

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ESTOMIAS INTESTINAIS: Diagnósticos de Enfermagem relacionados às  
modificações do corpo**

CRISTHIANNE LUENNE DE OLIVEIRA ARAÚJO

Brasília - DF  
2014

CRISTHIANNE LUENNE DE OLIVEIRA ARAÚJO

**ESTOMIAS INTESTINAIS: Diagnósticos de Enfermagem relacionados às modificações do corpo**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Ms. Priscila da Silva Antônio

Brasília - DF  
2014

CRISTHIANNE LUENNE DE OLIVEIRA ARAÚJO

**ESTOMIAS INTESTINAIS: Diagnósticos de Enfermagem relacionados às modificações do corpo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em \_\_\_\_\_ para a banca examinadora composta por:

---

Professora Ms. Priscila da Silva Antonio  
Presidente da banca – ENF/UNB

---

Ana Lúcia da Silva  
Membro – EMF/UNB

---

Ivone Kamada  
Membro – ENF/UNB

---

Suplente

# <sup>1</sup>ESTOMIAS INTESTINAIS: Diagnósticos de Enfermagem relacionados às modificações do corpo

<sup>2</sup>Cristhianne Luenne de Oliveira Araújo; <sup>3</sup>Priscila da Silva Antonio

## RESUMO

A estomia acarreta em mudanças na vida do paciente. Esta mutilação experimentada pode convergir em distúrbios psicossociais uma vez que levam a mudanças na rotina por limitações físicas. A vida deve ser ajustada a essa nova realidade, e, para tanto, o conhecimento acerca dos sentimentos ou atitudes que regem o estomizado na caminhada da vida facilitará a atenção e o cuidado assistencial. Este trabalho tem como objetivo identificar, no levantamento dos diagnósticos de enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA), os indicadores referentes às modificações experimentadas no corpo em decorrência da estomia intestinal. Estudo de casos clínico descritivo, tipo série de casos, realizado no PEAC/Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre agosto de 2012 e janeiro de 2013. Os sujeitos participantes consistiram de cinco usuários deste serviço. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado, com questões abertas, aplicado durante a consulta de enfermagem. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), sendo aprovado sob ofício nº 33/12. Os dados obtidos foram analisados segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em acordo com a clínica e literaturas existentes. Os diagnósticos foram distribuídos em dois grupos sendo o primeiro denominado G1 “**sentimentos sentidos no corpo efetivo-material**” (*Körper*): Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Incontinência intestinal, Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Insônia, Padrão do sono prejudicado. E o segundo G2 “**sentimentos experimentados no corpo vivido**” (*Leib*): Estilo de vida sedentário, Medo, Distúrbios da identidade pessoal, Risco de baixa auto-estima situacional, Interação social prejudicada, Baixa autoestima situacional, Distúrbio na imagem corporal, Ansiedade, Isolamento social, Tristeza crônica, Sentimento de impotência, Processos familiares disfuncionais e Pesar. Todos os participantes do estudo apresentam grande sofrimento psíquico evidenciado pelos sentimentos de: medo, insegurança, vergonha, angústia, ansiedade, perda da honra, estranheza do próprio corpo, incapacidade física e moral, dentre outros. Concluímos que a experiência vivida pelos pacientes estomizados, suas angústias e sentimentos, podem ser identificados (via escuta) nos Diagnósticos de Enfermagem, ressaltando a importância deste instrumento na prática profissional do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Avaliação em Enfermagem. Psicopatologia. Atividades Cotidianas.

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada através do Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília (UnB)

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Email: [sunchinecris@hotmail.com](mailto:sunchinecris@hotmail.com)

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Email: [priscilantonio@gmail.com](mailto:priscilantonio@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

A estomia modifica não somente o corpo efetivo-material, mas a vida da pessoa. Compromete os relacionamentos sociais e a qualidade de vida, podendo gerar sofrimento. A amputação de qualquer parte externa ou mesmo interna do corpo é traumática, pode produzir mudança radical na aparência e, dessa forma, a vida deve ser ajustada a essa nova situação. Conhecer as mudanças e os sentimentos envolvidos nesse processo, enfrentadas por pessoas estomizadas, facilita a implementação de um plano de cuidados que atenda às necessidades psicológicas delas, podendo favorecer uma melhora na sua qualidade de vida e em seus relacionamentos sociais.<sup>1</sup>

Os estomizados intestinais não têm o controle do esfíncter anal, por algum comprometimento nos cólons, e a alternativa, muitas vezes vital, é a abertura de um orifício abdominal, obtido cirurgicamente, que oferece acesso à luz intestinal e no qual será instalado o aparelho coletor. Ao se considerar que uma pessoa “adquire” uma estomia devido ao comprometimento das vísceras, por exemplo, pela Doença de Crohn, devido a obstrução por lesões malignas do cólon ou reto (câncer), compressão da parede do cólon por outros órgãos e aderências; deve-se analisar a *psiqué* individual e relacionada ao coletivo desse ser mediante necessidades, como as expressas pelos sentimentos contidos nas falas dos entrevistados no presente estudo, de uma readaptação quanto à sua qualidade e modo de vida.<sup>2</sup>

