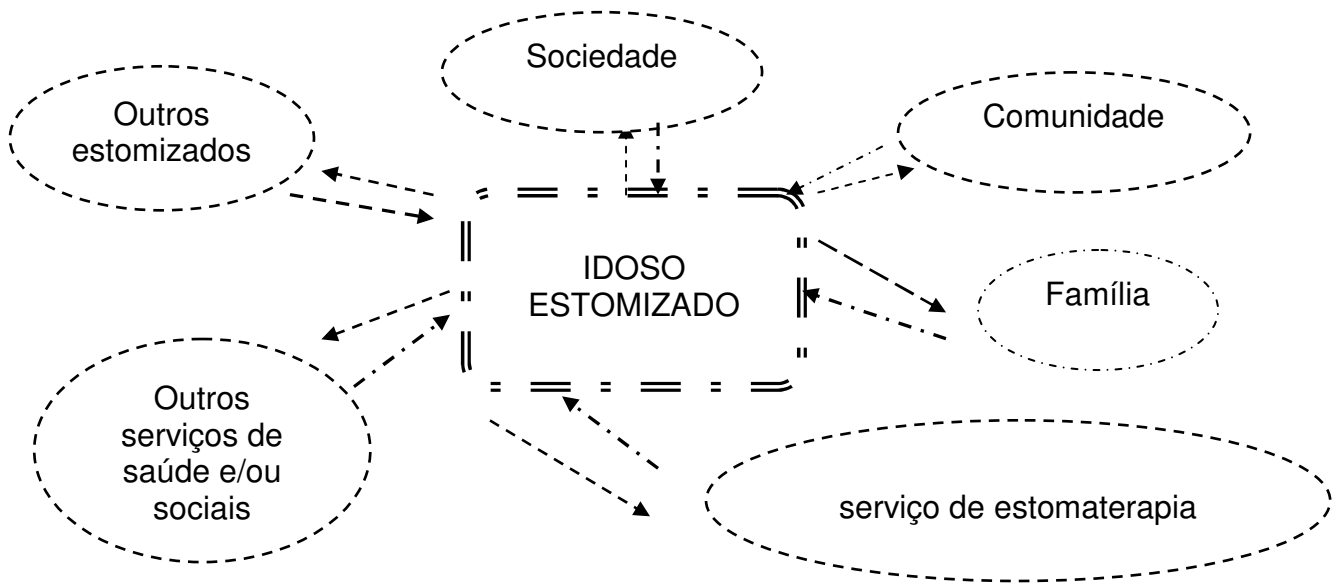
- 2) Ecomapa, por meio do qual visualizei a rede social do idoso estomizado, como estratégia complementar para a coleta de dados, ou seja, mostrando a inter-relação do idoso estomizado/família/comunidade/sociedade e profissionais/serviços de saúde.

Wright e Leahey (2002, p. 92) apontam o ecomapa como a representação da visão geral da situação familiar, retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Delineia a natureza da interface dos recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos. Além disso, contribui no aumento da percepção da enfermeira sobre a família, bem como as interações desta com os sistemas mais amplos.

Conforme Ribeiro (2005), o ecomapa é a representação das relações por meio de um diagrama, tendo como principal valor o impacto visual. Observando o ecomapa, é possível avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pelo estomizado, possibilitando uma visão geral. O estomizado é mostrado no centro do círculo e os elementos¹ de ligação são representados por círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: ligações fortes são representadas por linhas contínuas; ligações frágeis por linhas pontilhadas; linhas com barras, aspectos estressantes; e a ausência de linhas significa a ausência de conexões.

Simpionato (2005) afirma que é uma maneira de permitir a visualização gráfica dos dados, enriquecendo e complementando a coleta, pois mostra as relações de apoio e suporte utilizados. Com isso, os instrumentos sistematizados para a avaliação facilitarão o entendimento de seu funcionamento, a partir de seus aspectos sociais, emocionais e de saúde, identificando-se, dessa forma, suas potencialidades e dificuldades.

¹Os elementos do círculo externo, em relação ao elemento central (idoso estomizado), constituir-se-ão da família e da rede de suporte social e de saúde.



De acordo com o diagrama, foram verificadas, a partir da coleta dos dados, as possíveis dinâmicas relacionais do idoso estomizado e sua rede social.

Quanto às técnicas, utilizei a entrevista não-estruturada, a gravação e a observação assistemática.

A entrevista não-estruturada, para Minayo (1994) é uma técnica que orienta um diálogo com um determinado propósito, que se caracteriza como promotora da abertura e do aprofundamento em uma comunicação. Além disso, a entrevista não-estruturada, é feita com perguntas abertas (possibilidade do entrevistado expor suas opiniões sem uma determinada condição pré-estabelecida).

A gravação foi utilizada durante a técnica da entrevista semi-estruturada, quando usei um MP3, de acordo com a autorização dos pesquisados. Depois de transcritos os depoimentos dos sujeitos, foi dada oportunidade de cientificarem, ou não, suas impressões para que então, essas informações fossem analisadas.

A observação assistemática deu-se no domicílio do idoso, em que foram observados seus gestos, expressão, rotina, modos de se perceber como estomizado idoso, sendo registradas as situações pertinentes a ele e à sua família e ao serviço de estomaterapia, bem como aos demais elementos que fazem parte de sua rede social. Pude, através deste contato, compreender sua individualidade, suas características marcantes envolvidas por um cenário íntimo: a sua residência.

Cianciarullo (1996) ressalta que o ato de observar é indispensável, para que nos tornemos conscientes do nosso cotidiano, da realidade em que estamos inseridos, do mundo em que vivemos. A enfermagem, a partir de Florence Nightingale, em 1859, começou a ter um cunho científico e, com isso, a observação

foi então valorizada, pois tornava a prática profissional mais que um simples cumprimento de tarefas. A partir da observação assistemática, foram registradas as situações pertinentes ao idoso estomizado e à sua família.

O processo de coleta de dados no estudo de caso é mais complexo, em comparação à outra modalidade, por envolver vários instrumentos e técnicas na obtenção dos dados, a fim de não ser descartado. Além disso, é o mais completo de todos os delineamentos, pois há dados tanto de *gente* quanto dados de papel (GIL, 2002).

Através do serviço de estomaterapia estudado, tive acesso às fichas cadastrais dos participantes, obtendo nome completo, idade, diagnóstico, telefone e endereço. A partir desta primeira etapa, foi estabelecido um diálogo com o idoso estomizado ou familiar, por meio de contato telefônico. Foi exposta brevemente a justificativa da ligação, informando-os da pesquisa que seria realizada, solicitando sua participação e, por fim, caso fosse aceita, marcava-se o dia e a hora mais conveniente ao idoso, a fim de não perturbar suas atividades diárias.

A coleta dos dados seguiu cinco etapas:

- 1) solicitou-se a autorização do responsável pela instituição, na qual a pesquisa será realizada;
- 2) encaminhou-se o projeto ao Comitê de Pesquisa, da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande;
- 3) deu-se início à coleta dos dados, após o parecer favorável;
- 4) verificaram-se, através das fichas cadastrais dos idosos estomizados do serviço de estomaterapia de um hospital, os dados de identificação, telefone e endereço residencial; estabeleceu-se, por contato telefônico, um diálogo breve, informando-os da pesquisa e da possibilidade de participação, seguindo as normas éticas; assim, foi marcado o dia e a hora conveniente à rotina do idoso em questão;
- 5) efetuou-se a ida ao domicílio do idoso estomizado, com a finalidade de aplicar um instrumento de coleta dos dados; também realizou-se orientação acerca da produção de uma cartilha baseada em suas dúvidas e expectativas, produto tecnológico que visa à educação de sua saúde, ajudando-o e a sua família a ter melhor qualidade de vida.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram transcritos, organizados e verificados, a partir da compreensão da ação educativa individual/coletiva, como qualificação para o cuidado ao idoso estomizado/sua família, subsidiada pela Complexidade, de Morin.

A análise dos dados seguiu alguns passos:

- 1) realizou-se a leitura exaustiva dos dados;
- 2) apresentaram-se os dados por meio de casos e seus ecomapas, tendo como suporte a Complexidade, de Edgar Morin;
- 3) estabeleceram-se, *a priori*, alguns conceitos (re)descobertos, (re)olhados: *Ser humano idoso estomizado complexo, Saúde complexa do idoso estomizado, Cuidado complexo ao idoso estomizado e sua família*, os quais emergiram como categorias de análise; para Minayo (1994), uma categoria refere-se a um conceito amplo que une características comuns ou que se relacionam entre si.
- 4) construiu-se a gerontotecnologia educativa, denominada “Convivendo com a estomia quando se é idoso: a importância do autocuidado” que teve como tópicos abordados a declaração universal dos direitos dos estomizados; o conceito e os cuidados com a estomia; considerando sua apresentação: colostomia, ileostomia ou urostomia; a influência da alimentação; o uso correto do vestuário no viver diário com a estomia; a importância de um cuidado integrado entre a família e o idoso com estomia; o destaque para os grupos de apoio aos estomizados como forma de identificação e método de adaptação.

Gil (2002) ressalta que os resultados obtidos no estudo de caso devem ser provenientes da convergência ou da divergência das observações obtidas de diferentes procedimentos. Por valer-se de procedimentos de coleta dos mais variados, pode envolver diferentes modelos de análise, sendo essencial que sua natureza seja qualitativa, preservando a totalidade da unidade social.

De acordo com Triviños (1994), no estudo de caso, os resultados são válidos só para o objeto estudado, que é tratado como único, representação singular da realidade que é multidimensional. Significa valor do estudo de caso fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos

podem permitir e formular pressupostos para o encaminhamento de outras pesquisas.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

“O espírito humano se abre ao mundo. A abertura ao mundo revela-se pela curiosidade, pelo questionamento, pela exploração, pela investigação, pela paixão de conhecer. Manifesta-se pela estética, pela emoção, pela sensibilidade, pelo encantamento diante do nascer e do pôr-do-sol, da lua, da avalanche as ondas, das nuvens, das montanhas, dos abismos, da beleza dos enfeites naturais dos animais, do canto dos pássaros; e essas emoções vivas estimularão a cantar, desenhar, pintar”. (MORIN, 2002b, p. 40)

Neste capítulo, faço a seguinte construção: apresento os casos, utilizando seus respectivos ecomapas, relacionando-os à Complexidade, de Edgar Morin. Em seguida, apresento alguns conceitos surgidos a partir dos casos. Por fim, apresento a gerontotecnologia educativa por meio da cartilha “Convivendo com a estomia quando se é idoso: a importância do autocuidado”.

4.1 Os casos

Margarida

Margarida, com 75 anos, natural do Rio Grande/RS, viúva, não completou seus estudos, parou de estudar no antigo curso primário (hoje ensino fundamental), refere como profissão ser do lar/aposentada.

Mora com um dos filhos, que tem 45 anos e trabalha durante as tardes, deixando-a sozinha, mas, sempre que possível, tem a companhia de seu neto de 10 anos. Margarida tem quatro filhos, todos homens, oito netos e três bisnetos. Ela apresenta uma aparência envelhecida, porém bem cuidada, de cabelos curtos, grisalhos, olhos escuros, de porte médio.

Mostrou-se uma pessoa delicada, educada, batalhadora, com uma expressão de dever cumprido, consigo e com a família, porém cansada e fragilizada com as

recidivas hospitalares e os momentos que passou antes e depois das três cirurgias relacionadas ao câncer no reto, além da idade avançada.

De acordo com Lebrão (2003), um significativo contingente de pessoas, com 60 anos ou mais, é portador de múltiplas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) coexistentes, associadas ou não, além de um histórico de várias internações, com limitações de desempenho em decorrência das mesmas ou de suas conseqüências. Torna-se importante que esses idosos, em especial os estomizados, sejam estimulados de forma autônoma e independente nas atividades cotidianas, subsidiando um planejamento assistencial mais adequado às limitações decorrentes da idade e às perdas emocionais/funcionais pela estomização.

Em 2002, Margarida começou a apresentar dificuldades para evacuar, apresentando fezes com sangue vivo. Depois de diversos exames, foi diagnosticado câncer no reto; isso após muitas internações em decorrência da doença.

Deu início a uma longa jornada de tratamentos com radioterapia e quimioterapia, até um determinado momento em que foi decidida a cirurgia para resolução do problema. Margarida foi encaminhada a um médico cirurgião, que realizou uma estomização, a qual originou uma colostomia temporária e à direita.

Em 2003, sentia-se novamente incomodada pelo mau funcionamento do intestino, fazendo com que o médico fechasse a colostomia, deixando-a com a possibilidade de evacuação pelo reto. Não houve sucesso, porque percebia que não tinha a sensação do ato de evacuar e, assim, acabava evacuando a qualquer momento sem controle, impedindo uma vida social saudável, restringindo-a a ficar em casa e necessitando de fraldas. Apesar de toda essa problemática e com as internações, continuava fazendo exames e controlando a anemia e o distúrbio nas plaquetas, outro problema que a acompanhava.

Em junho de 2004, Margarida ficou muito doente, sendo necessária, novamente, a internação hospitalar em uma UTI durante 21 dias, devido a uma infecção que não soube explicar. Em uma avaliação médica durante a sua permanência no hospital, o cirurgião orientou sobre a realização de uma nova ostomização, com o intuito de salvá-la, desde que ela consentisse. Ela relatou que havia deixado de realizar seu próprio cuidado, não conseguia comer e fazer sua

higiene corporal sozinha, somente com a ajuda da família e dos profissionais de saúde do hospital, conforme transcrição a seguir:

Eu fiquei muito ruim, muito doente. Fui para o hospital, muito ruim, mas eu estava com o clínico. Me deu infecção, tomei antibiótico, 21 dias. Chamaram o médico cirurgião, e ele disse que poderia fazer, era fazer outra colostomia, para ver se 'salvemos ela'. Me perguntaram: 'aceita?' Eu disse que aceitava, porque estava nesse sofrimento aqui. Eu tinha deixado de comer com a minha mão, banho no leito, fiquei muito ruim. Vou fazer outra colostomia, o doutor fez mais um pouco de tratamento e fez.

A partir daí, deu-se a segunda ostomização, que foi eficaz, porque seu intestino passou a funcionar normalmente. Ficou com uma colostomia à esquerda e, durante a hospitalização, recebeu cinco transfusões de sangue, possibilitando sua alta. Margarida relata que, além do câncer no reto, sente dores de coluna e apresenta hipertensão arterial, necessitando do uso de medicamentos para controle e regulares visitas ao cardiologista.

Em novembro de 2004, ano conturbado pela internação e pela cirurgia de emergência a que se submeteu, Margarida percebeu, durante o banho, que havia algo errado com sua estomia, porque se encontrava saliente, como uma ponta, deixando-a preocupada. Ela chamou o filho para verificar. Ela desconfiava de hérnia, mas tinha medo de que fosse realidade. Seu filho marcou uma consulta com o cirurgião, que diagnosticou uma hérnia estomal.

As alterações de saúde, em especial aquelas que mudam a vida diária do sujeito, compõem um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa. As interpretações constituem um sistema complexo de análise e reflexão da biografia do portador de colostomia por câncer, dos seus familiares e dos profissionais de saúde que o assistem. Suas significações são construídas com base nos valores e crenças elaboradas ao longo de sua vida, afetando a formação e o modo como interpretam a experiência de viver a situação (MARUYAMA, 2004, p. 40).

Toda essa situação desencadeou em Margarida uma sensação de pânico, medo de uma nova cirurgia, sentimento originado pelas diversas vezes que havia se internado. Ela conversou com o médico, que a orientou, assim como à sua família, a refletir sobre a possibilidade de outra cirurgia. Margarida protelou o prazo de realização da cirurgia, por diversos motivos como o medo, o calor do verão e as

festas de final de ano, até que percebeu que seu organismo não respondia como antes e alguns problemas, como um edema na região abdominal, a incomodavam, apesar do bom funcionamento da colostomia.

Nessa situação, observa-se que o próprio idoso está vivenciando uma aprendizagem contínua da doença, elaborando e re-elaborando seu entendimento, num processo dinâmico, em que cada um tem uma história de vida, uma experiência, um legado cultural, uma particularidade que a torna única (LEBRÃO, 2003). Saber lidar com as dificuldades impostas pela passagem do tempo, pelas alterações pessoais, pelas mudanças da sociedade em seus pensamentos e atitudes, são enfrentamentos complicados, pois sua percepção e posição nesse mundo interferem na aceitação de tais circunstâncias, inseridas na contemporaneidade.

Margarida resolveu submeter-se à cirurgia, em fevereiro de 2005, que pela terceira vez originou uma colostomia em uma região superior do abdome, culminando no fechamento da anterior e posterior correção da hérnia. A cirurgia foi um sucesso, voltando o intestino a ter bom funcionamento. Ela ressaltou que o incômodo dá-se na localização da colostomia, pois atrapalha o uso das roupas, porque se situa quase abaixo da mama esquerda. E, em julho de 2006, apareceram duas feridas na região que compreende o sacro-coccígeo e a nádega, sendo necessária a abertura de fístulas no local, com saída abundante de secreção, necessidade de curativo diário e presença de dor, impossibilitando-a de sentar ou caminhar, por longo período.

A maioria dos estomas é o resultado de uma cirurgia mutilante, pouco visível, porém muito traumatizante para o ser humano estomizado e muito mais para o idoso, por toda sua trajetória de mudanças e adaptações relacionadas ao envelhecimento. Além disso, ser submetido a esse processo ou a própria percepção da cirurgia, traz ao idoso a idéia de que a imagem do seu corpo foi alterada, rompeu-se sua integridade em relação ao corpo, englobando um acentuado desconforto social, físico e psicológico, interferindo, sobremaneira, na qualidade de vida.

Barros e Gomes (2006, p. 14) retratam a realidade do ser humano estomizado:

O cliente, principalmente o estomizado idoso, sente medo de perder sua autonomia e independência para o autocuidado devido à necessidade do uso de acessórios especiais. Relatam que o seu uso causa-lhes diversas limitações restringindo-lhes a realização de atividades que antes faziam parte do seu cotidiano. Referem ter sua auto-estima diminuída devido à alteração da sua imagem corporal. Necessitam adaptar-se a este novo corpo e precisam reconstruir-se em cima desta nova imagem.

Margarida falou com riqueza de detalhes de sua vida, o que a estomia representou para ela, como toda essa nova forma de viver mudou sua vida, sua maneira de pensar. No entanto, mostrou-se melancólica, quando entende que é necessário desfrutar das amizades e aproveitar os eventos sociais que a distraem, em virtude de sentir solidão e perceber-se limitada pelos problemas de saúde e da idade.

Ela foi segura quanto à aceitação de todo esse processo de saúde e doença, porque o enfrentou para seu próprio bem, não se desesperando. Com isso, estimula seus amigos e parentes para que sigam as orientações dos médicos, que aceitem suas situações e façam os tratamentos mais adequados e conforme instrução médica, o que é evidenciado na fala abaixo:

Olha, eu não me desesperei. Enfrentei. Eu disse que se o médico quer operar, tem que ser operada. Eu, se tiver outra colostomia, não sei se aceito. As outras, aceitei todinhas. Tinha que fazer, vou fazer.

Apesar de toda sua determinação e confiança, sente dificuldades na realização de suas Atividades de Vida Diária (AVDs), em situações simples, como abaixar-se para colocar um par de meias, recorrendo à ajuda de familiares ou amigos, por sentir dor na coluna e pela má localização da colostomia que dificulta movimentos simples. Sair de casa é uma atividade complicada, porque precisa de companhia e só pode fazê-lo de carro (táxi), o que se torna oneroso, conforme a transcrição a seguir:

Eu me sinto melhor, mas não sou uma pessoa de sair, fazer meu serviço. A gente tem que estar pedindo as coisas. Eu não me abaixo para botar as meias. Meu filho que bota pra mim. Ainda hoje, eu chamei meu neto, que andava aqui na rua, para colocar essas meias para mim. Eu não consigo; mas tudo, eu acho que é a coluna.

O idoso apresenta, na presença da estomia, o processo saúde-doença alterado, quando depende do auxílio de outrem e, ainda, requer apoio para realizar ações simples como se deslocar dentro da casa e tomar cuidados com a própria estomia. Frente a isso, alguns idosos têm uma percepção negativa de si, por se visualizarem como pessoas incapacitadas e, assim, não se aceitando e não se motivando ao autocuidado.

É neste sentido que Garcia et al (2005) compartilham da idéia de que o processo de saúde-doença influencia diretamente as relações do ser humano com os outros e consigo mesmo, no momento de compreender as situações, aceitando ou negando-as. Como pode ser evidenciado a seguir:

(...) o adoecer é determinado pela inserção social, o processo de significação também está enraizado na realidade, ou seja, na dependência das condições sócio-culturais conformam-se experiências de enfermidade que permitem aos indivíduos expressá-las. A doença 'fala' por meio dos sinais e sintomas no corpo do indivíduo, e cada pessoa tem uma maneira própria de vivenciar, interpretar e narrar suas enfermidades, num processo intersubjetivo que se dá a partir do diálogo (GARCIA et al 2005, p. 538).