Inserindo a enfermagem e seu processo de trabalho nesse contexto, de auxílio ao estomizado, deparamo-nos com uma metodologia com foco na resolução de problemas sugerido por Horta, a qual defende um planejamento sistemático, dinâmico e objetivo, de forma a priorizar determinadas necessidades do cliente de maneira que haja resolubilidade para o problema. É um cuidado de caráter integralista, que engloba as áreas de abrangência biopsicossocial, considerando a relevância da relação enfermeiro-paciente.<sup>3</sup>

O plano de cuidados deve ser elaborado com a participação efetiva do paciente para que o cuidado embarque a resultante pré-determinada no planejamento. Para tanto, o trabalho de assistência deve levar em conta as manifestações explícitas e implícitas nas falas da pessoa em tratamento, falas estas que podem expressar-se de forma não verbal (fisicamente), de maneira que representam um apelo ao entendimento do que não pode, momentaneamente, ser expresso pela linguagem simbólica. Essas informações permitem a elaboração de um planejamento de enfermagem adequado ao paciente, de forma humanista e que respeite suas particularidades.<sup>3</sup>

O processo de enfermagem como meio de satisfação das necessidades apresentadas pelo paciente é dividido em cinco fases, sendo: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.<sup>4</sup> Para este estudo, foram contempladas apenas as etapas de investigação e diagnósticos que subsidiaram a análise e discussão dos dados.

Destacamos que todos os participantes deste estudo são pessoas com estomia intestinal por injúrias decorrentes de câncer colorretal.

## **2. OBJETIVO**

Identificar, no levantamento dos diagnósticos de enfermagem fundamentado na taxonomia da NANDA (2009-2011), os indicadores referentes às modificações experimentadas no corpo em decorrência da estomia intestinal.

## **3. MÉTODO**

Estudo de casos clínicos descritivo, tipo série de casos, realizado no PEAC/Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre agosto de 2012 e janeiro de 2013. Os sujeitos participantes consistiram de cinco usuários deste serviço, homens e com tempo de estomia variando de quatro meses (um entrevistado) a mais de 10 anos (quatro entrevistados). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), sendo aprovado sob ofício nº 033/12.

A coleta das informações se deu durante a consulta de enfermagem. Na entrevista, utilizamos um questionário estruturado com questões abertas abordando, em caráter de anamnese, os seguintes itens: dados sociodemográficos; motivo da consulta; queixa principal; história da doença atual; história pessoal e familiar; gestos, postura, estado higiênico, colaboração com o exame; atividade expressa em palavras; senso de percepção; afetividade e humor; psicomotricidade; noções do estado mórbido; medicação utilizada e exame físico.

Os dados obtidos foram analisados segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em acordo com a clínica e literaturas existentes.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram evidenciados dois grupos de diagnósticos de enfermagem. O primeiro referente às modificações ao corpo efetivo-material (*Körper*) e o segundo ao corpo vivido (*Leib*). A discussão segue uma estrutura didática: Diagnósticos de Enfermagem NANDA (2009-2011) obtidos a partir da consulta clínica e exame físico, depoimentos colhidos durante a consulta como um meio de demonstração dos diagnósticos; discussão embasada em literaturas existentes e comentários complementares das autoras.

### **4.1. Modificações no corpo efetivo-material (*Körper*)**

O termo “corpo efetivo-material” será utilizado para designar o corpo fisiológico (próprio do estoma), – *Körper* – corpo carne que sente “na pele” a doença e a alteração da imagem. Neste grupo, foram elencados os seguintes diagnósticos:

- Incontinência intestinal (00014); Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (00197) e Nutrição desequilibrada – menos que as necessidades corporais (00002).<sup>5</sup>

A estomia, acesso cirúrgico, causa diversos transtornos ao paciente devido à perda do controle esfinteriano, conseqüentemente, a eliminação involuntária das fezes e a necessidade de ter de conviver com um equipamento coletor aderido ao abdome levam à alteração da imagem corporal e da autoimagem.<sup>6</sup>

Deve-se conjecturar que tais condições levam o paciente com estomia a um enfrentamento racional impresumível. Essa pessoa passa a analisar e comparar suas vivências passadas ou seu modo de vida no pretérito de sua jornada até o presente momento e se depara com uma mudança necessária, porém indesejada e devida (ela deve fazê-la caso deseje viver e se reintroduzir no convívio socialmente convencionado).<sup>6</sup> Em um dado momento percebe que “não irá mais sentar num vaso sanitário, tendo que discretamente despejar o conteúdo fecal e enfrentar um ânus artificial que derrama fezes incontroladamente” (incontinência intestinal) (p. 4).<sup>6</sup> Talvez pense que isso não é como deveria ser ou não está certo ou não se encaixa dentro do normal admitido geralmente.

Os fatos enfatizados acima são, frequentemente, objetos de queixumes das pessoas estomizadas. Em alguns depoimentos é evidente o descontentamento, desconforto e indignação em razão da perda do controle do ato de defecar, de poder decidir, impor uma vontade que sempre foi voluntária; isto é claramente percebido na fala de quem convive com uma estomia. Veja os seguintes depoimentos:

*“então você fica toda ora daquela forma pensando se ela vai vaziar, se ela vai estourar, se vai feder”.* (Entrevistado 5)

*“uma ansiedade se ela vai estourar, se ela vai vaziar esse tipo de coisa. Então é esse desconforto que me atrapalha”.* (Entrevistado 3)

Levamos estudos que trazem relatos marcantes acerca do desconforto experimentado perante a incontinência intestinal e o risco de motilidade gastrintestinal disfuncional verificada em pacientes portadores de estomia, no que trazemos como destaque as seguintes falas:

*“eu não tenho mais o controle [...] quando vejo saem as fezes. O pior são os gases. Eles fazem barulho e é muito constrangedor. Eu nem vou mais aos chás que costumava ir, pois é muito chato. Se isto acontecesse eu ficaria muito envergonhada.”* (p. 29)<sup>7</sup>.

*“Só posso ficar uma hora fora de casa, pois enche rapidamente aí tenho que sair correndo pra esvaziar [...] um dia fui receber minha aposentadoria no banco, aí a bolsa soltou e me sujou todinho, sai correndo morrendo de vergonha [...] não tenho mais vida social.”* (p. 341)<sup>8</sup>.

Algumas das características relacionadas a esse grupo de diagnósticos são a capacidade prejudicada de absorver alimentos, incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar, incapacidade de retardar a evacuação, alteração em estrutura física e funcionamento do organismo, perda significativa do intestino e emagrecimento severo.<sup>5</sup> Todas elas estão interconectadas seja pela alteração anatômica (mutilação), seja pela disfunção pelo estresse e ansiedade – como a inapetência

que contribui para a nutrição desequilibrada – ocasionados pela doença de base deflagradora da mutilação (no caso dos entrevistados, câncer) e pelo desequilíbrio emocional.

- Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz (00202), integridade da pele prejudicada (00046), risco de infecção (00004).<sup>5</sup>

Vejam o relato do paciente 1:

*“Tive uma fistula que é uma infecção, uma inflamação, tive que fazer uma cirurgia por causa dessa fistula. Houve outra alta fui pra casa todo contente de novo fiquei sete dias e em sete dias novamente, novo drama: outra fistula aonde tive que fazer uma terceira cirurgia com peritonite direita, operei tudo.”* (Entrevistado 1)

O **entrevistado 1** exterioriza seu desconforto com as complicações pós cirurgia, no que evidencia alguns aspectos físicos importantes: que a presença de estoma em parede abdominal pode estar acompanhado ou não de: o rompimento da superfície da pele e/ou destruição de camadas da pele por cirurgia para remover, exteriorizar (ou ambos) parte do intestino que modificou trajeto intestinal; o comprometimento da rede circulatória local mediante cirurgia; um processo inflamatório ou infecção instalada; hiperemia, prurido, e lesões ao redor do estoma sugestivos de infecção; defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, estase de fluidos orgânicos, peristaltismo alterado)<sup>5</sup> e desnutrição consubstanciam-se em achados que contribuem para os diagnósticos supracitados.

- Insônia (00095) e padrão do sono prejudicado (00198).<sup>5</sup>

*“Não sinto sono. Muitas preocupações, sabe? Aí fico até de madrugada no computador sem conseguir dormir.”* (Entrevistado 5)

Durante as entrevistas foram evidenciados relatos de ficar acordado, de dificuldade para dormir e de mudança no padrão normal de sono<sup>5</sup>, associados à cronicidade de ansiedade, principalmente, pelo desconhecimento do porvir, o que pode ser observado na fala do **entrevistado 5**, o qual refere como prováveis causas da insônia preocupações pessoais.

#### **4.2. Modificações no corpo vivido (*Leib*)**

O termo “corpo vivido” refere-se às percepções internas (da própria pessoa) e as externas (sociais e culturais). Envolvem desde os cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar), até os sentidos como sentimentos: angústia, medo, impotência, ansiedade, conforme os relatos dos pacientes. A vida cotidiana destes pacientes é alterada pelas mudanças no corpo efetivo-material (pelas limitações físicas) e, também, pelas percepções deste mesmo corpo, que em conjunto, constituem o corpo experimentado; ou seja, o corpo vivido. Nesse sentido têm-se os seguintes diagnósticos:



- Medo (00148), baixa autoestima situacional (00120), ansiedade (00146), angústia, distúrbio na imagem corporal (00118), desempenho de papel ineficaz (00055), interação social prejudicada (00052), isolamento social (00053)<sup>5</sup>

Abaixo, nas falas dos entrevistados 1 e 2, citamos um exemplo de **medo da morte**, incerteza quanto ao porvir:

*“A princípio a minha primeira reação foi a seguinte, quando eu vi lá um adenocarcinoma, a primeira coisa que aconteceu foi meu filho entrar na sala pra pegar um brinquedo, e como na gravação não aparece aqui, se vocês estão vendo meu olho já muda, já lacrimeja, tá, me deu vontade de chorar, engasguei a voz aqui, foi a primeira reação que eu tive, não gosto nem de lembrar. Eu acho que, a primeira reação que a pessoa tem ao saber que tem um **câncer** é **achar que vai morrer.**” (Entrevistado 1)*