Margarida mantém uma relação aberta com seus familiares. São eles que realizam os cuidados com o estoma e manuseiam os acessórios¹ distribuídos pelo serviço de estomaterapia que ela frequenta. Hoje é principalmente o filho que mora com ela que realiza os cuidados. Antes, era a nora (ex-esposa de um dos seus outros filhos). Com os vizinhos e amigos a relação é afetuosa, porque, segundo ela, com frequência a visitam, já que tem dificuldade para sair de casa. Quanto ao serviço de estomaterapia, ela relata que:

O serviço é importante. No princípio eu incomodei bastante (risos). A bolsa não parava. Eu me levantava e ela (a bolsa) caía, mas ela (a enfermeira) me deu frasquinho com um líquido caro pra ajudá a colar. E foi uma maravilha, porque não parava a bolsa. Passei um trabalho no início, coisa mais triste. Eu botava uma de manhã e outra de tarde, porque as fezes estavam moles e amoleciam a bolsa. Umedece e descola. As fezes estando sequinhas cai lá pra baixo, já elas estando líquidas, acaba abrindo. Agora estou bem. Eu fiquei seis meses

¹ Os acessórios distribuídos no serviço de estomaterapia, como bolsa de karaya, com sistema aberto ou fechado, carvão ativado, pasta de água – estomazive, tintura de benjoim e obturador.

no grupo, tirando as bolsinhas; depois saí, porque fechou em 2003. Em 2004, na segunda cirurgia, voltei. Meu filho é quem vai lá. Eu tenho dificuldade para caminhar, tenho que ir de carro.

Toda a família tem uma história de vida construída em etapas sucessivas. A convivência familiar é um processo dinâmico e em constante movimento, dirigido pelas ações e interações que ocorrem entre os membros da família, criando um mundo privado, porém com conexão com o mundo externo. Todo membro da família é participante e tem a sua própria experiência neste processo (ALTHOFF, 2002).

Quanto aos serviços de saúde, Margarida referiu que não frequenta o Centro de Saúde, próximo de sua casa; recorre ao hospital para consultar. Como foi relatado, ela frequenta pouco o serviço de estomaterapia. Sua última participação foi há um ano, quando procurava o serviço para resolver as dúvidas quanto ao manuseio dos acessórios e como controlar os imprevistos produzidos pela estomia. Contou que, desde 2002, conhece o serviço e é participante, mas em 2003, quando retirou a colostomia, desligou-se do serviço, retornando em 2004. O filho é que retira os acessórios e participa das atividades propostas pelo serviço de estomaterapia.

Em relação à moradia, Margarida revela que reside em sua casa há mais de trinta anos, que lá já vivenciou diversas situações, como o seu casamento, o nascimento de seus filhos. As transformações que ocorreram em sua vida foram marcadas em cada canto de sua residência. Segundo ela, a maioria dos vizinhos muda-se com frequência, sendo alguns conhecidos dela há bastante tempo e que há grande número de crianças que moram no bairro, as quais brincam com seu neto de 10 anos, fazendo-se, assim, conhecidos dela.

A sua casa situa-se em uma ruela, com saída para um grande terreno baldio, com pequenas movimentações de carro, somente as dos moradores. Quanto à sua situação de moradia, é considerada confortável, com ambiente estreito, mas aconchegante, com móveis antigos e equipamentos eletrônicos modernos, o que lhe proporciona conforto. Margarida pode contar com abastecimento de água potável, energia elétrica e rede de esgoto, bem como recolhimento de lixo.

A percepção que Margarida tem acerca do contato com os demais estomizados que participam no grupo é a de que eles contribuíram para a aceitação

de sua condição de estomizada e por meio deles foi reconfortada e preparada para enfrentar os conflitos interiores. Tal percepção fica evidenciada na fala abaixo:

Com os outros estomizados, eu olho para eles e me conformo com aquilo que eu tenho. Não fico impressionada, me conformo. Minha irmã teve aqui comigo e disse que ela tem um vizinho que tem colostomia e anda de bicicleta e trabalha, eu dou graças a Deus por ele.

Verbalizou ainda que é muito importante receber os acessórios gratuitamente pelo serviço, pois cada bolsa de karaya e “clamps” são dispositivos caros, inviáveis de comprar com o salário que ganha. Conforme a fala abaixo:

É caras as bolsas, custa R\$ 18,00 e, os clamps, R\$ 10,00.

Margarida encontrava-se sozinha em casa situada no Centro, sendo possível ir caminhando até lá. Quando cheguei nas proximidades indaguei alguns vizinhos da localização exata de sua casa, pois os números eram alternados e, com isso, foi fácil o acesso. Ela me recebeu muito feliz, porque percebia este momento como abertura ao diálogo e possibilidade de falar sobre sua condição de idosa estomizada. Ao final da entrevista, Margarida recebeu a visita de seu neto de 10 anos, que se mostrou envergonhado em relação à minha presença.

A entrevista foi realizada em uma sessão, em sua residência, durante 53 minutos, momento em que expressou suas limitações geradas pela idade e pela doença: angústia, aceitação de sua condição de ser idosa portadora de estomia e de sua solidão, bem como de sua tristeza quanto à falta dos filhos que se encontram distantes. Foi cooperativa e atenciosa, mostrando seus exames e falando sobre sua vida com altruísmo.

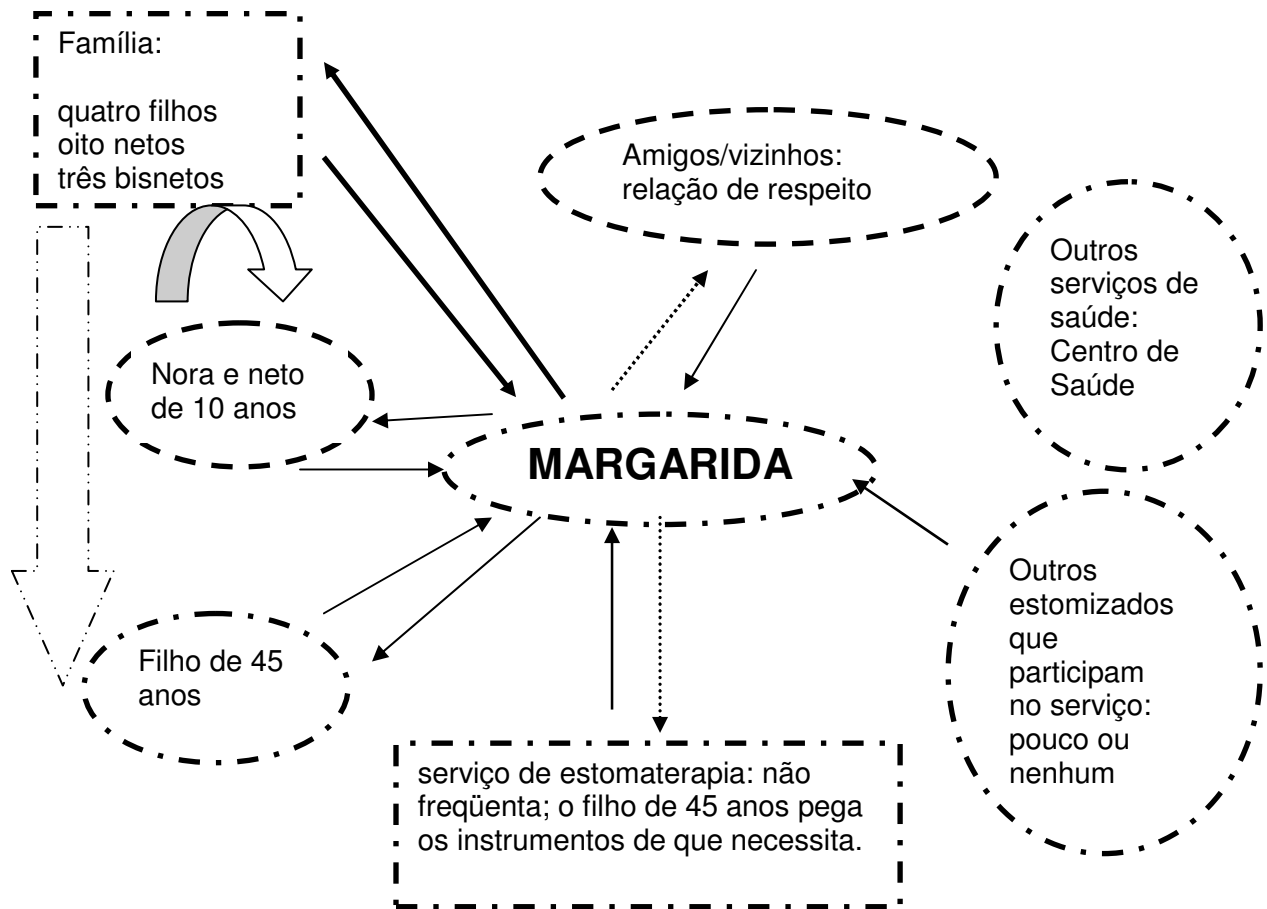


Figura 1 - Ecomapa de Margarida: representação gráfica de sua rede de suporte social, Rio Grande, 2007.

O diagrama demonstra que o fluxo de ligação entre Margarida e seus familiares apresenta flechas com barras, símbolo de situação estressante, visto que a maioria de seus familiares encontra-se distante, morando em outras cidades, não a visitando com freqüência, o que a entristece.

No entanto, entre esse grupo familiar destacam-se três indivíduos: seu filho de 45 anos, que mora com ela, mas que trabalha à tarde, deixando-a sozinha. Além disso, sua nora e seu neto de 10 anos, acompanham-na diariamente, suprimindo suas necessidades e possibilitando um ambiente agradável, estabelecendo, assim, um fluxo contínuo e forte. É uma relação muito próxima de Margarida, pois sua nora e seu neto a visitam com freqüência, tanto que seu neto, muitas vezes, almoça e dorme em sua casa, fazendo-lhe, assim, companhia. Esses dois parentes moram em um bairro próximo, o que facilita a aproximação.

Margarida recebe muitas visitas de seus amigos e vizinhos, na maioria crianças e outras idosas. É um sinal de afeto e respeito, evidenciado no gráfico, através de ligações fortes; em virtude, porém, de suas dificuldades de saúde, não consegue sair para retribuir as visitas, o que é denotado por ligações frágeis, pontilhadas.

O serviço de estomaterapia oferece a educação e todo recurso no cuidado do ser estomizado, independente de faixa etária. Estimula seus participantes aos eventos mensais, o que, no gráfico, é marcado por uma ligação forte em relação à Margarida, mas, no movimento inverso, trata-se de uma ligação frágil, pela dificuldade dela se deslocar até o serviço. Na primeira cirurgia ia com mais frequência.

Com os outros estomizados, a relação de Margarida é marcada por ligações fortes, porque no início, quando freqüentava o serviço, o contato com os demais participantes ajudou-a a entender que não está sozinha. Ela não compartilha mais desse convívio, situação denotada pela ausência de setas, por não ir mais lá, em decorrência de sua dificuldade em caminhar e do gasto financeiro que a utilização do táxi lhe traz. E, com os serviços de saúde como o Centro de Saúde, o ecomapa é marcado pela ausência de setas, porque prefere consultar no hospital, pela proximidade de sua casa e comodidade de ter um atendimento complexo em sua estrutura.

ROSA

Rosa, com 67 anos, é natural de Rio Grande/RS, casada; não completou os estudos, parou de estudar no antigo curso primário (hoje ensino fundamental); refere como profissão ser do lar/aposentada.

Mora com o marido e um filho, de 26 anos de idade. Rosa tem mais quatro filhas, que moram com suas famílias (filhos e respectivos maridos). Ela apresenta aparência física jovem, com olhos azuis, de estatura média e com cabelos grisalhos e curtos. Apresenta expressão dócil, educada e agradável no tratar comigo. Quando

estive em sua casa uma vizinha a visitava, e o marido e sua filha caçula encontravam-se em sua casa.

Há uns dois anos, Rosa começou a ter problemas intestinais, dor abdominal, inapetência alimentar, mal-estar, fraqueza muscular, mas, mesmo com todos esses sintomas, não entendia o que poderia ser. Pensou que fossem apenas flatulências, e o que foi reafirmado pelo médico que procurou. Após esse episódio, começou a apresentar sangue vivo nas fezes, o que despertou nela uma sensação de medo e dúvida do que seria esse fato em sua vida. Rosa resolveu mostrar isso para sua família, principalmente para sua filha caçula, que agendou uma consulta no hospital para descobrir o porquê desses acontecimentos, como evidenciado na fala a seguir:

Eu sentia muita dor em baixo. Não conseguia sentar e, para caminhar, era muito difícil; as pernas ficavam duras e (pausa) muito deitada, muito desânimo, um fastio. E um ano e meio eu estive assim [...] nesta situação, [...] aí eu ia ao médico. Ele dizia que era gases. Outro dizia que era coluna. Aí, então, meu marido dizia: 'Ah! não, isso é gases'. Eu sentia dor lá em baixo, uma dor que vinha na paleta, em baixo da costela. Era gases, gases. Até que daí, um ano e meio, mais ou menos, eu comecei a botar sangue, por trás. Nas fezes não saía, era só o sangue. Eu ia me limpar, pingava, às vezes, no vaso. Foi que as gurias (filhas) falaram. A gente não falava em doença. Meu marido nunca acreditou em doença. Sempre dizia que não: 'É cisma tua, tu não tem'. E eu dizendo que tinha, tinha. Até que eu fui no banheiro, comecei a observar, quando a gente se limpa, sangue,... Mas como? Sempre tive dor. Não doía para fazer cocô. Era só aquela dor que eu sentia pra sentar, caminhar. [...]. Um dia, sangue bastante pingado no vaso, aí eu comecei a mostrar para minha filha [...], essa que corre muito para mim. Foi lá na FURG para ver se arrumava uma ficha, que era urgente.

O idoso, muitas vezes, apresenta sintomas gastrintestinais ou urinários, como dificuldade na evacuação ou micção, não os levando em consideração, por achar que somente com “remédios” caseiros, obterá resultados, não procurando ajuda dos profissionais da saúde. À medida que as deficiências progridem, culminam em um processo mais complicado, como o câncer, por exemplo, sendo necessária, como alternativa de sobrevivência, a cirurgia para retirar a área impregnada pelo câncer e reconstruí-la, por meio do estoma, que pode ser temporário ou permanente.

Após os exames, Rosa descobriu que todas aquelas sensações de mal-estar, dor no ânus e incômodo para sentar e deitar se devia a um câncer no reto, que resultou em uma cirurgia, originando uma estomia à esquerda do tipo colostomia definitiva. Após outros exames, o médico descobriu que Rosa tinha outro câncer,

mas, agora, no intestino e, com isso, outra cirurgia e sete dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram momentos complicados, tanto para ela quanto para sua família.

Luzardo e Waldman (2004) ressaltam que a extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas, que atingem o corpo do idoso, repercutem de tal forma sobre a família como um todo e, em especial, sobre o familiar responsável por prover os cuidados no domicílio, além deste ter a necessidade de compreender o contexto singular do idoso cuidado.

Rosa relatou que, mesmo com a notícia de ter um câncer e, após, com a estomia, ela não se abalou. Foi fácil a aceitação, porque estava preparada, já que percebia que todos aqueles sintomas indicavam que algo mais sério estava ocorrendo em seu organismo.

Pela cirurgia ter sido recente, Rosa sente dificuldade em manusear os acessórios que usa no cuidado da estomia, como a bolsa de karaya e sua inserção exata para não causar assaduras periestomal. Por isso, o cuidado é realizado pelo marido que a acompanha diariamente. Antes, esses cuidados eram realizados pelas filhas. Rosa ainda sente alguns sintomas, como dor e presença de infecção na região anal, necessitando de curativo, o que motivou uma nova consulta e, com isso, uma nova cirurgia, que será marcada mais adiante, conforme a disponibilidade do Bloco Cirúrgico.

Rosa relatou que tem dificuldades na realização de suas atividades de vida diária (AVDs) por medo e por não saber lidar sozinha com a estomia, o que lhe causa desconforto na autonomia do fazer doméstico, fazendo o que é possível. Mostra-se impressionada com os preços caros das bolsas de karaya na farmácia, o que seria impossível comprar, porque se, a cada vez que a bolsa arrebentar, necessitar comprar outra, seria complicado.

Quanto à sua moradia, é considerada confortável, com ambiente amplo, com móveis novos e modernos, o que facilita sua vida. Rosa pode contar com abastecimento de água potável, energia elétrica e rede de esgoto, bem como recolhimento de lixo. Mas, segundo ela, houve alguns momentos vida em que teve vontade de mudar-se, porque a casa lembrava suas filhas, que antes moravam com ela e se casaram e, agora, são somente belas recordações.

A moradia, com suas características, reflete a identidade familiar, entendida como aquilo que é expresso pela própria família. Ao assinalar o espaço da moradia como o local da convivência familiar, é importante registrar que é nele que a família constrói uma história de vida (ALTHOFF, 2002).

Com a saída de suas filhas, Rosa sentia uma imensa tristeza e saudade, fato que a fazia chorar. Não gosta de ver televisão; prefere o rádio; com isso, o tempo passa e ela se contenta. Sua casa situa-se em um bairro com movimento médio, seja de trânsito, seja de pessoas, perto do Centro.

Morin (2002b) argumenta que a família constitui uma unidade ligada, sendo o lar um refúgio protetor, mesmo quando seus membros dispersam-se, permanecem inseridos numa rede de solidariedade.

Rosa falou com tranquilidade de sua vida, apesar dos momentos de insegurança e desesperança que deixa transparecer quando se refere à sua situação atual como idosa portadora de estomia. Ficou triste, quando relatou os lapsos de memória, que surgem quando ela quer se lembrar de um determinado fato:

A primeira cirurgia que eu fiz foi no reto. Câncer no reto, aí que eu botei [bolsinha/estomia], no fim do ano, outubro, parece que foi. Novembro, dezembro. Eu não lembro, foi no verão. Minha filha que sabe tudo. Vamos que em dezembro, que seja no final do ano que eu fiz a primeira e agora em dois, três meses, eu sabia direitinho. Nem sei que mês estamos agora. Faz pouco tempo, eu sabia direitinho. Foi em abril, eu acho, porque meu filho estava de aniversário.

Rosa é amistosa, mantém uma relação harmoniosa com os familiares: Com o filho é próxima, pois ele mora junto. Além disso, ele coordena um comércio (bar/lancheria) na residência da mãe. Ele tem 26 anos, é estudante universitário e tem esse negócio como fonte de renda complementar da família. Com as filhas, há um destaque para uma delas, a caçula, que a acompanha com maior frequência. Esta, embora com filhos e marido e morando em um bairro mais afastado, não deixa de visitar a mãe e ir ao serviço de estomaterapia solicitar os acessórios que sua mãe usa no cuidado da estomia. Rosa passa a maior parte do tempo acamada. As demais filhas moram em outra cidade, o que dificulta uma relação mais aproximada, ocorrendo comunicação somente por telefone.

Rosa ressaltou também, em especial, que a relação com seu marido mudou muito após a estomização, para melhor, pois ele tem dedicado seu tempo no cuidado dela. Participa do serviço de estomaterapia, quando pode. Porém, é principalmente sua filha que vai mensalmente arrecadar as bolsas coletoras e receber as orientações que lá são realizadas.

A relação com o marido foi transformadora. Segundo ela, depois de ficar estomizada, ele se tornou melhor, pois a interação entre eles se tornou mais próxima, despertando a sensação de que a presença da estomia favoreceu a união do casal, o que é denotado a seguir:

Ele (marido) mudou muito. Se dedicou só para mim. Não saía de perto de mim, me alcançando as coisas. Ele nem vai mais para o Cassino. Não me deixa sozinha, com medo que desmaie, porque quando não é o açúcar subindo, é a pressão. Ele fica com medo que eu caia. Ele disse que não tendo alguém que fique comigo, ele não vai.

Para Elsen (2002) o sistema familiar inclui um processo de cuidar, no qual a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde de seus integrantes, recorrendo aos profissionais quando necessário.

Morin (2002b) afirma que a família, mesmo restrita em dimensões e em funções, permanece um concentrado biológico, psicológico, cultural e social muito forte.

Quando Rosa ficou sabendo que estava estomizada na UTI, seu sentimento ficou expresso através da seguinte fala:

Olha, eu vou dizer uma coisa: Eu nem sinto, Eu passo mais dormindo, por causa desse problema. Não posso muito sentada, só tapada, dormindo. E os remédios dão muito abalo. Não, para mim, não foi muito, porque eu não sabia que iam fechar lá em baixo, eu não sabia. Quando eu acordei, que eu estava bem. O médico não me falou nada. As minhas gurias sabiam. O médico disse para elas. Quando eu me dei conta, ah! senti mesmo... Quando eu estava com curativo lá em baixo, eu não sabia. Com a bolsinha eu já estava. Já tinha tirado um pedaço do reto, total. Hoje me sinto bem, não me sinto sozinha.

Tais situações exigem que o indivíduo ressignifique sua existência, adaptando-se às limitações e às novas condições geradas, sendo necessário estabelecer uma nova relação com a vida, já que todo esse conjunto de novas

situações provoca medos e conflitos interiores que, no decorrer, somatizam-se em outros problemas como a depressão e a própria estomia.

Messa (2005) afirma que a doença significa a perda da homeostase², levando o indivíduo a buscar um novo equilíbrio. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o indivíduo e também para sua família, pois é o primeiro grupo de relações em que o indivíduo está inserido, além de que esta necessita reorganizar-se e também adaptar-se, pois o doente pode precisar de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que o auxilie na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

Rosa trabalhou por muito tempo vendendo produtos cosméticos em domicílios. Após a cirurgia para a realização da colostomia, ela passou a sentir muita dificuldade com a bolsa de karaya e com os cuidados que a estomia requer e, principalmente, com a secreção que sai da região do reto e sente dor, fatos que a incomodam ao sentar e fazer suas atividades. Por isso não consegue sair de casa para trabalhar. Todavia, ela se sente feliz, porque seu marido tem realizado as vendas dos produtos cosméticos, com muito sucesso, segundo ela.

Na visão de Elsen (2002), a proteção familiar, além de resguardar, abrigar e preservar a vida e a saúde de seus membros, significa também sua orientação e acompanhamento como um ser de relações. O cuidado familiar não é um fenômeno isolado, é semelhante a uma árvore, cujo tronco é formado pelas ações múltiplas e as raízes, pelo universo de significações, em uma constante troca.