*“A primeira coisa que vem a cabeça quando você escuta que você tá com **câncer** em qualquer lugar é realmente **medo da morte.**” (Entrevistado 2)*

Conforme notado nas falas dos **entrevistados 1 e 2** o medo é de morrer. O medo aqui é tido como uma perturbação resultante da ideia de um perigo real ou aparente ou da presença de alguma coisa estranha ou perigosa, que neste caso seria o câncer. Ter uma doença como esta implica em projeções de si mesmo num futuro que parece estar próximo e que não é agradável. O novo é estranho e essa admiração ou impressão resultante do que é estranho imprime um estado de consciência adverso à rotina habitual. Decorre do padecimento pela dor física e moral (bons costumes sociais) que o câncer, sua evolução enquanto doença e tratamento podem resultar, porque nesse estágio de auto-aflição é como se esse alguém deixasse de pertencer àquele mundo que lhe era familiar, ou não queira agora, apenas, fazer parte. Talvez por trazer implicações, segundo sua visão deturpada do real e abstrato, no que tange ao seu papel social e no instituto familiar, o qual pode estar ameaçado, (a estomia) que refletiria numa nova perda (papéis sociais: dever, obrigação legal, moral, profissional, atribuição, função que desempenha ou cumpre)<sup>9, 10</sup>, como desabafa o **entrevistado 1**, ao relatar sentir-se desorientado quanto ao enfrentamento do filho frente à possibilidade de perder o pai e demonstrar preocupação quanto ao desempenho de seu papel social de “pai estomizado”: **“como vou brincar com o meu filho com isso aqui? E se estourar ou feder?”**

A “coisa perigosa” advém da presença do câncer. Culturalmente, o câncer representa uma condição em que a morte seria o destino mais provável, o processo de finitude infatigável. Isso demanda um turbilhão de sentimentos perante sua descoberta e necessidade de enfrentamento. A inevitabilidade desse enfrentamento vem com uma carga de cobrança por parte dos entes próximos e do “Eu” sobrevivente; é uma dívida apropriada pela própria consciência, que se vê obrigada a querer se recuperar para voltar a integrar o todo que imantava e vice e versa.<sup>9, 11, 12</sup>

Por sua vez o medo [sendo] personificado por e como um estado afetivo imbuído do desejo de se evitar aquilo que ameaça a integralidade, integridade e existência do corpo material e mente;

(estomizado) experimenta um agregado de estados afetivos interligados com o princípio mais primitivo e instintivo [medo], para os quais as causas primárias os norteiam: temor proveniente do objeto que causa um receio bem fundado de um mal ou de um perigo que pode sobrevir no futuro [como no caso de uma pessoa visualizar e projetar-se em e para um/o futuro que seria mais “apropriado”, segundo sua concepção de mundo, diante de uma circunstância transitória e nova, com a finalidade de trazer ou fornecer respostas, explicações e/ou alguma seguridade perante o fato que o surpreendera – a necessidade da estomia, em conjunção a uma mutilação ou amputação de parte de um órgão que lhe garantia a essencial autonomia (evacuação voluntária) enquanto organismo humano “perfeito” (sem deformidades)], o que gera desassossego, inquietação, ansiedade e o estado exacerbado da ansiedade configurando-se como a angústia.<sup>9, 13</sup>

A angústia baseada na filosofia de Kierkegaard figura-se em um sentimento de ameaça perante uma condição que deixa marcas/cicatrizes no corpo efetivo material de conhecimento recente e que, psiquicamente, apresenta-se como algo impreciso e indeterminado, pelo fato de que a existência de um ser que projeta incessantemente o futuro arrosta-se implacável, rígido e austero com a possibilidade de fracasso, sofrimento e, no limite, a morte: é o que vislumbra a pessoa que experimenta o medo primeiro pelo diagnóstico do câncer, segundo pela mutilação necessária à sua sobrevivência – a estomia.<sup>13</sup>

Kierkegaard levanta a existência de duas formas de desespero que guerreiam no ambiente interno da mente dos que estão em meio a relações entre o “Eu” e outrem. Esse conflito existencial embarca o que o autor chama de “dependência do conjunto da relação”, pois que, partindo-se de uma contextualização pessoal do estado interno do “Eu” existiriam: a vontade de desvencilharmo-nos de nós mesmos por não podermos ser/ter o que se almeja ou devido à reflexão acerca da incapacidade em reestabelecer suas forças por si só, e o desejo desesperado de sermos nós mesmos. Isso nos encaminha para o desenvolvimento de um estado de angústia, mediante a discordância do homem enquanto uma síntese de alma e corpo (infinito e finito, eterno e temporal, liberdade e necessidade) e do homem enquanto “uma potência amiga desejosa de constituir a relação” (p.66).<sup>11</sup> A necessidade da relação entre o espírito (compreendido como o Eu ou uma relação que se estabelece consigo próprio) e a potência amiga desejosa de constituir a relação, Kierkegaard define como desespero.<sup>11</sup>

No entanto, o desespero é uma vontade consciente de destruir a si mesmo e que, diante da impossibilidade/impotência em fazê-lo, emerge num mar de injúrias autodestrutivas, as quais vão consumindo as energias vitais ou o “fluido fundamental” – ou o que poderíamos chamar de sentido motivacional da existência –, corroborando para o aniquilamento de si mesmo.<sup>11</sup> “Isso porque é acumulando sem cessar, no presente, o desespero pretérito que ele desespera por não poder devorar-se nem libertar-se do seu eu, nem aniquilar-se” (p. 24).<sup>11</sup>

Todas as pessoas desta pesquisa estão sujeitas ao desespero, todos compartilham de inquietações, perturbações, receios, desarmonias que vão ao encontro de um agente causal desconhecido, despercebido e desacreditado esteja externo ou no interior do “Eu” comprazente.