Na comunidade, com os vizinhos e amigos, Rosa não tem o que reclamar. Mantém uma relação de respeito. Alguns vizinhos a visitam. Ela não gosta de sair de casa para ir visitá-los. Prefere que eles a visitem. A relação com os serviços de saúde se dá por meio da consulta hospitalar e em uma clínica particular por ocasião de um episódio de diarreia. Não frequenta o posto de saúde.

No serviço de estomaterapia, Rosa não é assídua nas reuniões mensais do grupo, porque ainda sente dificuldades para sair de casa, pelos lapsos de memória, pela dor na região anal e pelo desânimo com o rigoroso inverno e a presença do frio.

² Palavra oriunda da Fisiologia Médica, que significa tendência à estabilidade do meio interno do organismo (FERREIRA, 2004)

Ela conta que participou de uma reunião no início de sua entrada no grupo, mas se sentiu mal devido à sua condição pós-operatória. Apesar desse fato, percebeu o serviço como oportunidade de aprendizagem e ajuda mútua aos que desconhecem os fatores que implicam na ostomização.

Depois de expor sua percepção, ela expressa a vontade de continuar a freqüentar as reuniões que ocorrem uma vez ao mês, além de receber as bolsas de karaya e, com isso, manter o contato com os demais estomizados, escutando-os e trocando suas experiências, bem como entendendo que não se encontra sozinha, motivo que eleva sua auto-estima:

Se eu não vou mais, é porque não posso. Assim que eu ficar bem, eu não vou faltar. Eu, sozinha, não atino, me perco. Vou aprender até ir sozinha, mas por enquanto o caso é esse: não posso me sentar, fico em casa. Minha filha é que pega as bolsinhas no grupo. Depois disso, vou começar a freqüentar.

Quando visitei Rosa percebi que sua residência encontrava-se mais próxima à minha, facilitando, assim, a visita. Além disso, sua disponibilidade em participar e contribuir com suas experiências promoveu o arranjo da pesquisa. Lá pude contar com o apoio de sua filha, que a acompanha no cuidado e que freqüenta o serviço de estomaterapia, ajudando-a no entendimento das perguntas propostas na pesquisa, falando de sua participação no cuidado de sua mãe e na trajetória que Rosa teve que percorrer até o momento. E, também, sua vizinha e amiga acompanhou a entrevista, através da observação, sem opinar, somente concordando com os fatos que eram pertinentes e revelados ali.

A entrevista foi realizada em uma sessão, em sua residência, durante 50 minutos, em que expressou suas angústias, depressão, aceitação e seu saudosismo, quando retratou, recursivamente, alguns episódios de sua trajetória de vida. Foi rica em detalhes, mas não soube precisar no tempo muitos dos episódios que relatou por conta dos lapsos de memória que, como ela disse: *são coisa de velho*, recorrendo à sua filha que se encontrava junto à conversa.

A percepção de Morin acerca do processo de envelhecer é de que o ser humano, rejeitando a morte, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice, talvez por esta fase da vida ser a que mais se aproxima da morte e, assim, torna a velhice um peso para sua vida (SANTOS, 2003). Em contrapartida,

a velhice é uma fase formada por múltiplas questões que contemplam o cenário biológico, configurado no contexto social, cultural e emocional, remetendo-me à reflexão acerca das condições dessa nova etapa de vida, com o intuito de contribuir para a construção de uma cidadania plena para os idosos.

Apesar das dificuldades, Rosa desejou continuar o relato, porque compreendia a importância de sua experiência, como estomizada, na ajuda daqueles que ainda desconhecem a realidade de ser uma idosa estomizada. Sente que não está sozinha, porque há outras pessoas com problemas piores ou semelhantes, expressando: *“Eu sei que tem gente muito pior que eu. Eu vi que não estou sozinha. Tem outras pessoas com o mesmo problema. Tem bastante gente”*.

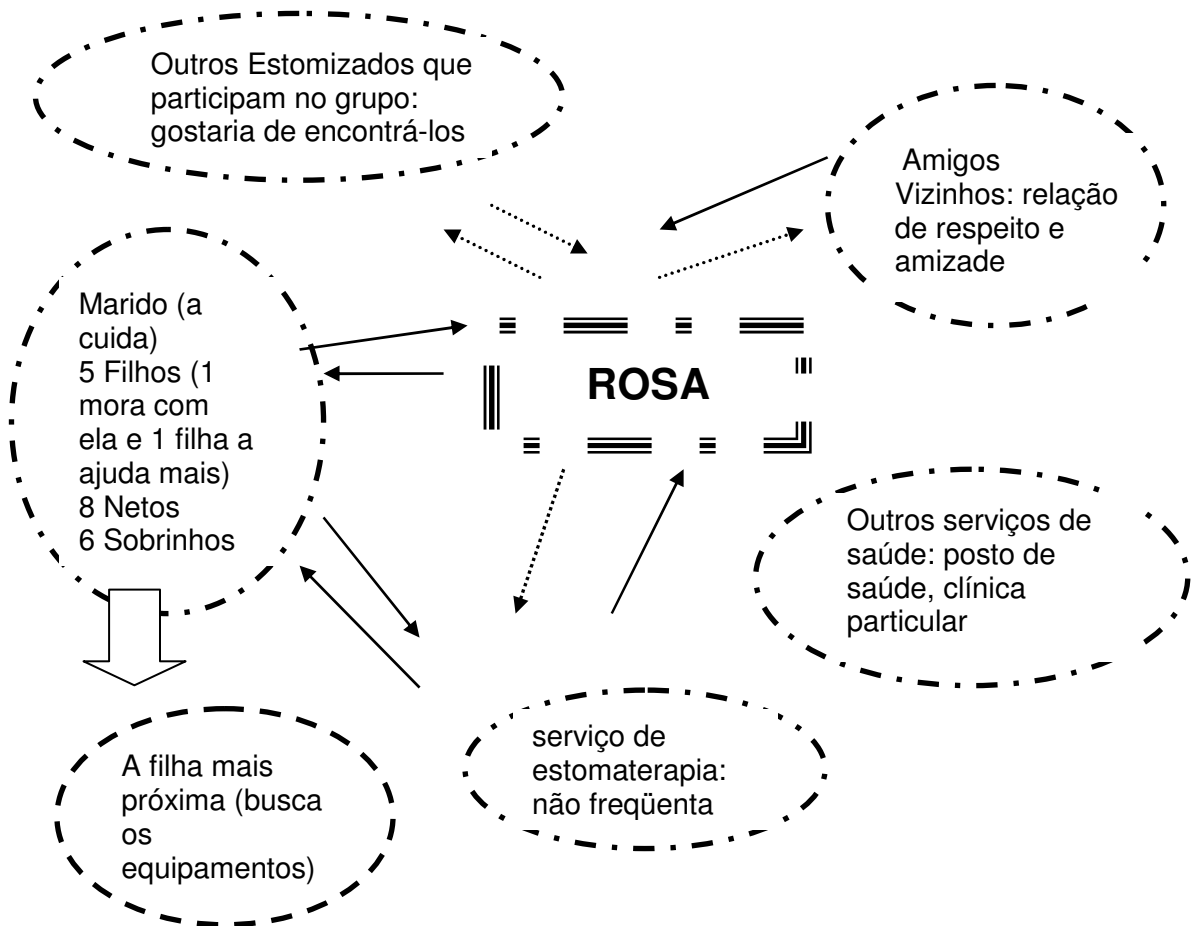


Figura 2 - Ecomapa de Rosa: dados sobre sua rede social de apoio, Rio Grande, 2007.

O ecomapa da Rosa demonstra ligações fortes entre ela e os membros da sua família, dos vizinhos e amigos. Essa convenção de fluxo também ocorre entre

sua filha e o serviço e estomaterapia, pois é esta que vai até o serviço arrecadar as bolsas de karaya para a mãe.

Sua família, composta pelo marido (que a cuida), 5 Filhos (1 mora com ela e 1 filha que a ajuda mais, em destaque), 8 netos e 6 sobrinhos articulam com Rosa uma relação forte, representada por um fluxo contínuo e uniforme, pois todos preocupam com seu estado de saúde e a apóiam conforme suas necessidades.

O diagrama fornece as seguintes informações: a relação de Rosa com o serviço de estomaterapia é marcada por ligações com barras, denotando um sentido estressante, dado que ela não tem conseguido participar das atividades propostas pelo serviço, devido às limitações de sua idade e às dores na região anal. Por outro lado, a relação mostra-se dialógica quando é denotada por ligações fortes, por estimulá-la para o autocuidado.

É possível perceber, também, no gráfico, que sua ligação com os outros estomizados, que participam no serviço de estomaterapia, é expressa por pontilhados, o que denota uma ligação frágil, visto que uma só vez participou da reunião de grupo, quando ela teve boa impressão. Por não poder ir ao serviço de estomaterapia pessoalmente, surgem fatores que dificultam a troca de percepções, acerca de sua condição de estomizada. O mesmo ocorre entre ela e seus amigos/vizinhos, por preferir ficar em casa e não gostar de visitar e, sim, de receber visitas, devido a suas limitações.

Quanto ao gráfico com ausência de ligações, o mesmo demonstra também a ausência de relação entre Rosa e os demais serviços de saúde e vice-versa, visto que prefere o hospital pela presença do serviço de estomaterapia e pela facilidade da consulta com o especialista desejado.

Violeta

Violeta, com 68 anos, é natural do distrito do Taim/Rio Grande/RS. Atualmente mora no Cassino/RS (região litorânea). Viúva, não completou seus estudos, parou de estudar no antigo curso primário (hoje ensino fundamental). Refere como profissão ser do lar.

Mora sozinha em sua casa, tendo somente seus cães de estimação por companhia. Violeta tem quatro filhos (três mulheres e um homem), sete netos e dois bisnetos. No terreno em que mora, há três casas, a dela, a de seu filho, o qual mora com a própria família (filhos e cônjuge) e a da sua filha.

De aparência física emagrecida, sofrida, de cabelos curtos grisalhos e crespos e com olhos escuros. Emocionalmente, demonstrou ser segura de sua condição de idosa estomizada, quando ressalta que a cirurgia foi importante para lhe garantir a sobrevivência, tanto que faz uma analogia com uma *caminhada longa que, ao término do percurso, tudo é findo*. Violeta exemplificou por diversas vezes alguns de seus conhecidos e amigos que estimulou a importância de cuidar da saúde, para que não tenham medo das circunstâncias, mas que enfrentem com cautela e firmeza como ela fez.

Violeta lembrou que, há oito anos, deparou-se com a presença de um câncer no reto, fato que não esperava, até o médico diagnosticar. Com isso, realizou diversas radioterapias, até o momento em que o médico decidiu a cirurgia. Relatou que a primeira tentativa de emergência originou um estoma temporário à direita, mas depois, por volta de cinco meses, fecharam o primeiro estoma. Após isso, foi necessário outro, agora, uma colostomia definitiva à esquerda. Segundo ela, o Sistema Único de Saúde (SUS) prestou-lhe ótimo atendimento, pois não tinha dinheiro para pagar o tratamento em um serviço particular.

É relevante considerar o aumento da população idosa brasileira que recorre aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), quer ambulatoriais, quer hospitalares, ou ainda os idosos que residem em Instituição de Longa Permanência (ILP). Os idosos que procuram os serviços públicos de saúde o fazem pelas mais diversas razões, entre elas por necessitar de cuidados referentes à presença de uma estomia. Xavier (2004) afirma, a partir de estatísticas do Ministério da Saúde, que 73% dos idosos brasileiros dependem do sistema público de saúde. Defende, ainda, que a abordagem ao idoso realmente precisa ser diferente do normal, respeitando os seus limites.

Após a ostomização, Violeta ressaltou que, no início, foi difícil lidar com esse fato novo, porque é algo criado artificialmente para que a vida seja mantida. Aos poucos, para ela, uma mudança foi acontecendo, sem problemas. Violeta expressa

de forma dialógica a contradição de estar estomizada com dificuldades e a segurança da aceitação de sua condição sendo um processo natural, porque, segundo ela, a vida continua, sem sintomas decorrentes da cirurgia, e assim ela se abisma das pessoas que não conseguem enfrentar as situações de doença com otimismo e fé. Ela é muito otimista, conforme relato:

Eu sempre digo: Vai dar tudo certo. É a mesma coisa que caminhar numa caminhada longa que, quando tu olhas pra trás, só tem uma estrada e tudo passou. Assim que faço. A gente está vivendo, tem que seguir em frente. Que bom se todos vissem a doença assim... Vendo a doença, a pessoa se desespera mesmo. Por isso que eu te digo que eu tive uma força muito forte. Claro que também não estava preparada, sei lá, assim de repente. Com câncer, já pensou? Acordar e (pausa). Eu nunca pensei!

Apesar das dificuldades, a vida se apresenta de forma complexa, em que o ser humano vê-se introjetado em meio a um dilema, como a estomização quando idoso, buscando esperanças e um novo olhar para o futuro. Morin (2001a) retrata que a complexidade está onde não se pode vencer uma contradição, ou mesmo uma tragédia, fato que reforça a presença do tempo e do espaço nos acontecimentos.

Violeta referiu ainda que, no início, depois da cirurgia, que os cuidados com a estomia e o manuseio com os acessórios, como a bolsa de karaya, eram dispensados por sua nora. Em certo momento, Violeta entendeu que necessitava assumir o cuidado, enfim, autocuidar-se e, para isso, começou a realizar os cuidados sozinha, até o presente. Ela ressaltou que os realiza com mais facilidade agora. Os familiares, segundo Violeta, são muito importantes, porque sempre está próxima para acompanhá-la nas consultas e proporcionar-lhe um ambiente de qualidade, ou seja, sempre estão prontos para ajudá-la.

Violeta é ativa e extrovertida, mantém uma relação próxima à família e aos amigos, visto que seus dois filhos moram no mesmo quintal da casa junto às próprias famílias. O filho trabalha como marceneiro e pedreiro, logo passa a maior parte do tempo fora, mas nos finais de semana fica com a mãe e sua própria família. Muitas vezes, conduz a mãe até as reuniões do serviço de estomaterapia que se realizam nas últimas quartas-feiras de cada mês ou para resolver questões pessoais. A filha, que também mora no mesmo terreno, junto com sua própria

família, ajuda a mãe na realização das atividades domésticas, sendo por vezes, responsável pelo almoço. Com os demais filhos, Violeta fala por telefone, pois moram em Porto Alegre.

Relatou que a sua família esteve próxima em todos os momentos de sua doença, dando-lhe apoio, ajudando-a nos cuidados. Os amigos também foram importantes, tanto que quando vão visitá-la ou quando ela os visita, ela fala de sua ostomização, sem receio, mostrando que vencer o câncer foi mais uma etapa de sua vida, e ter uma estomia foi somente a conseqüência. Esclareceu que a estomia e seus acessórios não deixam cheiro nem produzem qualquer tipo de incômodo, pois é uma questão de higiene e aceitação.

Tal percepção fica evidenciada na fala abaixo:

É uma coisa de higiene, não deixa cheiro. A gente pode ir onde a gente quer, estar perto de qualquer pessoa, que por isso não priva nada. As pessoas dizem: 'Ah! Será que não vai soltar cheiro?' Não solta cheiro, está tudo direitinho, tudo limpinho. A gente faz a higiene direitinho, que não tem. Não tem nenhum mistério! A gente vive normal, na minha opinião.

Quanto aos serviços de saúde, mantém uma relação distante, porque confessa que há três anos não procura o médico para fazer uma revisão da cirurgia ou um preventivo, apesar de estimular seus amigos à realização de visita ao médico. Disse confiar em Deus em primeiro lugar e, logo em seguida, na medicina por seus avanços e descobertas; mas o mais importante é ter vontade de viver. No início, ia ao posto de saúde do Parque Marinha para trocar a bolsa de karaya, mas pelo posto ser longe e precisar deslocar-se, a nora assumiu os cuidados em casa e, aos pouquinhos, Violeta viu que precisava cuidar de si própria, no cuidado diário da estomia.

Quanto ao serviço de estomaterapia, Violeta é assídua, freqüentando-o há oito anos, participando mensalmente das reuniões e da distribuição dos acessórios, apesar de morar em uma região longínqua, no Cassino, sendo uma oportunidade de sair, de sentir-se bem, de encontrar outras pessoas estomizadas, de trocar experiência, de conhecer novas percepções da condição de ser estomizada, de aprender a aceitar a si e ao outro, como denotado abaixo:

Vocês [grupo] levantam a auto-estima da gente. É muito bom. Eu gosto de ir, só porque a gente se sente bem ali. Embora não tenha nada para dizer, mas a gente pega a bolsinha e fica na reunião ali. Eu aprendi a aceitação, conviver. Ver que todo mundo ali está bem, mais ou menos bem. Uns que conversam com os outros. Eu pude ver ali que todo mundo está bem, vivendo. É bem recebida. (risos).

Ela reclama que são poucas as bolsas de karaya distribuídas pelo serviço, já que cada bolsa vendida na farmácia é cara, porém reconhece que esse problema não é atrelado ao serviço e, sim, à coordenadoria de saúde que repassa as bolsas coletoras. Ressaltou que a bolsa de karaya dura em média uma semana, poupando-a da preocupação com o mínimo de bolsas oferecidas no serviço:

O problema é que, se vem pouca bolsa, já não é de vocês [grupo]. Não faltou a minha [bolsa]. Não tenho queixa. Minha bolsa dura até uma semana. Não arreventa. Nunca aconteceu isso, graças a Deus. Não me preocupa até o presente momento.

Quanto à sua residência, sente-se bem, morando em uma casa simples, modesta e de poucos móveis, mas organizada. Apesar disso, passa pouco tempo em casa, porque gosta de passear. Falou com entusiasmo das suas atividades da vida diária (AVDs), não tendo dificuldades. Limpa a casa, lava a roupa, prepara sua alimentação, entre outros afazeres. Contou que limpa o quintal, que é de sua vizinha e que divide com ela, pela amizade que lhe tem. Prefere morar no Cassino pela calma e tranquilidade. O bairro de sua residência é longínquo em relação ao bairro mais central, tem pouco tráfego de carros e pessoas, é constituído de casas simples e outras com uma aparência modesta, próximas a uma praça freqüentada por crianças que moram perto.

Violeta foi a participante que morava mais longe, sendo necessário ir até ela de ônibus. O inusitado aconteceu quando me perdi, necessitando ir até o posto de saúde de seu bairro, o qual se situa em direção oposta à sua casa, para poder ter acesso ao mapa da localidade. Demorei cerca de uma hora para encontrar o local de sua moradia e, quando cheguei em sua casa, Violeta estava aflita, à minha espera, pois não sabia do ocorrido. Segundo ela, havia ido até uma rua próxima, na possibilidade de me encontrar. Com toda sua simplicidade, demonstrou estar acostumada com sua condição de estomizada e que isso não interfere no seu dia-a-dia.

A entrevista foi realizada em uma única sessão, em sua residência, durante 30 minutos, momento em que expressou entusiasmo, contentamento, aceitação e segurança frente a seus exemplos. Foi sucinta e breve em seu relato. Mas, verbalizou que o maior desejo de sua vida é permanecer ativa e não ter que ficar acamada por motivo de doença, pois não aceita que não sejamos fortes para vencer a doença. *Não precisa se apavorá e dizer que fulano está com câncer e chorar o dia inteiro. Não chora o dia inteiro. Está vivo? Vamos tratar, vamos ao médico! Até parece que vou muito ao médico. (risos). Faz três anos que não vou ao médico. A medicina está adiantada, tudo é moderno. Não vamos ficar chorando, vamos agir, assim, expressou.*

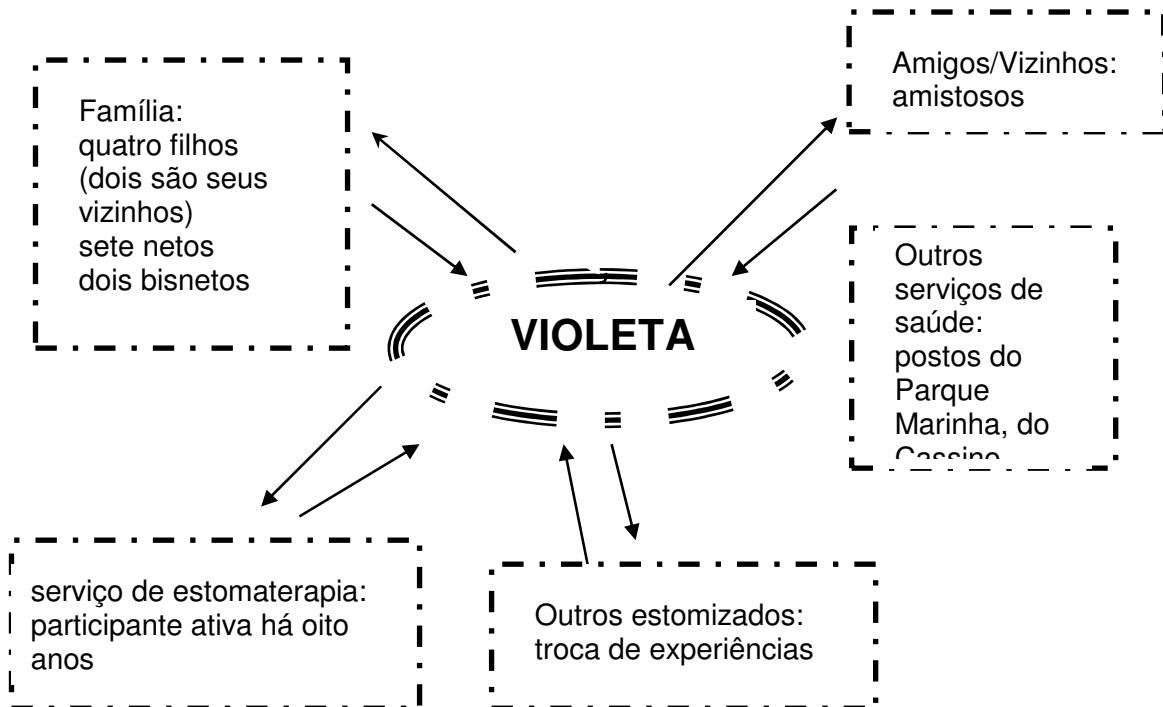


Figura 3 – Ecomapa de Violeta: dados sobre sua rede social de apoio, Rio Grande, 2007.