Imaginemos alguém tendencioso, vertido de agonias inexpressivas e dono de tormentos desencadeadores de uma “doença mortal” arraigada ao Espírito. Talvez isso simplifique a desordem mental de um estomizado, pois os mais desesperados são os que menos consciência possuem.<sup>11, 12</sup>

A baixa autoestima situacional é evidenciada nas falas através de uma avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou por expressões de sentimento de inutilidade como o não conseguir ao menos brincar com o filho. Este diagnóstico traz como fatores relacionados a perda (como a do ânus no estomizado), o medo da rejeição e distúrbio na imagem corporal. O distúrbio na imagem corporal pode ser evidenciado por: resposta não verbal a mudanças reais no corpo como ao esconder intencionalmente parte do corpo – o abdome com o uso de roupas largas –; mudança no envolvimento social em virtude do isolamento social; foco na aparência do passado (“***bom seria voltar a ser como vocês, sem estoma, sem saquinho***” – **entrevistado 1**); medo da reação dos outros o que leva, por exemplo, uma pessoa estomizada a ficar em jejum para evitar a vergonha proveniente do barulho e do odor (“***Quando vou sair eu não como nada porque senão solta ou prende muito o intestino. As vezes fico o dia todinho sem comer, porque a bolsa pode ficar cheia e você passa vergonha. Tem gente que abusa da gente, então é melhor ficar sem comer***”). Estas características relacionam-se a cirurgia, a doença e ao tratamento da doença.<sup>5</sup>

- Sentimento de impotência (00125), atividades interrompidas<sup>5</sup>

Abaixo, o entrevistado 4 argui sobre um desejo contraposto ao modo como se sente, falta de poder, como capacidade, ou incapacidade de enfrentar ou lidar com o resultado do tratamento:

*“Estar bom é estar como vocês, sem estomia, sem doença, sem saquinho. É impossível viver e conviver a vida inteira com isso aqui.” (Entrevistado 4)*

O decreto 5.296 homologou os direitos dos estomizados, sendo classificados na categoria de deficientes físicos (quando a doença de base deixa deficiente o sistema excretor), o que garantiu sua reinserção no meio social, com atenção para a promoção da qualidade de vida e cidadania.<sup>14</sup> No entanto, ao que parece, ser considerado deficiente físico não ajuda muito no processo de aceitação do seu estado diferenciado, uma vez que estar aposentado implica pensar em incapacidade por invalidez, o que contribui para o sentimento de impotência (evidenciado por expressões de insatisfação quanto a incapacidade de realizar as atividades ou tarefas anteriores, ressentimento) experimentado pelo **entrevistado 4**, ao afirmar que “***é impossível viver e conviver a vida inteira com isso aqui, preciso trabalhar***”, prevendo, portanto, algo que não é possível devido ao poder como capacidade estar diminuído pela invalidez decorrente da presença da estomia. A negação se faz presente em sua fala como um mecanismo de defesa, manutenção da integridade do ego, devido a um conflito (ter uma estomia que torna alguém, antes produtivamente ativo, incapaz de o ser), que gera angústia. Um

estudo realizado por Silva indica que existem pacientes estomizados que chegam a preferir “a morte à estomia”.<sup>10</sup>

A despeito disso, o autoconceito das pessoas é construído com base em padrões culturais, e, paralelamente a isso, padrões de eliminação intestinal e valores como beleza e atração física sofrem mais influência do que foram concebidos para o viver coletivo. Essas construções sociais acarretam menosprezo àqueles, com colostomia, que fujam desses padrões e que vão contra as “imitações” do que seria um ser humano perfeito anatomicamente ou normal. Assim, ter uma estomia e não poder controlar suas eliminações intestinais são fatores de distinção entre uma pessoa e as demais, já que esta apresenta funções corporais socialmente inconvenientes. O **entrevistado 3** relata: *“não vou mais a um restaurante, ao parque ou qualquer outro lugar que tenha muita gente. Fico com receio de acontecer algo com a estomia e expor minha família. Prefiro ficar em casa com quem me conhece e entende a situação”*; o não ir tem como implicação a interrupção das atividades cotidianas em razão das preocupações, do medo, inerentes ao estoma (vazar, feder, fazer barulho com a eliminação dos gases). O sentir-se inútil, a autossegregação social, o abatimento moral (corresponde, neste contexto, à atitude ou comportamento daquele que se encontra perturbado, confuso ou embaraçado por uma situação de importância ou destaque social) e a recusa e desprezo pela imagem corporal são consequências desse quadro de autodepreciação.<sup>9, 10</sup>

O normal acima referido atende a uma conjuntura normativa, diz-se daquilo que se adapta a um dado modelo, mais abundante, mais comumente encontrado. A maioria dos casos é o que determina a norma, ou seja, ser ou não ser normal. Uma pessoa doente que se sente, declara-se e se comporta como tal pertence, agora, a uma dimensão contrária ao sentido contido em normal. Origina-se, daí, um universo novo, que não se ajusta dentro do universo do normal por estar fora da norma padrão. Portanto, diante da necessidade do homem de cunhar nomes para valores ou a tudo aquilo que se insira no âmbito da linguagem, o anormal vem para rearranjar-se aos limites e regras atribuídos ao que se crê, se acredita como sendo normal.<sup>12, 15</sup>

Observou-se que o valor atribuído pelos participantes ao novo padrão de funcionalidade corporal e imagem influencia na forma como se veem e se posicionam na sociedade, sendo essa visão fator determinante sobre o modo como exercem atividades cotidianas e como interagem com o outro.

- Pesar (00136) e tristeza crônica (00137)<sup>5</sup>

Segue a fala do entrevistado 5 evidenciando um estado extremo de tristeza profunda e mórbido, caracterizado como melancolia, desistência da vida, de viver:

*“Teve uma época que eu não queria mais sair de casa, da cama, tava desgostoso com a vida, sabe. Não queria viver, não me importava com mais ninguém. Não falava mais, não ouvia mais. Tava no limite. Me perguntava pra que viver assim?”* (Entrevistado 5)

Kübler-Ross, fala sobre as fases enfrentadas com a instalação do luto, a primeira, a negação, seria um estado temporário de defesa em que a pessoa a utiliza como um escudo protetor mediante a exposição a algo desagradável, a uma situação dolorosa, chocante e inesperada inerente a si mesma. Isto vai ao encontro de um momento compartilhado pelo **entrevistado 5** de negação de sua condição. Demonstrava preferir morrer a perder a autonomia sobre sua função corporal de eliminação intestinal. Ter uma estomia o levou a um estado de ajustamento, ou tentativa disto, que trabalha psiquicamente para diminuir qualquer expressão que possa por em risco a integridade do ego mediante a presença de algum fator considerado ameaçador.<sup>16</sup> Escolheu para tanto o isolamento interpessoal e social: *“não queria mais sair de casa; não queria viver; não me importava com mais ninguém; não falava, não ouvia mais”*.

O entrevistado 3, como o 5, demonstra grande pesar e tristeza pela sua condição de estomizado. Estes diagnósticos são evidenciados por sentimentos negativos (desgosto, tristeza) pela experimentação do luto relacionadas a experiência de incapacidade crônica (perda de objeto significativo – parte do corpo; muito tempo sem trabalhar ou sem contato interpessoal)<sup>5</sup>, especialmente quando referem a falta de vontade de estar em convívio social e/ou incapacidade de viver harmonicamente com a estomia: *“Eu não consigo me enxergar com essa estomia para o resto da vida. Uma pessoa não vive feliz estando limitado.”* (Entrevistado 3)

*“Um negócio desse aqui se fosse para o resto da vida atrapalharia a vida de qualquer ser humano. Eu não consigo me enxergar com essa estomia para o resto da vida. Uma pessoa não vive feliz estando limitado.”* (Entrevistado 3)

O estado de negação sinalizado nas falas dos **entrevistados 5 e 3** conecta-se com uma das teorias de Balint, que afirma que uma das tendências da mente humana, embora primitiva, faz-se potencialmente impulsiva, é o narcisismo. Isso significa que nos impelido pelo nosso alter-ego subjugar-nos como “imperecíveis, inviolados, importantes, capazes e, sobretudo, dignos de amor.” (p. 216). Contudo, o desenrolar de nossas experiências e o avançar de nosso desenvolvimento, por vezes, demandam desventuras, as quais ferem nosso narcisismo. Isso ocorre quando se adoecer, por exemplo, pois a partir desse acontecimento nossa mente processa uma perda momentânea da capacidade corpórea, ou pior, que talvez não se possa mais recuperar essa vitalidade integral e que nossas esperanças foram interrompidas por tempo indeterminado. Essa situação poderá ser agravada quando por decisão própria o paciente resolve procurar assistência médica e se depara com imposições sobre como deve se portar perante sua doença ou o que devem esperar e suportar, como se houvesse uma concessão pré-estabelecida ou uma regra geral de etiqueta sobre o comportamento adequado para aquela ocasião. A consequência disso é manifestada pelo próprio paciente ao ter de aceitar, por obrigação, a crença e os mandamentos do seu médico, ou, em contrapartida, rejeita-os se comprazendo

num deprimir crônico ou vai à busca de outra assistência cujas imposições não ofendam seu atual estado já menoscabado.<sup>17</sup>

- Interação social prejudicada (00052); padrões de sexualidade ineficazes (00065) evidenciado por vergonha e comprometimento ou ausência de relacionamentos afetivos, dificuldade em estabelecer contato íntimo.<sup>5</sup>