O ecomapa é um diagrama do contato da Violeta com o meio externo (rede de apoio social). Representa uma visão geral dos relacionamentos que a envolvem; retrata o fluxo e sua apresentação entre a família e os demais. Quanto à família, composta por quatro filhos (dois são seus vizinhos), sete netos e dois bisnetos (moram em Porto Alegre), em especial, é denotado um fluxo contínuo de contato, sendo um estímulo ao autocuidado, considerando sua estomia e, com isso,

promovendo qualidade de vida, pois a família é uma rede de apoio importante no seu dia-a-dia.

No mapeamento, por meio do ecomapa, foi possível delinear que as ligações fortes e contínuas foram estabelecidas por Violeta entre ela e o serviço de estomaterapia, bem como com outros estomizados, por poder ir com maior frequência às reuniões, sem maiores dificuldades e, assim, estabelecer um vínculo contínuo, contribuindo com suas opiniões à melhoria da visão dos outros estomizados com relação a si, além de participar ativamente nas mudanças internas ao serviço.

Os amigos e vizinhos são apresentados por Violeta como amistosos no convívio, o que permite uma maior aproximação e uma amizade singular, em que ela se coloca como articuladora frente às necessidades deles, bem como eles também. Recursivamente, Violeta coloca-se à disposição de seus amigos e vizinhos no intuito de fortalecer os laços de vínculo, através de sua determinação e coragem, o que é evidenciado na fala abaixo:

Com minhas amigas eu converso normal. Se não sabe que eu estou com a bolsinha, eu mesmo digo: Eu estou com a bolsinha, aquela coisa toda: Eu tive um câncer, estou aqui.

No entanto, a ausência de ligações fica evidenciada entre Violeta e outros serviços de saúde, dado que não os procura, somente busca atendimento no hospital por conta do serviço de estomaterapia. Violeta expressa que outros serviços de saúde, como o posto do seu bairro o do Cassino, e do Parque Marinha são considerados menos complexos às suas necessidades, o que desestimula a sua procura nesses locais.

Lírio

Lírio, com 68 anos, natural do Rio Grande/RS, viúvo; não completou seus estudos, parou de estudar no antigo curso primário (hoje ensino fundamental); refere como profissão ser aposentado.

Mora com um filho de 28 anos, que é universitário. Lírio tem três filhos, todos homens e cinco netos. Ele apresenta uma aparência física jovial, com seus cabelos brancos, com olhos escuros e porte médio. Mostrou-se educado, atencioso e breve em suas narrativas.

Há sete anos, Lírio começou a necessitar de um tratamento para a próstata, que culminou em uma prostatectomia. Porém, no momento da cirurgia foi constatado que havia algo estranho, sendo diagnosticado um câncer na bexiga. Teve uma grande hemorragia, impedindo que fosse feita a cirurgia, naquele momento. O médico orientou Lírio quanto ao tratamento com radioterapia. Ele fez 28 sessões, muito cansativas e estressantes, tanto que nesse período perdeu 16 quilos. Devido a essas conseqüências, foi decidida uma cirurgia que deu origem a uma estomia definitiva.

Lírio, então, optou por realizar a cirurgia, urostomia à direita, apesar do desconhecimento do processo operatório e do medo do que poderia acontecer após. A cirurgia deu-se em Porto Alegre, no Hospital Conceição, onde foram retiradas próstata e bexiga, uma cirurgia longa, com duração de 12 horas. Verbalizou que foi muito difícil, pelo organismo estar fragilizado, por ter sofrido uma intervenção anterior, além de ser considerada delicada, pelas mínimas chances de sua recuperação. Passou a conhecer a bolsa de karaya e suas funções na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Pensava que seria um cateter no estoma e que seria isso a intervenção cirúrgica.

Eu, quando coloquei a bolsinha, o doutor avisou que era para o resto da vida. Então eu tenho que me acostumar. Antes da cirurgia, eu não tinha idéia do que era a bolsa. Eu pensava que ficava um caninho dentro de mim. Eu fui conhecer a bolsa, quando eu me acordei lá na UTI, porque a minha cirurgia foi muito, muito difícil, por ter sido próstata e bexiga e por ter sido mexido antes. Um dia antes da cirurgia, o doutor foi no quarto dizer que eu tinha 15% de sair com vida. Operei e não tenho mais nada.

No início foi complicada a aceitação, porque seria uma nova fase de sua vida, uma nova forma de se olhar, de imaginar, o que foi, aos poucos, transcendido com facilidade. Lírio ressaltou que a maior barreira que teve que enfrentar foi a perda de sua esposa, também por câncer. Ela sempre esteve ao seu lado estimulando-o em

sua recuperação. Esse fato o comove e lhe traz muita tristeza e não-aceitação da morte dela.

No começo foi um pouco difícil. A gente botou uma coisa nova no corpo, foi um pouquinho difícil. Me acostumei logo em seguida. A única dificuldade que eu tive foi que eu nunca esperava que eu ia perder minha esposa e nunca troquei (a bolsinha). Eu sou o único que não troco a bolsa. Eu dependo de outros para trocar. Eu nunca troquei e agora não consigo trocar mais. Agora é meu filho que troca, minha nora, meus netos, todo mundo. O que tiver perto de mim já troca a bolsa. Mas, não me incomoda para nada, a bolsa, não. Nem sei que ela existe.

Morin (2002b, p.46) ressalta que, frente à morte, alguns sofrem com a morte de seus próximos. Tal experiência humana comporta uma consciência da morte como um buraco negro, onde se aniquila o indivíduo; comporta, ao mesmo tempo, uma recusa de seu desaparecimento.

Quanto aos cuidados com a estomia, Lírio enfatizou que não há cuidados que exijam maior desprendimento, sendo feito por qualquer membro de sua família, por amigos ou vizinhos. Prefere trocar a bolsa de oito em oito dias, período que dura a bolsa de karaya, a fim de evitar vazamentos inesperados. No início realizava as revisões em Porto Alegre, mas acabou abandonando a prática, por entender que não precisava.

Silva e Shimizu (2006) ressaltam que é necessário oportunizar atenção ao estomizado, buscando, no seu universo, conhecer e compreendê-lo no seu tempo, mediante a interpretação dos sentimentos expressos por ele, principalmente, por meio da manifestação verbal de suas emoções. Além disso, constitui-se em um desafio para todos os envolvidos no processo de cuidar da pessoa estomizada, pois envolve um planejamento de assistência discutido e compartilhado por todos.

Lírio, após a ostomização, sempre conseguiu desempenhar as atividades de vida diária (AVDs): sair com os amigos, a esposa; pescar, pintar as casas de aluguel que possui. Por motivos de saúde, uma hérnia estomal, deixou de realizá-las, além de se considerar *velho* para tais funções. Verbalizou que ela surgiu em decorrência da prestação dos cuidados dispensados a sua esposa, quando ela estava acamada, retirando-a para banho e colocando-a na cadeira, exigindo sua força física.

Morin (2002b), recursivamente, discute o cenário da idade em que o homem é ator, quando afirma que a infância e a adolescência não desaparecem na idade adulta, mas são acumulativas; a infância reaparece nos jogos; a adolescência, nos amores e nas amizades; também o velho guarda as idades anteriores e pode facilmente voltar à adolescência e à infância. Talvez o bebê já seja um velho. Com, isso, Morin (2002b, p.87) insere a incerteza na seguinte frase: “[...] o paradoxo do indivíduo humano – a não identidade na identidade”.

Lírio manifestou que muitas pessoas, como amigos, não entendiam o que era a bolsa de karaya, mas, a partir do contato e do relato de sua experiência, começaram a conhecer e compreender a realidade do ser humano portador de estomia. Além disso, nunca se importou em autocuidar-se com relação à estomia e lidar com os acessórios, pois era sua esposa que os manuseava e, com a morte dela, começou o seu próprio cuidado.

Lírio falou com tranquilidade de sua ostomização, as mudanças iniciais e sua adaptação fácil. Expressou grande tristeza, solidão e saudosismo quanto à esposa, tanto que relatou que entre sexta e domingo prefere ir ao cemitério e à missa, como forma de lembrar a quem ele mais amava. Melancólico, ao expressar que sua vida não é mais como antes, como era com sua amada. Tudo perdeu o sentido, é mais vazio, sem vida. Ele ficou abismado com tudo o que ocorreu, porque antes de tudo era ele que não tinha chances de vida, mas ao final quem faleceu foi sua esposa, pessoa com quem conviveu por 43 anos de casamento, quem mais o apoiou nos momentos de dificuldade, numa relação de dependência mútua, conforme o relato:

Tenho três filhos e cinco netos. Aqui, quando eu preciso, o que mais me ajuda é o filho que mora comigo, que está mais acostumado a trocar as bolsas. Todos trocam, mas ele tem mais prática. Acostumei mais com ele; é ele que sempre troca. Eu vivo bem aqui. O único meu problema é ter perdido minha esposa. Eu era dependente dela e não suporto ter ficado sem ela. A gente era casado há 43 anos. E, um dependia do outro; um ia onde o outro ia. Depois da morte dela, a minha vida é essa: saio na missa e no cemitério. Eu não vou a mais a lado nenhum; não vou a festa; não vou a aniversário nem dos netos. Meu último neto fez um aninho, nem isso eu não fui. Isso acabou comigo. A estomia, nem dou bola para ela. Eu não tenho prazer de sair. Eu estou sempre pensando nela [a esposa], é muita falta, muita saudade.

Morin (2002b) exprime a morte de modo paradoxal, ou seja, um complexo de continuidade e de ruptura com nossos enraizamentos, mas que se faz presente pela

sua inevitabilidade. A consciência da morte não se limita ao momento e ao acontecimento da morte; torna a morte presente na vida, por acompanhar-nos para sempre. A idéia de morte, dos seres amados, aumenta a angústia e o desfecho traz uma dor insondável.

Lírio tem uma relação com a família muito próxima, porque sempre que possível seus dois filhos, vem visitá-lo. Sua nora tem um salão de beleza do lado de sua casa, o que facilita a aproximação. Apesar da proximidade familiar e de tentativas de envolvê-lo nos eventos familiares, para Lírio tudo é difícil, pela falta de sua esposa para acompanhá-lo e, com isso, deixa de ir aos aniversários e reuniões de sua família, preferindo ficar solitário em casa.

No serviço de estomaterapia, Lírio é assíduo às reuniões e eventos promovidos, participando ativamente; sua importância dá-se na distribuição das bolsas de karaya, equipamento caro. Contou que participa quase desde a *fundação*, há mais ou menos sete anos, sendo uma oportunidade para aprender mais e tornar-se mais ser humano e manter contato com os demais estomizados que o ajudaram a se construir no coletivo, uma verdadeira família. Disse que, desde o início, já sabia quase todos os cuidados, porque aprendeu no Hospital Conceição, em Porto Alegre, onde fez a cirurgia.

Lírio comenta que, nos anos iniciais de formação do serviço de estomaterapia, havia poucos participantes; que vinham palestrantes de Pelotas, os quais dividiam o que sabiam com o grupo aqui, ainda em construção. Como era ativo nas reuniões, foi convidado a formar uma associação que desse conta das aspirações do grupo, mas por falta de incentivo desistiu. Conta, também, que o serviço, inicialmente, estava em vias de mudar de ambiente, do hospital para a secretaria de saúde em Rio Grande, mas como se tornava longe e não apresentasse uma estrutura adequada para a maioria idosa, não foi levada em consideração tal proposta, mantendo-se no hospital, como forma de reivindicação.

Através do assistente social do serviço, conseguiu uma consulta com a psicóloga, que o orientou quanto à melhor conduta como ser idoso estomizado. Com relação aos outros serviços de saúde, Lírio prefere o hospital do serviço de estomaterapia, ao invés do centro de saúde próximo, além de que sempre teve um médico especialista da família disponível para qualquer eventualidade. Demonstrou

ser criativo e preocupado com seu bem-estar, quando referiu que adaptou a bolsa coletora da urina a um *caninho*, que se comunica com uma garrafa de cinco litros, o que lhe proporciona tranquilidade para dormir toda a noite, sem ser necessário acordar para esvaziá-la.

Lírio, com seu altruísmo ao falar de sua participação no serviço de estomaterapia que freqüenta, deixou transparecer sua tranquilidade com relação à condição de idoso estomizado. Foi fácil encontrar sua residência, pois, por ser próxima de minha casa, fui caminhando. No entanto, quando pensava que ainda faltava uma quadra para chegar, percebi que já estava em frente dela, a qual era de esquina. Toquei a Campainha por três vezes, passando em minha mente a possibilidade de Lírio não estar em casa, apesar de termos marcado por telefone o dia e a hora. Após a espera, porém, ele apareceu com toda sua simpatia ao me receber. Encontrava-se sozinho em casa no momento da entrevista, visto que o filho que mora com ele estava trabalhando.

A entrevista foi realizada em uma única sessão, em sua residência, com duração de 51 minutos, quando oportunizou a expressão de tristeza, saudosismo, solidão, aceitação da estomia e baixa auto-estima, quanto ao seu corpo, após as radioterapias. Foi breve no relato, encontrando-se sozinho em casa.

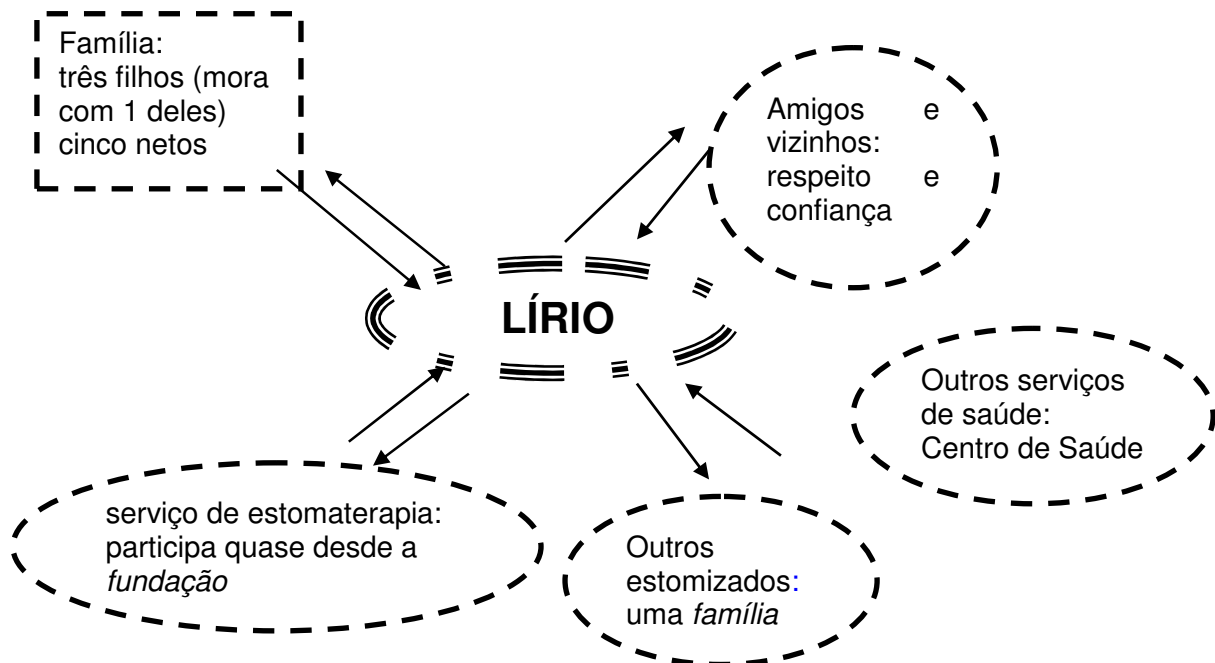


Figura 4 – Ecomapa de Lírio: representações gráficas da rede de suporte social, Rio Grande, 2007.

No diagrama que representa as relações de apoio de Lírio, foi possível observar que o serviço de estomaterapia, como um dos componentes de sua rede social, apresenta uma relação com ligações fortes. Por freqüentá-lo todas as quartas, pode perceber a importância do serviço, bem como dos outros estomizados em seu processo de aceitação, como uma família.

Em relação à sua família, composta por três filhos (mora com um deles) e cinco netos, a estrutura de apoio é marcada por ligações fortes, pela proximidade e a dedicação deles ao Lírio. Considera a família (seus filhos) como a extensão de seu amor por sua esposa, já falecida.

Com os amigos e vizinhos é denotada uma ligação de respeito e confiança, por todos participarem ativamente no seu cuidado, indivíduos que o acompanham com freqüência, religando-o em meio a uma sensação de vazio, com a morte de sua esposa.

A relação de Lírio com os demais serviços de saúde, como o centro de saúde, é demonstrada pela ausência de ligações, denotando a falta de contato com esses serviços, visto que se consulta com médicos já conhecidos pela família, o que lhe garante mais segurança quanto ao atendimento e seu tratamento.

4.2 Conceitos (re)descobertos...

Ser humano idoso estomizado complexo

O idoso, que se submete a uma cirurgia nas vias intestinais ou urinárias e torna-se estomizado, encontra-se inserido em um grupo que requer atenção e cuidados específicos. A partir desse momento, ele passa a não se aceitar como estomizado e entende que não poderá participar ativamente das atividades sociais e, com isso, percebe-se inválido e dependente do outro.

Esse idoso, portador de estomia, é um ser humano singular, dinâmico e complexo, ao olhar para si e para o mundo que o rodeia, sendo capaz de

desenvolver suas atividades normalmente, o que pode ser evidenciado no testemunho a seguir:

Fácil. Para mim foi fácil. Se bem que cada cabeça é uma cabeça, cada pessoa pensa de um jeito e aceita de um jeito. Eu aceitei bem. Me fez bem. Eu não sinto nada. A vida continua. Não sinto nada. Não me impede de nada. Eu saio, eu passeio, não tem nada que me atrapalhe. Penso que nem todos vão dizer isso. (Violeta)

Neste sentido, Morin (2004) afirma que a complexidade da noção do sujeito, apesar de sua fragilidade ou iminência da morte, persevera em prol de seus ideais ou humanidade. Enfim, o sujeito é transcendental, pois para seu reconhecimento é exigida uma reorganização em sua concepção, associando noções antagônicas e, assim, formando uma noção complexa do sujeito.

Em relação ao processo de envelhecimento, Morin o correlaciona com situações de perdas, como a morte, direcionando a certo pessimismo (SANTOS, 2003). Muitas vezes, nos idosos estomizados, esse pessimismo se faz presente. Frente ao procedimento cirúrgico de amputação do reto ou da bexiga, o idoso, já com tantas limitações impostas pelo processo de envelhecimento, tende a apresentar sentimentos de baixa auto-estima, desânimo diante das dificuldades e sensação de perda de parte de seu corpo, o que culmina em uma visão pessimista de si, sendo refletida aos outros ao seu redor:

Não tenho condições de sair para rua; dificultou. Me levanto; faço uma coisinha e outra; me deito. Eu sinto muito frio. Eu tenho dificuldade de me agachar, faço aquelas atividades de pé com vassoura. Passo uma pano no chão com a vassoura, mas quando não consigo, eu atiro; tem a máquina de lavar. É muito recente, eu tenho medo da estomia, para me agachar, porque aperta. (Rosa)

Nessa ótica, o ser humano necessita de reconhecimento, de ser ouvido em suas diversas situações, sejam elas momentos de alegrias ou de infortúnios. Os medos do idoso incluem o do isolamento e, principalmente, quando está sofrendo em decorrência das perdas, seja pelas disfunções de parte de seu intestino ou aparelho urinário, seja pela morte de membros da família ou de amigos, um processo inerente ao ser que envelhece:

Agora eu parei total com minhas atividades, porque eu já estou velho mesmo; mas quando eu me operei, que eu vim pra casa, eu trabalhava, eu fazia de tudo; agora estou aposentado. Infelizmente, ela não está aqui pra me acompanhar. Ela era meu braço direito. Por ter ela, eu nunca troquei, eu deixava ela [esposa] trocar. Nunca se pensou que minha mulher morria primeiro que eu. Ela morreu de câncer. (Lírio)

Morin (2001a) reforça que viver é morrer e rejuvenescer incessantemente, ou seja, vive-se da morte das suas células, como uma sociedade vive da morte dos seus indivíduos, o que lhe permite rejuvenescer. Um processo recursivo em que se vive da morte e morre-se da vida.

A individualidade do ser humano é sua singularidade. Ao mesmo tempo em que é único, singular, o ser humano é também genérico, universal, social. Ele é sempre individual e social, singular social, cultural. Isto se dá em função do ser humano não se ter construído isoladamente. Ele se construiu com outros homens (CAPELLA; LEOPARDI, 1999).

Para Morin (2004), o sujeito é representado pelo pronome “EU”, que realiza ações sob o domínio do pensamento, o que o torna *concreto*, por existir. Mas se considerarmos este mesmo sujeito em um plano coletivo, ele ainda tende a fazer parte da cadeia múltipla e não ser visto como pontual. Nesse contexto, o autor discute que este “EU” é capaz de se auto-refletir como modo de epistemologia intersubjetiva, levando em consideração um a um. Conforme a fala abaixo:

Eu sei que tem gente muito pior que eu. Eu vi que não estou sozinha. Tem outras pessoas com o mesmo problema. Tem bastante gente. Naquela reunião, a gente sai satisfeita. (Rosa)

Falar da singularidade do organismo não significa apenas a referência à anatomia, à fisiologia, mas à sua estrutura molecular. Apesar de encerrar noções bastante próximas, é preciso distinguir individualidade de singularidade. Segundo Santana e Thoferhn (2001), em relação ao conceito de doente, como um ser único, singular, ser humano capaz de um pensamento racional e lógico, e capaz de se fazer entender. Como ser social, tem capacidade de conhecer, amar, interagir com outros, compreendendo a sua unicidade.