Observe a inserção das palavras **sozinho, não, desconforto, atrapalha, rejeitam**; e das frases **“vai vazar”, “vai estourar”, “vai feder”**; indicando motivações para uma autoexclusão do convívio social por vergonha ou medo da rejeição, das falas abaixo:

*“Fico a maior parte do tempo **sozinho**, não tenho amigos, só a minha família. Desde que tudo aconteceu não tenho **relacionamentos íntimos**”.* (Entrevistado 2)

*“Imagina você estar em uma festa? Eu nem vou porque **não quero ir**. As pessoas **rejeitam** quem é diferente.”.* (Entrevistado 4)

*“Quando vou pra algum lugar fico até preparado com a segunda roupa dentro do carro, com a bolsa, então você fica toda ora daquela forma pensando se ela **vai vazar**, se ela **vai estourar**, se **vai feder**”.* (Entrevistado 5)

*“Eu coloquei uma coisa na minha cabeça quando eu descobri a doença de não falar muito, porque de quinhentos amigos tiveram dois, um inclusive nem tão amigo, foi me visitar, eu nem esperava, no hospital, se oferecendo até pra doar sangue pra mim. Então de cem amigos que eu tinha, a maioria ficou sabendo depois de um tempo, claro, e poucos foram me visitar ou me telefonaram. Meu telefone até hoje tá aqui no meu bolso ele não toca pra saber, pra me dar uma palavra de boa fé ou de algo parecido”.* (Entrevistado 1)

O uso do equipamento coletor, necessário em virtude da ausência de controle esfinteriano, traz consigo o risco de extravasamento do conteúdo fecal depositado involuntariamente na mesma. Levando esse dilema para a vida cotidiana de uma pessoa que, antes da cirurgia que implicou na confecção dessa “mutilação”, possuía total controle e autonomia sobre suas funções fisiológicas de eliminação intestinal, torna-se de fácil compreensão o receio persistente, sentido, da não aceitação social pela descaracterização do estado de normalidade. Ocorrerão, portanto, mudanças:

- Na rotina e no contato interpessoal como referem os **entrevistado 1: “Fico a maior parte do tempo sozinho, não tenho amigos, só a minha família”**; e o **entrevistado 2: “um inclusive nem tão amigo, foi me visitar, eu nem esperava, no hospital, se oferecendo até pra doar sangue pra mim”**; isolam-se do convívio social e recorrem ao amparo e acolhimento dos amigos e, principalmente, dos familiares. Esse isolamento social, geralmente devido à vergonha ou ao medo de rejeição, corrobora também para um diminuto ou inexistente relacionamento íntimo, levando a um padrão de sexualidade

ineficaz evidenciado por alterações na percepção do papel social, relacionado a déficit de conhecimento sobre respostas alternativas a função ou estrutura corporal alterada, doença ou tratamento médico.<sup>5</sup>

- No modo de se vestir, visando à adaptação à “nova vida” e reinserção social, como bem colocam os **entrevistados 5 e 3**, ao usarem roupas mais largas para esconder a estomia e/ou se precaverem sempre que saem de casa com uma segunda roupa ou bolsa coletora reserva pelo medo do vazamento, do odor, da exposição social negativa advinda dessas situações: *“então você fica toda ora daquela forma pensando se ela vai vaziar, se ela vai estourar, se vai feder; uma ansiedade se ela vai estourar, se ela vai vaziar esse tipo de coisa. Então é esse desconforto que me atrapalha”*.

- Barreira na comunicação devido a processos de pensamento e autoconceito perturbados acompanhados da presença constante do sofrer, podendo perfazer-se em dor crônica evidenciada por interação reduzida com as pessoas.<sup>5</sup>

Foi observada prevalência dentre os entrevistados de interação reduzida com pessoas e o ambiente, e as situações cotidianas que “forçam” essa aproximação contribuem para uma exacerbação da ansiedade, que produz ensaio do estado afetivo de angústia. Esse desconforto em situações sociais; as incertezas; o sentimento de estranheza para com um corpo, o seu corpo, transfigurado, podem contribuir não apenas com desordens emocionais, bem como para alteração na percepção do papel social com a instalação de perturbações nos processos metabólicos e consequente prejuízo nutricional. Todos relataram a privação de determinados alimentos no intento de se evitar transtornos inerentes ao processo digestivo de produção de gases [fétidos], especialmente na véspera de momentos ou situações de socialização.

- Dor crônica (00133), conforto prejudicado (00214).<sup>5</sup>

Perceba a sensação de desconforto mediante a possibilidade de perda de **“pedaço do meu intestino”** e a tentativa de atenuação desse desconforto, por meio da busca de opiniões variadas pelo **entrevistado 1**. Esse desconforto está relacionado com a forma como se é tratado numa situação de adoecimento em que lhe é dado como única alternativa a mutilação do seu corpo. O *“queria ouvir várias opiniões”* expresso pelo paciente confere uma incerteza/dúvida quanto ao seu real estado de saúde e às alternativas de tratamento oferecidas, bem como uma dificuldade em aceitá-las. A necessidade que se sente, numa situação dessas, de buscar e de ter respostas para o por que e como uma doença incapacitante ou limitante – que mudará significativamente sua vida, rotina, socialização e relacionamentos interpessoais – desencadeia uma sensação desagradável, derivada de sentimentos pelos próprios infortúnios.

*“Eu numa situação dessa queria ouvir várias opiniões, e todas as opiniões que eu tive é que tiraria um pedaço do meu intestino que estava danificado, que estava invadido pelo câncer”. (Entrevistado 1)*

As pessoas deste estudo trouxeram e manifestaram em algum momento (fala e comportamento) esses aspectos sociais da dor ou sensação desagradável perfazendo-se em dor crônica, advinda de um sofrimento moral, que os estomizados “carregam” e suportam diariamente por terem sido obrigados a aceitar a presença da estomia. A dor crônica pode ser evidenciada por foco em si mesmo, interação reduzida com as pessoas, medo de nova lesão, mudanças no padrão de sono, relacionada a incapacidade psicossocial crônica.<sup>5</sup>

A análise de relatos codificados, das alterações no padrão de sono, da expressividade facial, do desconforto, do poder diminuído como capacidade, da alteração na percepção do papel sexual, dentre outros, permite fazer observações acerca da dor sentida e mal compreendida pelos pacientes. A busca por respostas, opiniões diferenciadas de variados profissionais da saúde como medida ou alternativa que justificasse ou atenuasse a dor sentida, porém pouco transparecida ou percebida, reflete quão limitadas são a compreensão e o preparo das pessoas para lidarem com essas demandas.

## **5. CONCLUSÃO**

Os diagnósticos de enfermagem levantados não se limitam às questões do corpo efetivo-material (*Körper*), mas também demonstram grande sofrimento psíquico evidenciado pelos sentimentos de: medo, insegurança, vergonha, angústia, ansiedade, perda da honra, estranheza do próprio corpo, incapacidade física e moral. Os diagnósticos de enfermagem levantados foram dois grupos, o G1 que se refere aos diagnósticos relacionados as modificações no corpo efetivo-material e o G2 relacionado as modificações no corpo vivido.

No G1 foram agrupados os seguintes diagnósticos: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Incontinência intestinal, Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional, Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção: desordens fisiológicas atuando como agentes desencadeantes da insegurança, ansiedade, medo e estranheza do próprio corpo pela dúvida quanto ao sucesso do tratamento, medo da exposição e violação da privacidade e do próprio corpo.

No G2 reunimos os seguintes diagnósticos: Medo, Risco de baixa auto-estima situacional, Interação social prejudicada, Baixa autoestima situacional, Isolamento social, Distúrbio na imagem corporal, Ansiedade, Sentimento de impotência, desempenho de papel ineficaz, Processos familiares disfuncionais, Pesar, Insônia, Padrão do sono prejudicado, Estilo de vida sedentário, Tristeza crônica, padrões de sexualidade ineficazes, dor, conforto prejudicado: Perceber as mudanças sofridas no corpo efetivo-material impele a experimentação do sentimento de vergonha, da honra perdida, devido a perda da autonomia sobre seu ânus o que leva a um afastamento dos relacionamentos interpessoais ou



afetivos gerando solidão, tristeza; angústia pelo medo da estigmatização social sofrível; incapacidade física e moral pela mudança no papel social, doença ou presença da bolsa coletora usados como antagonistas para o convívio coletivo pela incapacidade de vencer o sentimento de impotência.

Os Diagnósticos de Enfermagem foram levantados não apenas pelos indicadores clínicos (fatores relacionados e características definidoras), mas também pela escuta. Vários sentimentos da experiência vivida pelos pacientes foram evidenciados inclusive classificados nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Este fato nos leva a pensar como este instrumento, embora objetivo, possibilita uma escuta mais acurada e empática aos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maruyama SAT. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico.** Ribeirão Preto, 2004. 285 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
2. Crema E, Silva R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar.** Uberaba: Pinti, 1997. p. 35-40.
3. Horta WA, Castellanos BEP. **Processo de enfermagem.** Sao paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.
4. Taylor C, Lillis C, Lemone P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.
5. NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. Petuco VM. **A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo/RS.** São Paulo, 1998. 223 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
7. Farias DH, Gomes GC, Zappas S. **Convivendo com uma ostomia: Conhecendo para melhor cuidar.** Cogitare Enfermagem, 2004; 9(1):25-32.
8. Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. **Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do Centro-Oeste em Minas Gerais.** Revista Enfermagem Centro-Oeste Mineiro, 2012 set/dez; 2(3):337-346.
9. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.
10. Silva AL, Shimizu HE. **O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2006 jul-ago; 14(4): 483-90.
11. Kierkegaard S. **O desespero humano: texto integral.** São Paulo: Martin Claret, 2007.
12. Franco FLM. **Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental.** Primeiros Escritos, 2009; 1(1): 87-95.
13. Kierkegaard S. **O conceito de angústia.** ed. 1. Editora: Vozes, 2010.
14. Brasil. **Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.** Brasília, 2004.
15. Martins F. **Psicopatologia I: Prolegômenos.** ed. 1. Minas Gerais: Editora Pucminas, 2005.
16. Kubler-Ross E. **Sobre a Morte e o Morrer.** São Paulo (SP): Martins Fontes; 1987.
17. Balint M. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1975.