Refletir sobre o significado da ação de cuidar do idoso na enfermagem é importante. Não podemos esquecer de que inter-relacionar a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia, procurando entendê-la, não como uma prática reducionista

na ação curativa e limitada, mas fundamentada na percepção do ser humano que enxerga o idoso como pessoa com valores, crenças e experiências (BRUM et al, 2005).

Boa parte dos profissionais da saúde não compreende que há casos, onde o tratamento não depende apenas da medicação. Depende também de abrir um espaço para ouvir o idoso estomizado, como ser humano complexo, porque abrange uma multidimensionalidade de fatores, pois ele é um sujeito inserido em um universo dialógico, em que, ao mesmo tempo, é autônomo, é dependente de sua história e de seu processo de viver, conforme transcrição a seguir:

Lá no grupo, o pessoal, os enfermeiros me atendem muito bem. É uma família que eu considero. Quando perdi minha esposa, eu precisava desabafar, eu precisava desabafar minha vida. Foram eles que me deram apoio. Foram eles que me ajudaram. (Lírio)

Cuidar do idoso estomizado como ser complexo/família, com suas limitações, significa considerar sua totalidade biopsicossocial e estimulá-lo ao autocuidado, à autodeterminação e a sua independência frente às escolhas que necessita realizar junto à sociedade e sua família.

Abreu Júnior (1996) ressalta que o cenário da Complexidade é integrado pela transposição das barreiras entre os campos do conhecimento, a discussão de novas perspectivas à educação e à sociedade, enfim, é um convite ao desafio. A concretização desses aspectos é importante para o desencadeamento de um novo olhar sobre o futuro: a educação, como um processo de construção do conhecimento com suas subjetividades, incertezas e diversidades.

O pensamento complexo é aquele que possibilita a compreensão das múltiplas dimensões da complexidade, ou seja, uma visão de uma realidade variada e multidimensional de uma totalidade. No entanto, não garante a leitura fácil do real, mas é um caminho que se faz ao andar, como um desafio introjetado ao pensar à luz da teoria (MARTINAZZO; CHEROBINI, 2005).

Visualizar o idoso estomizado de uma forma multifacetada e complexa é apreender o todo que o cerca, sendo essa a forma mais acertada em um modelo de saúde que traz ao centro das discussões o idoso estomizado, com sua singularidade

e incerteza, oferecendo-lhe a oportunidade de participar de seu autocuidado e, assim, motivando-o às ações mais efetivas em saúde.

Saúde complexa do idoso estomizado

As pessoas em condições crônicas de saúde, onde problemas intestinais ou urinários são condições para uma estomização, necessitam de apoio que vai além das intervenções tradicionais, porque a maioria dessas pessoas tem 60 anos, ou mais, encontrando dificuldades em enfrentar essas questões, somadas às demais perdas inerentes à velhice, principalmente no que diz respeito a sua funcionalidade, conforme verificado no depoimento:

Tirou e botou mais aqui para cima. Fechou aquela ali e abriu aqui, outra colostomia. O problema é que tem que estar sempre cuidando essa dor que eu tenho e a anemia, a dor na perna que me incomoda muito. Me dói muito. Tenho ido no médico, e agora estou com duas fístulas aqui atrás [região sacral]. Faz o curativo, tem secreção. Dói muito a nádega. Ele abriu outra aqui embaixo. Dói muito. Não posso passar muito tempo sentada. (Margarida)

Funcionalidade no envelhecimento é vista como uma capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social. Esse conceito envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social, constituindo-se como fato crítico de avaliação à saúde e ao bem-estar dos idosos (LEBRÃO, 2003).

É necessário propiciar ao idoso, em especial ao estomizado, novas formas de adaptação; mostrar-lhe sua importância como cidadão; mostrar que ele pode ser ativo e detentor de uma grande experiência de vida e que esta vida após a cirurgia não acaba, apenas recomeça uma nova, com outros desafios que, se aprendidos, deixam de ser desafios.

A não-aceitação, por parte do idoso estomizado da sua condição de saúde, pode levar à negação dos problemas e à rejeição do tratamento, muitas vezes, pelo constrangimento imposto por sua situação, ou por possíveis complicações, resultando em um agravo que poderá se tornar irreversível; talvez seja esse um dos motivos pelos quais muitos usuários em condições crônicas de saúde abandonem o

tratamento. Cabe aos profissionais da saúde esforçarem-se para fazer com que essas pessoas tenham a devida adesão ao tratamento e que essa visão distorcida seja transformada, o que se verifica na fala a seguir:

O ruim é que eu quero sair, assim, na rua. Se me sujo, rebenta alguma coisa [a bolsinha]. Acontecia de arrebentar muito. Então me sujo toda. Então, não posso. Enquanto não acertar aqui, para mim saí, fica ruim. Ela arrebenta. Quando eu fiz o exame último, a bolsa arrebentou na máquina [ressonância], sujou sapato, roupa. Um frio, eu não tinha levado, roupa, nada. (Rosa)

A partir da segunda colostomia, um dia eu estava tomando banho e vi que minha barriga estava de ponta de um lado e chamei meu filho que confirmou. Fui no médico, que disse que era uma hérnia. Eu disse: 'Ah! Doutor, pelo amor de Deus! Tem que operar, tirar essa hérnia!'. Do lado da barriga, estava inchada, complicado. (Margarida)

Assim, uma estratégia de reabilitação para o idoso estomizado, ao perceber que não está sozinho, a partir de Abreu Junior (1996), quando compartilharmos as experiências e as transformações em nossas vidas, o conhecimento e a transformação no convívio com os outros é o sentido circular da vida humana e social como, por exemplo, o grupo de estomizados.

Uma outra alternativa dá-se ao compreender o idoso estomizado no desenvolvimento de sua potencialidade, quando estimulada à mudança de atitude e a reinserção dele no meio familiar e social, ou seja, que o enfermeiro, como agente de transformação, junto ao familiar, mostre-se disposta a fortalecer a rede social do idoso por meio da educação.

Morin (1999) afirma que o conhecimento deve mobilizar não apenas uma cultura diversificada, mas também a atitude geral do espírito humano para propor e resolver problemas e situar toda a informação em seu contexto. Santos (2005) reflete sobre o ser humano como um ser dotado de complexidade, quando afirma que o cuidado direcionado a ele necessita de uma ação complexa, interdisciplinar, direcionando-se à transdisciplinaridade. Esse modo de visualizar contempla questões que recorrem à religação dos saberes, como meta a ser alcançada.

É oportuno enfatizar a necessidade do olhar singular, humanizado, frente aos desafios imputados pela presença de uma nova situação – a estomia, por meio do ensino do autocuidado, do olhar singular, não biologicista por parte dos profissionais de saúde, e da compreensão da família acerca das limitações do idoso estomizado,

o qual se depara com uma nova expressão de seu corpo. Torna-se necessária uma forma complexa do cuidado a este ser humano, por envolver não só o mesmo na sua individualidade, mas sua família e sua comunidade, isto é, o mundo que o cerca.

O idoso estomizado apresenta uma saúde complexa, tendo em vista suas limitações. Os conceitos de saúde e de qualidade de vida são de suma importância. Possibilitar educação em saúde, fomentar a reflexão individual e compreender sua situação, além do olhar sobre seu processo de envelhecer torna-se uma proposta de oportunidade para o enfrentamento, com maior facilidade, às imposições da sociedade e suas negações internas.

Cuidado complexo ao idoso estomizado e sua família

É relevante a preocupação com um possível declínio cognitivo fisiológico que os idosos podem apresentar em seu processo de envelhecer, em que as queixas subjetivas que referem a respeito de si com relação a seu meio social são reais e necessitam ser acolhidas dentro da nossa compreensão, como profissionais da saúde envolvidas na prática do cuidar.

Tendo em vista o processo de adaptação que o organismo do idoso sofre, frente às mudanças decorrentes do envelhecimento, para o idoso com estomia, é fundamental redirecionar as estratégias de cuidado para essa constante adaptação ao processo cirúrgico de estomização, pois o estomizado passa por alterações importantes referentes à representação do seu corpo já envelhecido e, agora, modificado.

Muitas vezes, o idoso estomizado apresenta dificuldades no manuseio dos acessórios de cuidado com o estoma, seja por *déficit* motor, seja por receio ou por compreender a estomização como uma etapa complicada ou complexa em sua vida. Por sua condição de ser que envelhece, algumas vezes, necessita de um familiar ou amigo para auxiliá-lo no cuidado ou na manutenção de sua autonomia, como denotado a seguir:

Meu filho é quem me ajuda. Antes era minha nora. Nesta aqui [3ª. Cirurgia de colostomia] é difícil colocar [bolsinha] sozinha, porque aquele buraquinho [estoma] tem que ficar certinho e é difícil. Outra pessoa botando, tenho que levantar o seio. É difícil, mas não tinha outro lugar. As outras cirurgias foram na barriga e depois fechou. Essa, eles [médicos] puxaram aqui para cima, e não tinha mais lugar, só pela medicina. (Margarida)

E quando chega no dia de troca, minha família troca. Quando eu estou no Cassino, tenho dois vizinhos que trocam também. Um dia eu estava num passeio com um padre, e ele nunca tinha visto e, conforme eu senti que a bolsa vazou, o padre também trocou, e vamos levando a vida assim. (Lírio)

Eu não tenho medo de olhar. Eu só tenho medo de colar a bolsinha, de colar em cima da bolinha. Então é ele [esposo] que coloca pra mim. Ele está até arrumando um jeito de uma mangueira diferente para que ele não precise, mas que eu faça sozinha. (Rosa)

Silva e Shimizu (2006, p. 487) descrevem a realidade vivenciada pelo estomizado e suas limitações:

[...] a estomia e o equipamento coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas estomizadas, mudança essa que requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A pessoa passa a ter de cuidar diariamente da estomia e dos acessórios. Essa tarefa não é fácil, elas ficam expostas ao contato com a deformação física causada pela cirurgia e, também, com a necessidade de manipular diretamente as suas próprias fezes, o que as levam à vivência de sentimento de baixa auto-estima. É, também, o momento que a pessoa passa a tomar consciência das limitações causadas pela estomia em suas atividades da vida diária.

A reabilitação do estomizado visa a restituir-lhe as atividades de convívio social e a melhorar sua qualidade de vida diante do impacto da aquisição do estoma. Esse momento caracteriza-se por uma primeira etapa, na qual transcorre a aceitação do estoma pelo idoso e, com isso, ele necessita entender que o estoma foi confeccionado com o intuito de preservar sua saúde (BECHARA et al, 2005).

Compreender as limitações do idoso, que apresenta uma estomia, é possibilitar reintegração social, permitindo-lhe um reolhar de si como ser humano em construção e, com isso, uma melhor aceitação da sua nova imagem corporal e melhor entendimento da nova situação.

Frente a essa situação, o profissional necessita estabelecer estratégias do cuidado de enfermagem, como o grupo de apoio, que voltem a percepção desse

idoso aos aspectos positivos do tratamento e da importância da sua determinação para participar no seu autocuidado. Essa relação transcende ao profissional que o cuida, pois intervém no cuidar – no agir humano – como proposta de mudança que relaciona as partes ao todo e o todo às partes, como exemplificado a seguir:

O grupo significa muita coisa. Ali a vida da gente está ali. Se não tivesse ali, o que seria de nós? Eu acho que ali é uma maravilha. Muito bom. (Rosa)

Um reolhar dá-se quando o profissional de enfermagem, ao prestar os cuidados ou ao estabelecer um diálogo com o idoso portador de estomia, percebe que ele sente medo de perder sua autonomia e independência ao deparar-se com a saída involuntária de material orgânico para o meio externo, podendo gerar uma sensação de impotência, tristeza e depressão.

Um importante elemento a ser incluído no cuidado ao idoso estomizado é o familiar, sujeito que acompanha e compartilha toda a evolução, os conflitos e as angústias pertinentes ao seu familiar idoso portador de estomia. Nesse momento, o apoio da família se faz de suma importância frente ao processo de adaptação ao estoma e à nova vida, com uma nova concepção de si e dos que o rodeiam, auxiliando o caminhar de enfermagem no cuidado específico a esse idoso. Isso pode ser constatado nos trechos dos discursos a seguir:

O velho [esposo] está sempre comigo. Meu marido me ajuda, eu e ele. Sozinha não tem condições. Tem que ter outra pessoa para ajudar, porque ele me ajuda no chuveiro, a me lavar, para poder limpar. (Rosa)

De início, a minha nora trocava a bolsinha, aquela coisa toda. Depois eu comecei a trocar. Eu mesma cuido. Não tenho dificuldades para cuidar. Eu mesma troco com a maior facilidade. (Violeta)

A calcinha apertada [a estomia], é um inferno. Eu tenho muita coragem, senão nem saberia o que fazer. E, ainda não sei que calça vou usar, porque a colostomia é aqui em cima. Minha neta viu para mim umas calcinhas que venha até aqui em cima. (Margarida)

As características da DCNT – permanência, remissão, necessidades de diferentes intervenções – parece levar à alteração no sistema familiar, pois seus

membros possuem maior vulnerabilidade para perdas em geral, constituindo-se como um fator de estresse para a família como um todo (MARCON et al, 2002).

A família é uma unidade de cuidado. Sua capacidade para cuidar de seus membros pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar; no entanto, sua presença no cuidado compreende as ações, interações e interpretações por meio das quais demonstra sua solidariedade (GOMES; FARIAS; ZAPPAS, 2004).

Emergem, nessa esfera, questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com estomia, levando em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento e a necessidade do cuidado sistemático e multidimensional. Relacionar as ações educativas de enfermagem com o idoso estomizado e a sociedade é significativo, ao considerarmos as influências dos valores negativos ou positivos que são atribuídos ao grupo idoso.

Brum et al (2005, p. 1020) ressaltam que o cuidar do idoso envolve um agir, quando afirmam que:

[...] a atitude do enfermeiro é integrada por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar - no agir humano. Assim a enfermeiro age como um instrumento de ação no cuidar do idoso, estabelecendo uma relação social e como tal assumindo seu compromisso ético e profissional.

O envelhecimento, como processo de vida, ocorre em nível coletivo e individual. A família é a fonte primária de suporte social, constituindo-se num sistema informal de cuidado à pessoa idosa. A enfermagem com enfoque na família coloca-se como um sistema que interage com a pessoa idosa e seus respectivos familiares, em busca de objetivos e metas propostos em conjunto (PELZER, 1996).

Na presença da estomia, o idoso tende a apresentar maior grau de complicações e dificuldades no processo de adaptação, talvez porque a estomia envolva muitos significados que dizem respeito a sua auto-imagem e ao aumento de sua dependência.

É neste sentido que o propósito da ação do cuidar de um idoso estomizado necessita estar desvinculado da sua idade e da sua expectativa de *recuperação*, devendo atender às necessidades físicas e não-físicas e englobando ambiente-idoso-família-profissional, influenciado por seus valores, crenças e experiências vividas em sua trajetória de vida.

Uma estomia pode ser um sério limitador da qualidade de vida. Os estomizados enfrentam dificuldades, tanto físicas quanto psicológicas. Há questões psicossociais envolvidas na dinâmica deles, como a perda da integridade corporal, a violação involuntária das regras de higiene e a perda da função reguladora do esfíncter anal (BECHARA et al, 2005).

O idoso com estomia, frente às condições que lhe são oferecidas no seu cotidiano, necessita reelaborar a dieta, cuidar do estoma e, com isso, manter a auto-estima e, principalmente, o autocuidado, revendo-se diante das incertezas. Por isso, a enfermagem desempenha papel fundamental na orientação, na prática dos cuidados e na educação em saúde.

Morin (2004) ressalta que todo destino humano implica uma incerteza irreduzível, até na absoluta certeza, que é da morte, pois ignoramos a data. Cada um necessita estar plenamente consciente de participar da aventura da humanidade, que se lançou no desconhecido em velocidade, de agora em diante, acelerada.

Evidentemente que, frente à idéia do cuidar/cuidado, a sensibilidade aliada à competência científica proporciona ao idoso estomizado uma recuperação mais rápida e menos traumática, pois apoiá-lo é um ato importante, já que o cuidar vai além do recuperar a saúde, transcende a sensibilidade, elemento vital na formação do profissional de enfermagem.

Na prática cuidativa, tendo como base a Complexidade,

[...] espera-se que o profissional não atue de modo unidirecional, mas como uma proposta compartilhada entre quem está prestando assistência, paciente e família, para juntos construírem programas de intervenção que promovam a saúde e bem-estar de todos; para que a pessoa [...] tenha o apoio necessário de forma que se sinta incluída na comunidade a que pertence (RIBAS, TERRA, ERDMANN, 2005, p.141).

O processo de estomização para uma pessoa representa uma agressão à sua integridade, com severas repercussões em relação a sua imagem corporal e ao seu autoconceito. É uma situação produtora de desequilíbrios psíquicos por meio da ruptura da estrutura do “eu”. O estomizado precisa adaptar-se a essa nova situação em busca da harmonia e da restauração das suas forças. A diminuição da autoestima faz com que alguns estomizados retraiam-se e busquem o isolamento como forma de autodefesa, provocando alterações de ordem física, psicológica, social e espiritual, além da alteração na sua imagem corporal, fazendo com que eles necessitem de cuidados específicos para conseguirem sua reinserção social (GOMES; FARIAS; ZAPPAS, 2004).

Resgatar a necessidade do autocuidado do idoso estomizado em relação a sua saúde é fundamental para que o cuidado tenha a participação dele e mobilização diária, no controle e no poder decisório dos procedimentos e na formulação do processo educativo. Não podemos esquecer que a conscientização sobre o envelhecer deve partir desde a infância, com a família e a escola, a fim de que os pré-conceitos sejam desmistificados e surja um olhar mais ético e transformador, assinalado abaixo:

Eu não tive muita dificuldade, porque eu e minha esposa, nós lidamos muito com a doença. Agora, já transmiti para meus filhos o que deve ser feito e eles fazem. (Lírio)

O idoso que porta uma estomia tende a recusar a aceitação de suas condições de saúde e, assim, rejeitar o tratamento, o que, muitas vezes, resulta no agravamento de sua deficiência. O profissional de enfermagem necessita estar preparado para reconhecer e elaborar um cuidado efetivo voltado às necessidades manifestadas pelo idoso, bem como às suas fragilidades inerentes à idade, estimulando continuamente o seu autocuidado, entendendo a importância de que há outro idoso estomizado vivenciando as mesmas situações.

Erdmann (1996) ressalta que a idéia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado, como conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza, ou processo dinâmico produtor e protetor

da vida. Neste sistema de cuidado, a noção de autocuidado é reforçada pela necessidade do outro.

O ser humano idoso com estomia requer um cuidado sustentável, que promova um olhar completo de suas fragilidades, bem como de sua família que convive com as transformações impostas por essa nova condição do mesmo.

Santos (2002) complementa que cuidar é um ato de sustentabilidade de vida para o ser humano e seus descendentes. Neste enfoque, como profissionais da saúde, necessitamos direcionar nossas práticas à manutenção da qualidade de vida e a sua garantia por período prolongado, estimulando o que é saudável e educando para um viver sustentável.

A estomia para o idoso é considerada uma forma de penalidade após toda uma vida, uma razão suficiente para se sentir angustiado e solitário. O idoso e a família envolvem-se em um processo de negação, revolta e sofrimento numa seqüência antes não imaginada, como em uma imensidão recursiva, verificado a seguir:

Eu antes tomava banho na praia, pescava, fazia tudo normal. Sou um homem igual aos outros. A diferença é que sou velho com estomia. (Lírio)

Erdmann (1996) revela que a vida contém elementos que participam ou fazem o processo auto-organizador por meio de ordens e desordens, incertezas, probabilidades e certezas, interdependências por interações de relações múltiplas inesgotáveis.

O cuidar envolve um agir, uma atitude do profissional de enfermagem inter-relacionado por duas formações: a pessoal e a profissional, quando esse trabalhador entende os valores inerentes à prática do cuidado ao ser humano idoso estomizado. Esses valores remetem à compreensão do processo singular dessa etapa da vida, marcada por transformações que afetam não somente a ele como a sua família, delineando características próprias no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem.

4.3 Proposta de gerontotecnologia educativa direcionada ao idoso estomizado e sua família

A tecnologia educativa é um instrumento que facilita o processo de ensino-aprendizagem, proporcionando a habilidade do indivíduo frente às situações (FIGUEROA, 2000). A inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com o idoso estomizado, freqüentador do serviço de saúde, pois tem a importância de auxiliá-lo na modificação das práticas e de contribuir para o resgate do cuidado de si como um todo.

Ensinar a conviver com a estomia é um processo multidimensional, contextualizando a parte e seu todo, e vice-versa, abrangendo não só os idosos, mas sua família, como rede social de amparo, sem contar a necessidade de estimular diariamente à promoção de melhor qualidade de vida.

Os cuidados empregados com a bolsa e com a pele peri-estomal são relevantes, tendo em vista que os produtos usados na manutenção da estomia e a prevenção quanto às complicações auxiliam, como estratégia para a qualidade de vida do idoso estomizado, além de que se torna necessário o planejamento da alimentação diária.

De acordo com Silva e Shimizu (2006), é necessário dar mais atenção à pessoa portadora de estomia, buscando, no seu universo, conhecer e compreendê-la na sua temporalidade, mediante a interpretação dos sentimentos expressos por ela, principalmente, oportunizando-lhe a manifestação verbal das emoções.

O idoso estomizado é um sujeito com potencialidades, que necessita ser compreendido em sua singularidade com uma atuação integral. Faz-se necessária uma tecnologia educativa, como, por exemplo, uma cartilha de informações que forneça apoio técnico junto às freqüentes dúvidas no cuidar diário da estomia, relacionando a presença da família nesse fazer constante.

Nessa cartilha educativa, a emergência do fazer do enfermeiro junto ao idoso estomizado baseia-se em educar e cuidar de um modo aberto e livre. Isso se torna a base para esse idoso/família, tendo em vista suas unicidades, ajudando-o a aceitar a

estomia, vivenciando-a com maior qualidade de vida sem complicações e com visíveis indicadores de hábitos pertinentes.

Morin (2004) relata que a educação necessita contribuir para a autoformação da pessoa, ensinando-a a assumir a condição humana, ensinando-a a viver e ensinando-a como se tornar cidadão, ou seja, como saber perceber o enraizamento de sua identidade. E, por isso, educar facilita o exercício da autodeterminação e da independência dos estomizados, funcionando como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de um sentido para a vida e para a auto-estima.

Torna-se relevante propor uma gerontotecnologia educativa que venha a ajudar no cuidado dos idosos e sua família, sendo uma das razões para o entendimento das transformações positivas que podem ocorrer, a partir das relações estabelecidas pelo idoso, que o ajudam a manter sua própria auto-estima e a se aceitar tal como ele é. Ajudá-lo a não se sentir o único, a buscar apoio *nos seus iguais* para reconstituir sua imagem corporal de forma a se tornar apto e a adaptar-se ao seu novo estado. Estimulá-lo à participação em grupos, seja os da comunidade ou os já oferecidos pelos serviços de saúde, como um serviço de estomaterapia, que proporcionem a oportunidade da discussão, da troca de experiências e o direcionem a uma vida mais feliz e mais plena, como identificado no testemunho abaixo:

Mudou. Foi uma mudança, mas depois, não, sem nenhum problema. [O grupo] Uns vão se espelhando nos outros. Acho que é por aí. Não é só a gente que está estomizada. Quanta gente mais tem ali. Não é uma pessoa só. Não é só comigo. Tem que ser, não teve outro jeito. Eu nunca me desesperei. É uma mudança na vida. (Violeta)

O grupo é bom, porque a gente aprende. Sozinho a gente não aprende nada. O contato com outros estomizados, me favoreceu no início, porque eu não sabia nada. (Lírio)

Do nascimento à morte, na saúde e na doença, nas instituições sociais e no domicílio, a enfermagem está presente onde a família se encontra, por meio das ações de cuidado. Compreender os significados que as famílias formam através das interações entre seus membros possibilita um melhor entendimento das mesmas, de como elas convivem, e indica caminhos para a atuação da enfermagem como cuidadora da família (ALTHOFF, 2002).

Sob o ponto de vista da complexidade, Morin (2001a) afirma que qualquer sistema de pensamento está aberto e comporta uma brecha, uma lacuna na sua própria abertura, ou seja, tem a necessidade de integrar o observador e o observado. A partir disso, cuidar do idoso estomizado é uma tarefa constante, é uma maneira de captar as suas necessidades, que ainda está em aberto e, com isso, construir estratégias em conjunto com ele, para que esse cuidado seja o mais autônomo possível.

Para o idoso estomizado inserir-se nas ações produzidas em saúde, nós, como enfermeiros, bem como outros profissionais, precisamos estar dispostos a rever nossa postura por meio da extensão da nossa compreensão às necessidades do idoso com estomia, ou seja, englobar neste processo a família, as percepções acerca do mundo que o rodeia e as inovações tecnológicas que promovem uma condição saudável de vida.

A educação em saúde, a partir da Complexidade, pode ocorrer por meio da desconstrução de propostas, antes introjetadas mecanicamente, reformulando os métodos de ensino e propondo uma transcendência do ser humano em seus múltiplos cenários de vivência.

Todo processo isolado de pensamento, hipostasiado³, levado ao extremo, conduz ao desvario. Com isso, sempre corre o risco da desordem. A dificuldade de pensar de maneira complexa é extrema. Quanto mais o espírito enfrenta a complexidade, mais deve complexificar o seu exercício e múltiplas são as combinações (MORIN, 2002b).

Educar com comprometimento com a mudança da realidade, levando em consideração os anseios do outro, é articular necessidades reais, que motivam ações que conduzem a uma atuação eficaz em saúde, integrando o idoso estomizado e sua família ao seu meio social, retirando-o da situação de isolamento e vulnerabilidade pessoal.

A relação entre os profissionais de saúde e as famílias necessita ser diferenciada, única. Para tanto, o profissional precisa saber como a família define a situação, conhecer sua cultura, colocar-se em seu lugar; precisa ouvi-la; interagir

³ Derivado de hipostasiar, hipóstase que significa ficção ou abstração falsamente considerada como real (FERREIRA, 2004).

com ela e entender o significado que ela dá às próprias experiências (ALTHOFF, 2002, p. 74), o que se verifica na transcrição a seguir:

Acho legal, muito bom. Sempre foi. [Grupo] Sempre recebeu a gente com aquele carinho. Imagina a gente com a colostomia... Chega lá, a pessoa com a cara torcida... Não dá. (Violeta)

Segundo Abreu Junior (1996), a educação é uma reflexão que alicerça as argumentações na busca por novos caminhos que direcionam ao conhecimento e, assim, entender sua importância, seu contexto de ação, seja nas instâncias coletivas ou individuais, torna-se essencial.

Assim, a educação em saúde para o idoso com estomia/família apresenta-se como a oportunidade de acompanhamento, quanto ao uso correto dos acessórios, quanto às formas de promoção à saúde e prevenção de complicações; proporcionando-lhe condições de ter uma vida com mais qualidade e, por isso, mais saudável e mais ativa na sociedade.

Morin (2004) ressalta que a reforma do pensamento gerará um pensamento complexo, contextualizando um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. O pensamento que une substituirá a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade multirreferencial; corrigindo a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções, ao mesmo tempo complementares e antagonistas, completando o conhecimento da integração do todo a partir das partes.

No trabalho em saúde, a educação é percebida como uma abertura para a expressão da aprendizagem e reestruturação de um novo olhar acerca da ideologia de vida que possuímos. O estomizado, a partir da participação nos grupos de educação em saúde, certamente passa a compreender que está tendo uma oportunidade de diálogo consigo acerca das questões emocionais, culturais e sociais que circundam uma estomização.

Morin (2004) entende o processo de aprendizagem como duas vias: 1) a interna, que passa pelo exame de si, a auto-análise e a autocrítica que perpassa por toda uma trajetória já introjetada, dependendo menos das informações do que da forma em que está estruturado o modo de pensar; 2) a externa, baseada na introdução ao conhecimento de acordo com a cultura em que o sujeito está inserido.

Frente a isso, cita-se, como exemplo, o estomizado que, internamente, traz consigo conceitos acerca de seu processo saúde-doença e, externamente, quando inserido nas atividades de grupos específicos, é reportado a novas situações de enfrentamento dos conflitos após a estomização.

Os processos de auto-estima, autocuidado e auto-organização são possíveis, quando o idoso estomizado identifica sua posição de importância junto aos demais estomizados e sua família, quando ele sente-se acolhido e mais seguro para desempenhar os cuidados aprendidos.

Morin (2000) ressalta a importância de o sujeito desenvolver sua autonomia para se apossar do conhecimento. Agindo assim, pode mudar seus cenários de vida e dos que fazem parte reciprocamente, quando as sociedades domesticam os indivíduos por meio de mitos e idéias que, por sua vez, domesticam as sociedades e os indivíduos; mas os indivíduos poderiam domesticar as idéias e, ao mesmo tempo, controlar a sociedade que os controla por meio da educação.

O enfermeiro, como agente de saúde e educador, atua como um dos principais intermediários, utilizando-se da tecnologia cultural e do conhecimento informal. Decodificando, para os estomizados e seus familiares, as explicações de difícil entendimento, por se tratar de uma linguagem técnica e, assim, possibilitando a transformação do estranho em algo comum, contribuindo para a reconstrução de novos significados e a sua inclusão, numa compreensão do outro e de si mesmo.

Morin (2002a) repensa as questões relacionadas à relação dos saberes e sua contextualização no ensino-aprendizagem, quando ressalta a complexidade dos pensamentos reformulados, que surgem a partir da prática da reflexão, integrando esse saber à nossa vida, inseridos num processo de incertezas, bem como tendo as respostas e estratégias para essas incertezas, como num desafio.

A prática educativa é uma alternativa que possibilita a redução dos danos, sejam econômicos ou pessoais, culminando com menos pessoas internadas e mais partícipes de seu processo saúde-doença para, assim, vislumbrar-se o estabelecimento de um modelo mais resolutivo.

Apesar desse olhar voltado aos anseios do idoso em relação à estomia, ainda percebe-se a dificuldade que os profissionais de saúde enfrentam para entender a

multidimensionalidade que envolve o ser idoso, seu cuidado e suas características, processo que será desmistificado gradativamente por meio da educação em saúde.

Quanto à importância da educação, o conhecimento necessita mobilizar o indivíduo, bem como o que o rodeia, a fim de propor e resolver os impasses (MORIN, 2002a).

É oportuno enfatizar a necessidade da educação em saúde frente aos desafios imputados pela presença de uma nova situação – a estomia. Isso deve ser buscado por meio do ensino do autocuidado e da compreensão da família acerca das limitações desse idoso estomizado, ou seja, uma expressão complexa do cuidado direcionada a esse ser humano, incluindo sua família e a comunidade, portanto, o mundo que o cerca.

Abreu Júnior (1996) relata que o conhecimento está sempre se produzindo e se transformando e, dessa forma, os sujeitos são transformados pelas constantes mudanças. A educação nesse processo é inserida com a função de desempenhar a organização de forma dinâmica à adaptação do círculo homem-sociedade-natureza e seus limites.

Nessa dialógica circular, a importância da educação em saúde, com suas características, mostra-se como uma possibilidade, ainda parcial, um começo de resolução aos entraves verificados no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, acena com novas maneiras de oferecer melhores condições de assistência a grupos específicos, como os idosos portadores de estomia (ABREU JÚNIOR, 1996).

Partindo dessas reflexões, apresento a cartilha educativa (Apêndice D) como um instrumento facilitador à compreensão do idoso sobre a estomização, considerando seu ambiente familiar e seus hábitos, em meio a uma interface dialógica das falas e os tópicos apresentados. Nela estão contidos os seguintes itens:

- 1) declaração Universal dos Direitos dos Estomizados;
- 2) conceituação e tipos de estomia;
- 3) cuidados com a estomia (higiene estomal, possíveis complicações, vestuário apropriado);
- 4) plano alimentar;
- 5) método de irrigar o estoma;

- 6) bolsa adequada ao uso;
- 7) acessórios mais comuns;
- 8) aplicação da bolsa estomal;
- 9) importância do grupo de apoio e familiar, utilizando-se de um diagrama que ilustra a articulação da família e o idoso com estomia;
- 10) bibliografias que embasaram a formulação da cartilha.

A cartilha, como gerontotecnologia educativa, é um instrumento que articula recursivamente as questões técnicas com as humanas, com a finalidade de humanizar o cuidado do enfermeiro ao idoso estomizado, lembrando-o que o autocuidado é fundamental para uma melhor qualidade de vida. Permite, assim, que o idoso estomizado recupere sua autonomia e se reconheça em meio a uma situação conflitante que evoca dependência, incerteza, numa visão integral e complexa.

A incerteza das idéias que formam o conhecimento é expressa pela complexidade em sua essência, contextualizando, assim, o entendimento de Morin (1998), quando fala que as incertezas convergem para um grande princípio de incerteza relativo à nossa possibilidade de conhecer. O conhecimento é uma aventura, que não apenas comporta riscos, mas alimenta-se deles.

Quando se trata de um (re)olhar para si, como idoso com estomia, e para as diferentes concepções que o envolvem frente à necessidade da adaptação e do enfrentamento como estratégias para a aceitação do conhecer-se como um todo, transcende as barreiras da teorização – a cartilha – pois instiga abranger o ser humano em todos os seus aspectos.

Morin (1998) acredita que a teoria deve ajudar e orientar as estratégias cognitivas conduzidas por sujeitos humanos. Com isso, não se pode esquecer da concepção de mundo e do homem, a partir da filosofia; das idéias, para compreender nosso ser-no-mundo, como forma de conhecer; e da ética, pois nossos valores não podem ser provados empírica e logicamente, mas estabelecer uma dialógica.

Com isso, a cartilha visa a informar os cuidados da estomia ao idoso/família, não como fragmentos científicos, mas como recurso para desmistificar a auto-organização do ser humano estomizado, globalizando o autocuidado como

alternativa de resposta às dúvidas e aos anseios, contribuindo para que ele adquira melhor qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Viagem em busca de um modo de pensamento capaz de respeitar a riqueza, o mistério e o caráter multidimensional do real; e de saber que as determinações cerebral, cultural, social, histórica, às quais se submete todo pensamento, sempre co-determinam o objeto do conhecimento. É isso que chamo de pensamento complexo”. (MORIN, 2001b, p. 24)

“Mas sei, cada vez melhor, que o único conhecimento que vale é o que se nutre da incerteza e que o único pensamento que vive é o que se mantém à temperatura da sua própria destruição”. (MORIN, 1997, p.27)

O Brasil não se projetava com uma imagem envelhecida. No entanto, com o advento das tecnologias, da inserção constante de informações sobre práticas saudáveis em saúde e das mudanças socioeconômicas do país, esse pensamento mudou, pois aquilo que não era imaginado pela sociedade concretizou-se e, hoje, molda a demografia populacional. Com isso, a necessidade de nos adaptarmos fez-se emergente, pois se somos detentores dessa chance de estarmos com mais de uma geração, somos *induzidos* a nos cuidar e a cuidar do outro.

Com o aumento de idosos no país, aumentaram os casos de idosos com estomia, em decorrência de determinadas doenças nas vias intestinais ou urinárias. E, assim, fez-se necessário percebê-los de forma especial, considerando suas possíveis limitações relacionadas à idade, pela dificuldade de implementar novas rotinas e adaptar-se à sua nova condição, após toda uma vida de planos e expectativas para a pós-aposentadoria.

Tendo como sujeitos idosos com estomia, com suas características múltiplas e únicas, percebi como necessária a utilização da Complexidade, a partir de Morin, a fim de que pudesse desvendar essa realidade tão desafiadora e, com isso, habilitar-me para o cuidado de enfermagem de forma diferenciada, propondo uma prática educativa que considere o idoso em sua multidimensionalidade.

Ao estabelecer um diálogo, por meio de entrevista, nos domicílios dos quatro idosos, respectivamente, Rosa, Margarida, Violeta e Lírio, que freqüentam um serviço de estomaterapia do Rio Grande, percebi que a visão da estomização é única, pois representa um universo de sentimentos comportando várias categorias:

facilidade, tristeza, solidão, perda, mudança, dificuldade, limitação, aceitação, entre outros.

Com o estabelecimento do ecomapa de cada um, observei que a necessidade de um olhar terapêutico e complexo perpassa por toda uma rede de apoio, como a família, que participa no cotidiano de enfrentamento; como os amigos/vizinhos, que acompanham com respeito toda a mudança; como o serviço de estomaterapia, que os ajuda à aceitação; como os outros estomizados, que servem de estímulo para encarar um novo dia. Frente a isso, nós, enfermeiros, precisamos nos desconstruir de uma visão reducionista e, com isso, defender um *novo cuidado*, em que o idoso estomizado seja visto por suas potencialidades.

A partir disso, necessitamos perceber que os cuidados de enfermagem carecem de reformulação, com o intuito de visar à reconstrução do entendimento acerca da estomia como parte dessa nova imagem corporal, despertando o idoso a buscar mais qualidade de vida, amenizando os efeitos desse problema caracterizado como uma deficiência física.

Com essa perspectiva, o idoso estomizado é alguém que necessita ser visto com suas especificidades e multidimensionalidade, já que o seu processo de percepção acerca de sua auto-imagem pode encontrar-se comprometido pelo envelhecimento, pelos medos internos, pelas incertezas e, principalmente, pela estomia. Por isso, reconhece-se a importância de uma educação sistemática para mudança de paradigmas desfavoráveis, voltada à promoção da qualidade de vida.

A falta de controle na eliminação intestinal ou urinária provoca, nos idosos, muitos conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade, permeada por meio da estomização, de alteração da imagem corporal, configurando-se, assim, como um comprometimento da aceitação da sua nova condição de vida, porque ele se vê diferente de seus amigos e familiares.

Na pesquisa, pude verificar a aceitação do estoma pelo idoso, apesar da falta de conhecimento e medo inicial. A aceitação surgiu do convívio com outros estomizados, do incentivo recebido pelo serviço de estomaterapia e da presença dos familiares e amigos/vizinhos, ajudando-os no enfrentamento. Dentre os quatro idosos estudados, três deles apresentam dependência, necessitando de ajuda, seja de familiares, de amigos/vizinhos, por limitações inerentes à idade, perda da auto-estima e insegurança.

O idoso estomizado, igual aos outros seres humanos, acredita que se enquadra em sua situação de doença, sugere e reivindica qualidade no cuidado. Nesse momento, a sua participação nos grupos de apoio torna-se necessária, pois isto serve de abertura à discussão e ao reconhecimento de seu espaço na sociedade, ajudando-o a adquirir autonomia para transformar sua realidade.

Para lidar com surgimento de questões estressoras e estranhas ao estomizado, torna-se imprescindível que o sistema de saúde ultrapasse o modelo predominante de visão da doença como foco da assistência e passe a englobar o olhar dele, do estomizado, no processo de atendimento, e principalmente de atenção ao cuidado individual.

Quanto às dificuldades do estomizado idoso e seus familiares para continuidade do cuidado após a alta hospitalar, pode-se perceber que as dificuldades ocorrem em todos os aspectos, sejam físicos, emocionais ou sociais, tanto da sua vida como da família. Necessitando, então, de empenho dos serviços públicos de saúde, nesse socorro.

O idoso estomizado terá que conviver com a reestruturação de seu organismo, na forma de eliminação orgânica e todas as implicações decorrentes dessa alteração, como odor e uso obrigatório de um dispositivo aderido ao abdome, que gera um sentimento de incapacidade e insatisfação, como se estivesse sendo penalizado.

Após a descrição dos casos, (re)descobri três conceitos, a partir da Complexidade de Morin: *ser humano idoso estomizado complexo, saúde complexa do idoso estomizado e cuidado complexo ao idoso estomizado e sua família*. Nesses três conceitos, reflito, sob o olhar de Morin, a relevância do idoso estomizado como ser integral, em que situações dialógicas, como revolta e aceitação, são sensações pertinentes a essa nova condição rodeada por incertezas. Também preocupo-me com a implementação de estratégias que buscam a reforma do pensamento ou um novo olhar do ser idoso em relação à ostomização.

De posse do entendimento da significância do idoso estomizado, de suas vivências, seu ambiente, suas percepções e aspirações, denotada por uma interface complexa e multidimensional, elaborei em conjunto com o idoso estomizado entrevistado uma cartilha educativa que aborda cuidados técnicos e humanos, de reflexões sobre o processo de estomização, com o intuito de despertá-lo ao autocuidado.

É oportuno enfatizar a necessidade da educação em saúde frente aos desafios imputados pela presença de uma nova situação – a estomia – por meio do ensino do autocuidado e do estímulo à compreensão da família acerca das limitações do idoso estomizado. Isso representa uma expressão complexa do cuidado a esse ser humano, por envolver não só sua individualidade, mas também sua família e sua comunidade, ou seja, o mundo que o cerca.

As ações de saúde são vistas sob olhar integrado, rompendo com a representação social da doença, ao mesmo tempo em que podem servir ao atendimento da demanda de cuidado aos estomizados no sistema público de saúde, contribuindo para a reversão da imagem de perdas.

A partir do estudo, identificaram-se pontos positivos como: 1) oportunidade de considerar o idoso estomizado e sua família, inseridos em seu ambiente domiciliar, como possibilidade de um conhecimento contextualizado e de compreensão de suas interconexões; 2) promoção de um diálogo, inspirado por confiança, que serviu como estímulo, tanto para o idoso quanto para outrem, como forma de enfrentamento; 3) sugestões, por parte dos idosos estomizados, que contribuíram para a elaboração da cartilha educativa, um indício de que o cuidado não deve ser verticalizado (enfermeiro/estomizado), mas compartilhado; 4) discussão do tema, que irá acrescer às bibliografias já existentes, mas com um olhar singular; 5) abertura a novos saberes em meio às limitações da idade imposta aos seres humanos idosos.

Foram limitações do estudo: 1) desconhecimento do idoso acerca da sua potencialidade diante de desafios; 2) conflito das perdas devido a idade e presença de complicações na estomização; 3) pouca instrução formal dos participantes. Outros fatores contribuíram como limitantes: falta de suporte mais direto dos serviços de saúde do município, evidenciando uma lacuna na rede básica. Com isso, o atendimento hospitalar, por meio do serviço de estomaterapia torna-se o único a dispensar os cuidados específicos a esses sujeitos, garantindo-lhes atendimento adequado.

Acerca dessa lacuna, percebida na relação entre os idosos estomizados e a rede básica de saúde, há necessidade de um olhar mais integral. A deficiência encontrada pode ser entendida por duas maneiras, seja por parte da rede básica em não atender adequadamente os estomizados, ou pelo hábito deles próprios em procurar a rede hospitalar, mesmo em situações menos complexas. Com isso, é importante que haja uma reorganização desses serviços básicos.

Quanto ao ecomapa, sua utilização denotou-se como um recurso tecnológico frente aos achados pertinentes aos sujeitos do estudo e sua dimensão real, contribuindo para a indicação de estratégias que promovam um cuidado amplo e dinâmico. O ecomapa estimulou-me, como enfermeira, a entender que o idoso com estomia não é um ser sozinho no seu processo de cuidar/cuidado, mas, sim, é envolto em uma dimensão complexa, desde sua família à equipe de profissionais que lhe prestam assistência, sendo necessário que seja contemplado de forma hologramática.

A Complexidade promoveu uma leitura (re)descoberta, (re)olhada da realidade pertinente ao idoso estomizado, despertando um novo olhar, mais hologramático e voltado à essência do cuidado realizado pelo enfermeiro, abrangendo uma dialogicidade maior e uma recursividade mais abrangente.

Com esse estudo, pude apreender como enfermeiro e ser humano, a importância da reconstrução profissional e pessoal, sendo capaz de reconhecer a interface do cuidado e das fragilidades em que todos nós estamos inseridos sem distinção, pois somos singularidades imersas em um universo multidimensional. Contribuí, assim, para a mudança da minha postura frente à sociedade e aos demais seres humanos.

Neste estudo senti-me instigada a conhecer o idoso com estomia, até o planejamento do cuidado como um todo, enfatizando a importância da família nesse contexto. Um estímulo à busca contínua por uma superação de limites, como a presença de uma estomia, pois a idade não se constitui em um desafio, mas em um apoio na tentativa dele se repensar como ser humano dotado de experiência, capaz de perceber-se útil em meio a uma mudança não planejada.

Percebo algumas contribuições deste estudo para a assistência, o ensino e a pesquisa na Enfermagem. Na assistência realizada pelo enfermeiro, a cartilha poderá constituir-se em uma alternativa. Ela oportunizará realizar a educação em saúde, focando os cuidados específicos aos idosos estomizados e a sua família, bem como estimulá-los, em especial, os idosos, à aceitação/adaptação, por envolver relatos vivenciados por eles, enfim, confirmando que não estão sozinhos nessa nova caminhada.

Com relação ao ensino na graduação e na pós-graduação de Enfermagem, as implicações referem-se às possibilidades de ampliar o conhecimento sobre a Complexidade, de Morin, e os cuidados técnicos e humanos da estomia. A partir

desta visão, pode perceber o quanto este conhecimento conduz o acadêmico e o pós-graduando a entender a importância da promoção do autocuidado por parte do idoso com estomia, bem como a inserção da família no cuidado diário.

Quanto à pesquisa, poderá ser utilizada a cartilha educativa como apoio para estudos que contemplem os estomizados, em especial, os idosos, segundo uma abordagem teórica reconhecida, além de contribuir para o acervo de materiais sobre a temática, já que poucos estudos versam sobre a mesma.

O idoso estomizado, que participa de um grupo, pode ter a autonomia e autocrítica estimuladas e, com isso, poderá ser capaz de tornar-se agente de seu cuidado, passando a autocuidar-se com mais segurança. A partir disso, nos grupos de educação em saúde, há necessidade de levar-se em consideração o processo de envelhecimento e eventuais conflitos internos, constituindo-se em espaços de viabilização para a socialização, a integração e a auto-organização, como também para a efetivação da cidadania do idoso.

REFERÊNCIAS

- A ESTOMIA como deficiência física. *Revista da Abraso*. 5 ed. Rio de Janeiro, 2005.
- ABREU JÚNIOR, L. *Conhecimento Transdisciplinar*. o cenário epistemológico da Complexidade. Piracicaba: Unimep, 1996. 203p.
- ALMEIDA, M. da C. Mapa inacabado da complexidade. In: SILVA, A. A. D. da; GALEANO, A. (org.). *Geografia: ciência do complexus - ensaios transdisciplinares*. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver com a família. In: Ingrid Elsen, Sônia Marcon e Mara Regina S. da Silva. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. 406 p.
- ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. Disponível no site:
<<http://www.cradd.org.br/avd.htm>>. Arquivo capturado dia 15/12/06, às 22:48 h.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BARROS, E. J. L.; GOMES, G. C. *O ensino do autocuidado do estomizado idoso*. In: IV Jornada da Associação Nacional de Gerontologia-RS, n.4, 2006, Porto Alegre. Anais: Gerontologia - Envelhecendo aprendendo. Porto Alegre, p.14.
- BECHARA, R. N; et al. Abordagem Multidisciplinar do Estomizado. *Revista Brasileira Coloproct*. [S.l.]. v. 25, n.2, p.146-149. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Brasília, 2006, 18 p.
- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. *Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. *Lei nº 8842/94 e Decreto nº 1948/96*. Brasília: 1997.
- BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. de J. do E. S. da. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.13, n.6, nov/dez. 2005.
- CARPENITO, L. J. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.
- CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, v.1, 1999.

CIANCIARULLO, T. I., et al. *Saúde da família e comunidade*. Rio de Janeiro: Robe, 2002.

CIANCIARULLO, T. I. *Instrumentos básicos para cuidar: um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu, 1996, 154 p.

DIAS, E. *Saúde Domiciliar*. Disponível no site:

<http://www.saudedomiciliar.com.br/saude_dicas.htm#TOP>. Arquivo capturado dia 05/11/05 às 22:20 h.

DIOGO, M. J. D. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.59-65, jan/fev. 2003.

_____. O papel da Enfermeiro na reabilitação do idoso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 75-81, jan. 2000.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Ingrid Elsen, Sônia Marcon e Mara Regina S. da Silva. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. 406 p.

ERDMANN, A. L. *Sistema de cuidados de enfermagem*. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1996. 138 p. Série teses, 1.

FARIA, E. M. O diálogo entre as intersubjetividades da saúde. In: *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Maria Tereza Leopardi (Org.). Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

FARINASSO, A. L. C. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família*. Ribeirão Preto. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERNANDES, C. N. da S; ANDRAUS, L. M. da S; MUNARI, D.B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 108-118, 2006.

FERREIRA, A. B. de H. Novo dicionário de língua portuguesa. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FIGUEROA, A.A. Tecnologia y Bioética em enfermagem: um desafio permanente. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 9-24, jan./abr. 2000.

FRANCIONI, F.F. *Grupo de Convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com Diabetes Mellitus*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2002. p. 130.

FREITAS, M.C; MARUYAMA, S.A.T; FERREIRA, T.F; MOTTA A.M.A. *Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.10, n.2, p. 221-8, mar/abr, 2002.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. [S.l]. v.9, n.16, p.147-58, set. 2004/fev. 2005.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. [S.l]. v.9, n.18, p.537-52, set/dez. 2005.

- _____. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.14, n.2, p.175-82, mar/abr, 2006.
- GENTILE, P. *Edgar Morin: a escola mata a curiosidade*. 168 ed. 2003. Disponível no Site: http://novaescola.abril.com.br/index.htm?ed/168_dez03/html/falamestre. Arquivo capturado dia 01/04/2007 às 05:50 h.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, G. C; FARIAS, D. H. R.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. *Revista Cogitare Enfermagem*. [S.l.]. v. 9, n.1. p. 25-32. 2004.
- KOMATSU, R. S. *Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso*. Rio de Janeiro: ABEM, 2003.
- LANDIM, F. L. P, et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2006, v.19, n.1, p. 53-58.
- LEBRÃO, M. L. *SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255 p.
- LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B.F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Revista Acta Scientiarum-Health Sciences*, v. 26, n.1, p. 135-145, Maringá, 2004.
- MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: Ingrid Elsen, Sônia Marcon e Mara Regina S. da Silva. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. 406 p.
- MARTINAZZO, C. J. e CHEROBINI, A. L. Pedagogia e complexidade: implicações e transdisciplinaridade. *Contexto e Educação*. Ijuí: Unijuí/RS, v. 20, n. 73/74, p. 55-72, jan/dez, 2005.
- 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*. Ribeirão Preto, 2004. 286 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2004.
- MENDES, M.R.S.S.B., et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 18, n.4, p. 422-8, fev. 2005.
- MESSA, A. A. *O impacto da doença crônica na família*. Disponível em <<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl.htm>>. Arquivo capturado dia 22/03/05 às 17:15 h.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed., São Paulo: Hucitec, 1994.
- MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.
- _____. *Educação e Complexidade: Os sete saberes e outros ensaios*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002a. 103 p.

_____. *O Método V: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina, 2002b. 312 p.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. 3 ed. São Paulo: Instituto Piaget, 2001a.

_____. *O Método II: a vida da vida*. Porto Alegre: Sulina, 2001b.

_____. *Os setes saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal: EDUFRN, 1999.

_____. *O Método IV: as idéias habitat, vida, costumes e organização*. Porto Alegre: Sulina, 1998. 288 p.

_____. *O Método I: a natureza da natureza*. 3 ed. São Paulo: Europa-América, 1997.

_____. *O enigma do Homem: para uma nova antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

MOTA, K. A. M. B; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 150-161, 2006.

NERI, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.

PACHECO, Débora. *Dúvidas* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <edaiane_barros@yahoo.com.br> em 4 de abril de 2007.

PELZER, M.T. O processo de cuidar de idosos no âmbito da família. *Revista Vittalé*, n. 8, p.135-139, 1996

_____. *Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua*. Florianópolis, 2005, 132 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

PETRAGLIA, I. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*, 6. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.

PETRAGLIA, I. A complexidade do sujeito que envelhece (Prefácio). In: *O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin*. SANTOS, S. S. C. Florianópolis: USFC/PEN, 2003. 200 p. Série teses, 44.

REZENDE, A.L. M. A harmonia da desordem: sofrimento e transgressão no trabalho de saúde. 1991. 286p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

RIBAS, D. L.; TERRA, M. G.; ERDMANN, A. L. O paradigma complexo: um novo olhar para saúde mental. *Contexto e Educação*, Unijuí/RS, ano 20, n. 73/74, jan/dez. 2005, p 131-142.

RIBEIRO, R. L. R. *Enfermagem e famílias de criança com Síndrome Nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado*. 2005. 194f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. 2005.

- ROACH, S. S. R. N. *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- SALLES, V. J. A.; et al. Neoplasia no sítio da colostomia: relato de três casos e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct.* [S.l.]. v. 26, n. 1, p. 57-60, 2006.
- SANTANA, M. da G.; THOFERHN, M. B. *(Re) Significando a teoria e a prática de enfermagem*. Pelotas: Universidade/UFPEL, 2001.
- SANTANA, M. da G. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: UFSC, 2000. 201 p. Série Teses em Enfermagem, 26.
- SANTOS, S. S. C. Educação em Enfermagem e a complexidade. *Revista Contexto e Educação. Contexto e Educação*, Unijuí/RS, ano 20, n. 73/74, jan./dez. 2005, p. 103-17.
- _____. *O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin*. Florianópolis: USFC/PEN, 2003. 200 p. Série teses, 44.
- _____. O ensino educativo sobre desenvolvimento sustentável na enfermagem: reflexões. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.11, n.3, p. 88-95, set/dez. 2002.
- SANTOS, V. L. C. de G.; SAWAIA, B. B. A bolsa na mediação “estar estomizado” - “estar profissional”: análise de uma estratégia pedagógica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 40-50, jul. 2000.
- SIMPIONATO, E. *A enfermagem na promoção da saúde de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica*. 2005. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2005.
- SILVA, A. L. da; 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, jul-ago/2006.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M.M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.839-847, mai-jun, 2003.
- SIQUEIRA, R. L. de; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n.4, p.899-906, 2002.
- SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n.3, p. 341-348, 2002.
- TANGANELLI, I. *O enfermeiro como educador*. Projeto Hospital de Clínicas: São Paulo, 2002.
- TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. Dissertação de Mestrado (Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública). 2002.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. *Revista Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269, 2004.

TREVIZAN, S. Dal P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, n.1, p. 179-186, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.2, p.423-432, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

XAVIER, J. Idosos: Viver mais e melhor. *Revista Radis: Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 17, p. 8-9, jan. 2004.

APÊNDICE A

Carta de solicitação de autorização para realizar a pesquisa no HU/FURG

Ilm. Sr. (a). Msc. Enfa. Jacqueline S Dei Svaldi
Coordenador (a) de Desenvolvimento

Senhor (a);

Solicito autorização para realizar, no serviço de estomaterapia, nesta instituição, uma pesquisa cujo título é “O SER IDOSO ESTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: UMA PROPOSTA DE GERONTOTECNOLOGIA EDUCATIVA”, na qual pretendo propor uma gerontotecnologia educativa (Cartilha) que venha a contribuir no cuidado dos idosos estudados, à luz da Complexidade, segundo Edgar Morin. Que tem como orientadora a professora Dra. Silvana Sidney Costa Santos.

Para realizar este estudo, irei entrevistar os idosos e seus familiares que freqüentam o Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário, quando aplicarei um instrumento de coleta dos dados, no qual constam: identificação das inter-relações existentes nesse Serviço; as características dos idosos estudados e, posteriormente, proporei uma gerontotecnologia educativa que venha a contribuir para a qualidade de vida desses idosos. Será mantido o anonimato tanto da instituição quanto dos participantes. Ressalto ainda, que estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Enf^a Edaiane Joana Lima Barros (Mestranda)
Endereço: Rua Santa Catarina, 536
Bairro: Municipal CEP: 96211-600 Rio Grande/RS
Telefone: 55 53 84024153
e-mail: edaiane_barros@yahoo.com.br

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)

Endereço: Rua Duque de Caxias, 197 Apto 503

Bairro: Centro CEP: 96200-020 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 32335668

e-mail: silvanasidney@terra.com.br

Declaro ter sido esclarecida acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O SER IDOSO ESTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: UMA PROPOSTA DE GERONTOTECNOLOGIA EDUCATIVA", realizada pela mestranda Enfa. Edaiane J. L. Barros, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos, do Departamento de Enfermagem da FURG.

Nome do Coordenador (a):

Assinatura:

Rio Grande:/...../.....

APÊNDICE B

Formulário de coleta de dados

1. Caracterização Pessoal

- ✓ Nome:
- ✓ Sexo:
- ✓ Idade:
- ✓ Naturalidade:
- ✓ Situação conjugal:
- ✓ Escolaridade: sabe ler e escrever, estudou até que série?
- ✓ Profissão ou ocupação:

2. Especificidades quanto à estomia

- ✓ Tempo de estomia:
- ✓ Tipo:
- ✓ Causa (s):
- ✓ Como se sente após a estomização:
- ✓ Aceitação: fácil, difícil, justificar
- ✓ Cuidados com a estomia: cuida sozinho ou necessita de outra pessoa para desempenhar o cuidado? quem?
- ✓ Contribuições para uma vida melhor: convívio com familiares, comunidade, serviços de saúde, profissionais de saúde e outros estomizados

3. Caracterização da rede de apoio social

- ✓ Constituição familiar: grau de parentesco, no de filhos e outras informações
- ✓ Quando o (a) sr (a) precisa de ajuda, quem costuma ajudá-lo (a)?
- ✓ Situação de moradia: estrutura física, saneamento básico e outras informações
- ✓ Acesso a serviços de saúde: proximidade com o posto de saúde, com o hospital, com outros serviços de suporte de saúde e/ou social e outras informações

4. Serviço de Estomaterapia

- ✓ Importância do Grupo: contribuições, percepção acerca do grupo
- ✓ Participação no Grupo: tempo, freqüente, funcionamento do Serviço, presença do familiar e outras informações.

5. Outros estomizados

- ✓ Contato: favorece ou dificulta o cuidar e o viver com a estomização

6. Comunidade e Sociedade

- ✓ Atividade de Vida Diária: realização de AVDs junto às outras pessoas não-estomizadas; dificuldades e facilidades

APÊNDICE C

Carta informativa e termo de consentimento livre e esclarecido para os idosos

Rio Grande, __/__/2007

Prezado (a) cliente,

Eu, Edaiane Joana Lima Barros, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “O SER IDOSO ESTOMIZADO SOB O OLHAR COMPLEXO: UMA PROPOSTA DE GERONTOTECNOLOGIA EDUCATIVA”, tendo como objetivo - propor uma gerontotecnologia educativa (cartilha) que venha contribuir no cuidado dos idosos estudados, à luz da Complexidade, segundo Edgar Morin.

A pesquisa ocorrerá devido à necessidade de tal temática em bibliografias da enfermagem e, assim, a necessidade de ressaltar a questão da qualidade de vida, a partir da educação em saúde do idoso estomizado e sua família. Por este motivo solicitamos sua colaboração no sentido de autorizar sua participação voluntária nesta pesquisa, quando irei aplicar uma entrevista, na sua residência e usarei o gravador para melhor apreender os depoimentos obtidos.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome não será identificado, assim como será garantido o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Para esclarecimento, informo, ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto, ainda, que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado, sendo divulgados em eventos científicos,

periódicos e outros momentos acadêmicos, inclusive dando retorno no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG.

Antecipadamente, agradeço-lhe a participação.

Atenciosamente,

Enf^a Edaiane Joana Lima Barros (Mestranda)

Endereço: Rua Santa Catarina, 536

Bairro: Municipal CEP: 96211-600 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 84024153

e-mail: edaiane_barros@yahoo.com.br

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)

Endereço: Rua Duque de Caxias, 197 Apto 503

Bairro: Centro CEP: 96200-020 Rio Grande/RS

Telefone: 55 53 32335668

e-mail: silvanasidney@terra.com.br

Pelo presente declaro ter sido informado(a), de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos e do desenvolvimento da coleta de dados. Fui também informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência da minha

privacidade;

- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;

- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho.

Desta forma, concordo em participar da referida pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

OU Impressão digital:



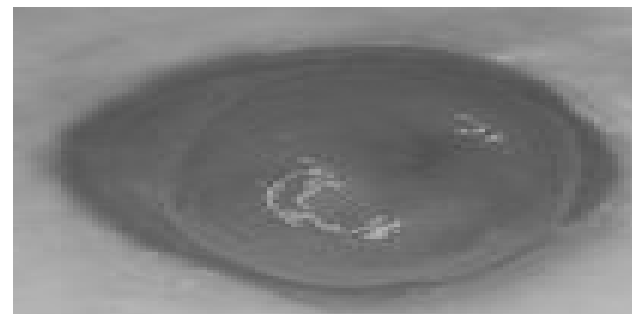


APÊNDICE D: Cartilha educativa

Declaração Universal dos Direitos dos Estomizados

- Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma estomia;
- Ter um estoma bem feito, local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente;
- Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem no período pré e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades;
- Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e os produtos adequados disponíveis em seu país;

- Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para estomia sem preconceito ou constrangimento;
- Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Estomizados e dos serviços de apoio que podem ser oferecidos;
- Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidados pessoais e dos amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e as adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com a estomia.



O estoma é uma abertura cirúrgica no abdômen, na qual dejetos (fezes e urina) são expelidos quando a função normal do intestino ou da bexiga é interrompida.

"Olha, eu não me desesperei. Enfrentei. Eu disse que se o médico quer operar, tem que ser operada. Eu se tiver outra colostomia, não sei se aceito. As outras aceitei todinhas. Tinha que fazer, vou fazer" (Margarida, 75 anos)

**"É das fezes, colostomia à esquerda"
(Violeta, 68 anos)**

**"Colostomia à esquerda. Já tive à
direita, provisória" (Margarida)**

**"Urostomia do lado direito" (Lírio, 68
anos)**

Existem três tipos básicos de estomias:

- 1) *ileostomia*, que é a abertura do intestino delgado - porção do íleo;
- 2) *colostomia*, abertura do intestino grosso cólon; ambas dão passagem às fezes;
- 3) *urostomia*, que é a abertura que dá passagem à urina.

O estomizado usa uma bolsa de plástico chamada bolsa coletora que adere ao abdômen, a fim de proteger a pele e coletar fezes ou urina.

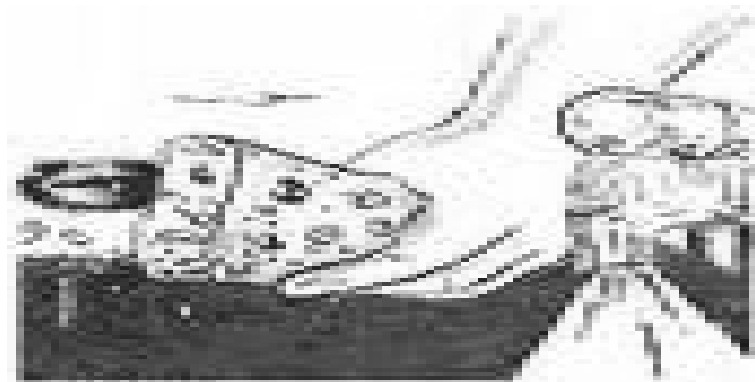


CUIDADOS COM O ESTOMA



A Higiene da Estomia

O estoma e a pele em volta devem ser limpos com água e sabão, cuidando da pele do idoso que é mais frágil. O sabão deve ser neutro, quer seja em barra ou líquido. Deverá utilizar-se uma esponja macia, e para secar a pele, uma toalha limpa e macia.



Nunca se deverá esfregar a pele, ou utilizar cremes gordurosos e produtos irritantes, como soluções antissépticas, éter, álcool, etc..

Se existirem pêlos em redor do estoma, devem ser cortados com uma tesoura. Não utilize cremes depilatórios, nem lâminas. Esta higiene pode ser geral, com ducha ou banho de chuveiro.

Muitas vezes, é necessária a presença de um familiar junto ao idoso com estomia para que ele tenha mais segurança, durante sua higienização.

É importante deixar a pele ao redor do estoma tomar sol por 5 minutos nos dias de troca de

bolsa. Lembre-se de cobrir o estoma com gaze ou tecido limpo.

O Colostomizado pode fazer ducha com ou sem a bolsa. O Ileostomizado e o Urostomizado devem manter a bolsa durante a sua higiene, pois o funcionamento da sua estomia é quase permanente.

"Eu nunca deixo sujo, quando eu vejo que está sujo, eu estou sempre limpando. Fica bem limpinho" (Rosa)

"É uma coisa de higiene, não deixa cheiro. A gente pode ir onde a gente quer, estar perto de qualquer pessoa, que por isso não priva nada. As pessoas dizem: 'ah! Será que não vai soltar cheiro?' Não solta cheiro, está tudo direitinho, tudo limpinho, a gente faz a higiene direitinho, que não tem. Não tem nenhum mistério! A gente vive normal, pelo menos na minha opinião" (Violeta)

Irritação Cutânea



Situação freqüente e conhecida de alguns estomizados.

As causas mais freqüentes são:

- # cuidados de higiene deficientes;
- # uso de produtos impróprios;
- # uso incorreto do material;
- # localização do estoma difícil.

A prevenção é sempre preferível à resolução, vejamos alguns conselhos básicos:

- # não exponha a pele periestomal aos raios solares, aquecedores ou outras fontes diretas de

calor. Deve, no entanto, expor esporadicamente a pele ao ar, à temperatura ambiente.

Em caso de vermelhidão ou ardência, aplique um protetor cutâneo, destinado a estomias, sob a forma de pasta, como estomazive. Cubra toda a área e use, de preferência, uma bolsa de 2 peças, por exemplo).

Irritações cutâneas mais graves exigem cuidados de uma enfermeira estomaterapeuta, e, por vezes, é necessário recorrer ao apoio de um médico dermatologista.



Estes produtos utilizados para eliminar odores, **NUNCA** podem ser usados na pele que rodeia o estoma.

O Vestuário do Ostomizado



"E, ainda não sei que calça vou usar, porque a colestomia é aqui em cima" (Margarida)

O idoso ostomizado poderá manter o mesmo estilo de vestuário, que sempre usou, considerando as condições climáticas. Porém, não colocar cintos ou roupas muito apertadas por cima do estoma, o que até será desconfortável.

Por vezes, no homem, é aconselhado o uso de suspensórios, e na mulher, o uso de roupa mais ampla. Em caso de necessidade, e de acordo com a indicação médica, o estomizado pode utilizar uma cinta abdominal apropriada.

Plano Alimentar do Paciente Ostomizado



"Eu como quando sinto fome, quando o estômago pede, mas eu não sei o que eu quero de bom" (Rosa, 67 anos)

Conselho é: alimente-se de tudo como antes!

Se antes da operação seguia alguma dieta, provavelmente deverá continuar com essa dieta. Se comia tudo sem restrições o mais certo é que continue assim.

É aconselhável que vá experimentando um alimento novo diferente de cada vez, para saber qual o seu efeito.

Deve mastigar bem e comer lentamente, e nos idosos, em especial, considerar o cuidado com uso de dentadura.

Incluir alimentos que sejam ricos em fibras como as frutas, verduras e legumes, pois, ajudam a regular o trânsito intestinal contribuindo para uma regularidade intestinal, bem como, para diminuir a frequência de diarréias ou de "prisão de ventre".

#Evitar um aumento excessivo de peso.

RECOMENDAÇÕES:

1- Para diminuição de gases

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

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

- a) Evitar os seguintes alimentos: peixe, carne em conserva, cebola crua, alho cru, couve-flor, repolho, ovo cozido, condimentos (cominho, orégano). Evitar alimentos se a pessoa estiver em atividades sociais (casamentos, festas, etc.).

b) Use mais os alimentos que não produzem odor desagradável: maçã, pêssego, pêra, coalhada, chá (salsinha, salsão e hortelã).

3- Como deve ser a dieta para o estomizado?

- Seguir a sua dieta normal trazendo restrições somente para os alimentos que lhes causem problemas.
- Colocar sal de cozinha normal em torno de 5g dia.
- Consumir água normalmente - 2 litros/dia.
- Ingerir frutas ricas em vitamina "C" (laranja, acerola, goiaba, limão, caju).

4- Quando o estomizado apresentar diarreia: (fezes líquidas)

Evitar os seguintes alimentos: leite integral e queijos gordurosos (manteiga, coalho), feijão, ervilhas, vegetais crus (alface, acelga, agrião), cereais integrais (arroz integral, pão integral),

doces concentrados (goiabada, marmelada, doce de leite, cocada, pé-de-moleque, chocolates, bolos recheados), alimentos enlatados (lingüiça, salsicha, mortadela etc.) temperos (pimenta, vinagre, molho picante, molho inglês, pickles, massa de tomate, mostarda e maionese).

Utilizar uma dieta leve para facilitar a digestão.
 Todo alimento deverá ser bem cozido, preparado com pouco óleo vegetal.

Incluir: sucos: de verduras e frutos coados, purê de vegetais (batata inglesa, cenoura), ovo quente, sopas (espessados, liquidificados), leite desnatado ou leite de soja, muitas frutas: maçã, bananas, laranja lima sem bagaço ou frutas cozidas e como temperos: tomate sem pele, cebola, alho liquidificados.

5- Quando o estomizado apresentar prisão de ventre. (intestino preso, constipação)

Ingerir os seguintes alimentos diariamente: verduras de folhas cruas (alface, agrião),

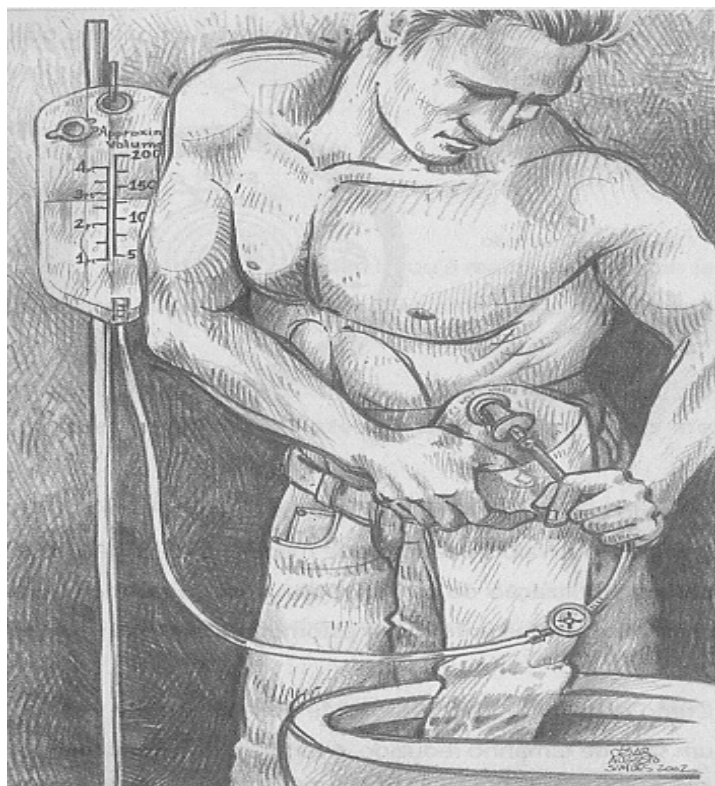
legumes (abobrinha, abóbora, vagem, quiabo, jiló, mandioca, pêra com casca) frutas secas (ameixa, uva passa), mamão.

Utilizar, de preferência, alimentos integral, biscoito com fibra, feijões, ervilha, lentilha, grão de bico.

Caso os alimentos sugeridos não surtam efeitos usar farelo de trigo ou farelo de aveia (2 colheres de sopa/dia), nos sucos, feijões, sopas.

A Irrigação:

Faz-se uma lavagem intestinal, com material apropriado, através do estoma, deixando o intestino limpo por um período que pode ir de 24 a 72 horas.



Durante este tempo, como não há saída de fezes, e a quantidade de gases diminui, não será necessário usar o material habitual, mas sim uma espécie de tampão ou obturador para proteção do próprio estoma. Este método não é agressivo para a mucosa intestinal, porque é executado com

material apropriado (kit de irrigação), e sempre sob a orientação de um enfermeiro estomaterapeuta.

Consiste em realizar uma lavativa através da colostomia, com aparelho específico para estomizados. Nesse procedimento, o idoso, muitas vezes, necessita de um familiar devidamente orientado para o cuidado.

A irrigação deve ser realizada a intervalos de tempos regulares: diariamente, de 2 em 2 dias, ou mesmo de 3 em 3 dias. Aconselha-se a escolha de um horário que facilite o seu relaxamento.

Que bolsa usar?

"Eu comecei a trocar, eu mesma cuido. Não tenho dificuldades para cuidar, eu mesma troco com a maior facilidade" (Violeta)

"Antes da cirurgia, eu não tinha idéia do que era a bolsa. Eu pensava que ficava um caninho dentro de mim. Eu fui conhecer a bolsa quando eu me acordei lá na UTI, porque a minha cirurgia foi muito, muito difícil" (Lírio)

"A bolsa não parava. Eu me levantava e ela [a bolsa] caía, mas ela [a enfermeira] me deu frasquinho com um liquido caro pra ajuda a colar. E foi uma maravilha, porque não parava a bolsa. Passei um trabalho no início, coisa mais triste. Eu botava uma de manhã e outra de tarde, porque as fezes estavam moles e amoleciam a bolsa. Umedece e descola. As fezes estando sequinhas cai lá pra baixo, já

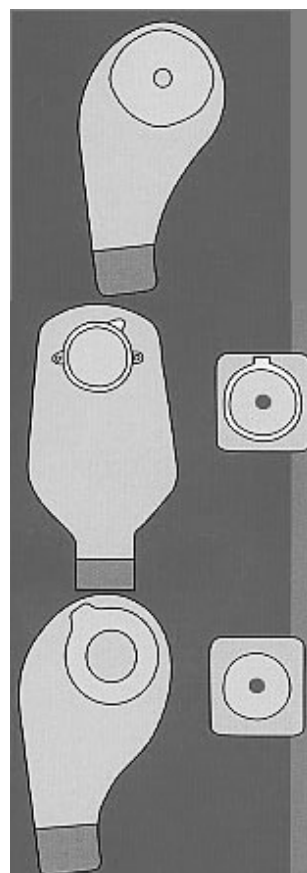
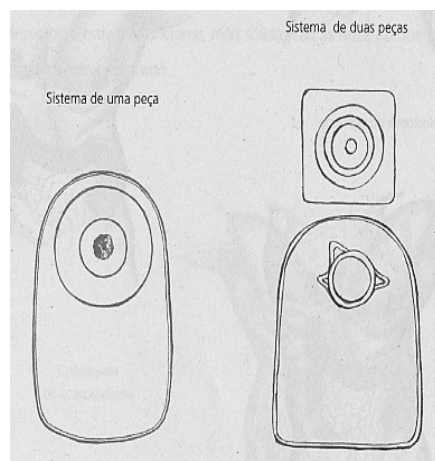
elas estando líquidas, acaba abrindo. Agora estou bem". (Margarida)

Em qualquer tipo de estomia pode-se usar uma bolsa de 1 ou de 2 peças. Nas bolsas de 1 peça, tal como o nome sugere, existe só volume: a bolsa tem já integrado o sistema que vai colar na pele. Na bolsa de 2 peças, há uma placa que se fixa na pele e 1 bolsa que nela encaixa/cola.

Além de ser de 1 ou 2 peças e de várias marcas, a bolsa pode ser ainda aberta ou fechada. As características das fezes variam com o tipo de estomia.

Quanto mais perto do ânus for cortado o intestino e confeccionada a colostomia, mais grossas vão se apresentar as fezes.

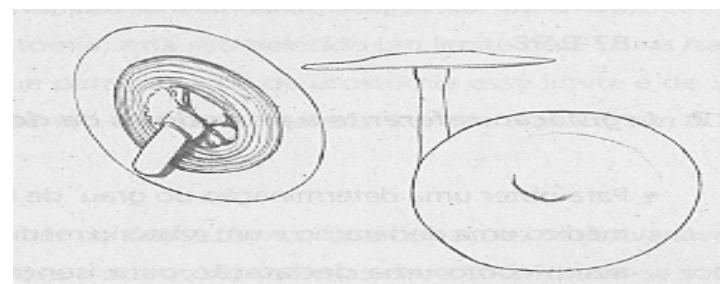
Estomizado (equipamentos):



(OBTURADOR)

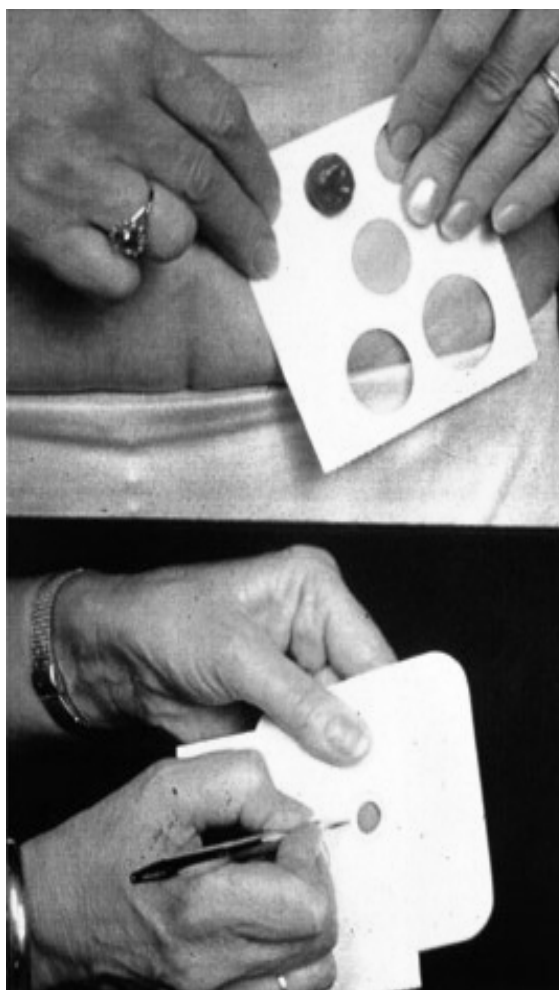
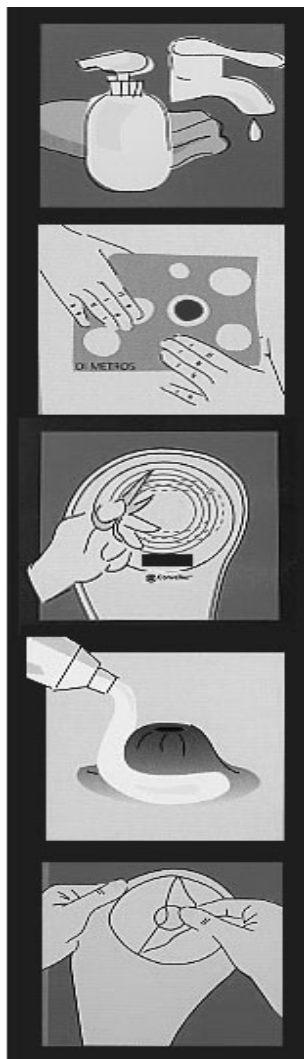
A utilização de um tampão, de um obturador, ou ainda de um saco de tamanho reduzido, é também possível para quem recorre à irrigação.

A associação da irrigação com este tipo de material torna-se um elevado incremento da qualidade de vida.



O recurso do tampão ou obturador permite que o colostomizado não use a bolsa. Só deverá iniciar o uso do tampão/obturador após o conselho da sua enfermeira.

Aplicação da bolsa de estomia



"A bolsa sempre vaza é de noite. No verão eu deixo mais de oito dias, mas no inverno eu deixo oito dias certinho, pelo medo de vazar. De noite eu não me levanto, porque eu fiz uma maneira de conectar um caninho da bolsa até uma garrafa de cinco litros e, com isso, eu durmo a noite toda. Quando se está de pé, não tem problema de vazar, mas de noite se está deitado e vaza onde se cola na barriga"
(Lírio)

Torna-se necessário que a bolsa escolhida fique perfeitamente aderida à sua pele, evitando qualquer fuga de fezes ou urina.

A remoção da bolsa faz-se de cima para abaixo, com suavidade.

Certifique-se de que a bolsa fica bem colocada e de que não existem pregas, evitando fugas de fezes/urina ou gases.

Seja bolsa de uma peça ou de duas peças, a abertura deverá ter um tamanho ajustado à estomia, evitando que as fezes entrem em contato com a pele para que não surja a irritação.

A bolsa deve ser limpa diariamente, quando encontra-se a meio da sua capacidade e trocada quando se verificar infiltração de fezes/urina entre a superfície de colagem e a pele.

Importância do Grupo de Apoio quando se é estomizado e a inclusão familiar!

envelhecer com dignidade



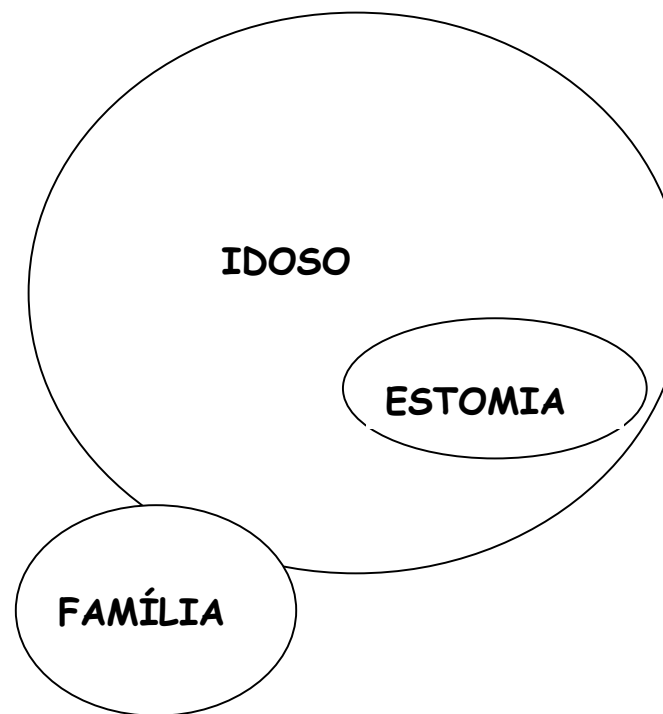
"O grupo é bom, porque a gente aprende, sozinho a gente não aprende nada. O contato com outros estomizados, me favoreceu no início, porque eu não sabia nada. Meu filho que troca [bolsa], minha nora, meus netos" (Lírio)

"Levanta a auto-estima da gente. É muito bom. Eu gosto de ir só porque a gente se bem ali. Embora não tenha nada pra dizer, mas a gente pega a bolsinha e fica na reunião ali. Eu aprendi a aceitação, convive. Vê que todo mundo ali está bem, mais ou menos bem. Uns que conversam com os outros. Eu pude ver ali que todo mundo está bem vivendo. De início, minha filha ia buscar a bolsinha É bem recebida [risos]" (Violeta)

Ser estomizado quando idoso, é buscar alternativas de uma vida melhor e, para isso, a presença dos familiares faz-se necessária, por ser a rede de apoio social mais próxima. Assim, o grupo de apoio é mais um amparo para o idoso com estomia, com relação às orientações e aos métodos de cuidado.

Essa interação pode dar-se:

- 1) nos cuidados diários em casa;
- 2) na ida do familiar até o grupo de apoio quando o idoso não pode ir;
- 3) na compreensão mútua entre o familiar e o idoso quanto à essa nova situação - a estomia.



O idoso com estomia é representado por uma relação complexa, em que essa pequena parte nomeada estomia está inserida em um contexto maior e específico: o idoso.

Essa interação pode ser favorecida pela participação do familiar, seja na desmistificação das incertezas quanto na incessante busca por melhores condições de vida de seu idoso.

Idoso: ser humano único e complexo em sua estrutura físico-mental. Detém em suas mãos a capacidade da auto-organização baseada em sua própria experiência, na sua rede de apoio e nas suas vivências boas ou más.

Estomizado: uma condição adversa que surgiu em uma etapa da vida - a velhice - mas que pode ser superada quando esse idoso percebe-se autônomo e determinado na continuação de seus projetos com a sensação de dever cumprido e alívio para viver melhor.

"Eu sempre digo vai dar tudo certo. É a mesma coisa que caminhar numa caminhada longa que quando tu olha pra trás só tem uma estrada e tudo passou. Assim que faço. A gente está vivendo, tem que seguir em frente. Que bom se todos vissem a doença assim..."
(Violeta).

Obs.: Manual desenvolvido a partir das dúvidas dos idosos entrevistados.

FONTES CONSULTADAS:

Associação Portuguesa de Ostomizados, 2005.
Site:< <http://www.apostomizados.pt/>>

BARROS, E. J. L. O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2007.

<<http://www.convatec.com>> Arquivo capturado dia 15/07/07 às 15:00 h.

DIAS, E. *Saúde Domiciliar*. Disponível no site: <http://www.saudedomiciliar.com.br/saude_dicas.htm#TOP>. Arquivo capturado dia 05/11/05 às 22:20 h.

#Ilustrações< www.google.com.br/images > Imagens capturadas dia 13/08/07 às 03:08 h.

#<http://www.saocamilo.com/pompeia/download/manual_estomoterapia_5.pdf>. Arquivo capturado dia 15/09/07 às 14:24 h.

<http://www.ostomizados.com/mapadosite.htm>. Arquivo capturado dia 15/09/07 às 16:24 h.

ANEXO A



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Processo: Nº 010/2007

Título do Projeto: O ser idoso ostomizado sob o olhar complexo: uma proposta educativa.

Objetivos: Propor uma tecnologia educativa que venha a contribuir no cuidado dos idosos estudados, à luz da Complexidade.

Pesquisador (a) responsável: Mestranda em Enfermagem Edaiane Barros

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado. Os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa. Ressalva a importância de apresentar um relatório final

Rio Grande, 18 de junho de 2007.

Prof. Dra. Susi Heliene Lauz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da ACSCRG