

O domínio de Si – A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada

Self-mastery - Lived experience in the words of person with a stoma

Maria Isabel Nunes Albuquerque*

Anabela Costa Heleno Agostinho**

Carolina Correia Freitas***

Maria Marta Leal Couto Machado****

Rosa Carla Gomes Silva***

Resumo

O registo da experiência de uma pessoa que tenha sido sujeita a um processo de doença pode revelar-se um suporte terapêutico valioso para doentes que se encontrem ainda em fase de adaptação a uma situação clínica similar. O Relato biográfico, sendo uma estratégia que recorre à narração na primeira pessoa, foi a metodologia escolhida para a compreensão do fenómeno em estudo. Mais concretamente, quis-se compreender a história e a vida de uma pessoa ostomizada explorando as seguintes vertentes: vivências e sentimentos face à doença. Como objectivo, pretende-se ampliar os conhecimentos para um cuidado efectivo, dada a compreensão que a pessoa ostomizada tem de si mesma. Este relato centra-se na história de Maria, que tem 31 anos, é casada e que ficou ostomizada devido à doença de Crohn. Pelo seu relato pode constatar-se a importância do *background* familiar, cultural, social e das experiências e estratégias de coping que, neste caso, mostrou ser o maior factor adjuvante na adaptação à sua nova condição de vida: *“viver com uma ileostomia”*.

Palavras-chave: relatos de casos, experiência de vida, doença de Crohn, adaptação, ostomia.

Abstract

A positive personal experience during illness can prove to be a valuable therapeutic support for a patient who is in a similar phase of adaptation to a clinical situation. The methodology used to understand the phenomenon discussed in this paper is biographical report. In this case, the strategy relates to a situation narrated by the patient, with the objective of understanding the experience of person with a stoma with regard to experiences and feelings related to the illness. By using this approach, we aim to offer effective care to people with a stoma, based on the understandings that they have of themselves. This self-report focuses on Maria's story, a 31-year old married woman who had stoma formation due to suffering from Crohn's disease. By telling her story, it is possible to identify the importance of her family's cultural and social background and associated with coping strategies, which were shown to be adjuvant factors in her adaptation to a new way of life: living with an ileostomy.

Keywords: case reports, life experiences, Crohn's disease, adaptation, stoma.

* Enfermeira Especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Hospitais da Universidade de Coimbra

** Enfermeira Graduada, Hospitais da Universidade de Coimbra

*** Enfermeiras nos Hospitais da Universidade de Coimbra

****Enfermeira-Chefe nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Recebido para publicação em: 02.04.2008

Aceite para publicação em: 22.01.2009

“O domínio de si e a falta ou perda de domínio de si: a falta de domínio de si faz parte das qualidades do carácter que têm de ser evitadas...”

(Aristóteles in Ética a Nicómaco)

Introdução

Na revisão sistemática de Brown e Randle (2005) efectuada com o objectivo de reunir a evidência científica referente ao impacto da ostomia na vida da pessoa, mais especificamente no âmbito das questões psicológicas e sociais, os autores verificaram que a evidência não reúne um total consenso.

Na verdade a realização de uma ostomia implica uma alteração da fisiologia gastrointestinal, e tem implicação ao nível da auto estima e imagem corporal para além da intimidade/sexualidade, causando mudança nas relações familiares, sociais e afectivas do ostomizado (Bechara *et al.*, 2005). Ballone (2002) acrescenta que o ostomizado ao vivenciar uma panóplia de sentimentos multidimensionais torna-se importante a sua exploração para promover a adaptação à sua nova situação de saúde.

É neste âmbito que se justifica a realização deste estudo que tem como objectivo compreender a história de vida de um ostomizado pela exploração das vertentes: vivências e sentimentos face à doença. Entenda-se vivência como o resultado da experimentação prática, pessoal e directa de acontecimentos ou factos práticos que constituem as experiências de vida acompanhadas pela afectividade. (Ballone, 2002)

Contudo, parece certo que num período imediato, muitos doentes evidenciam sentimentos negativos após a formação do estoma. Simultaneamente, tem-se vindo a constatar que estes sentimentos negativos estão relacionados com o propósito que conduz à formação do estoma. Num trabalho desenvolvido por Jenk *et al.*, (1997) refere-se que as pessoas que ficam portadoras de estoma, tendo por causa uma doença oncológica, são as que melhor aceitam esta condição (Jenk *et al.*, 1997, *apud* Brown e Randle, 2005). Por seu lado Hancock *et al.*, (2000) referem que, ao nível dos países industrializados, os sentimentos de negação são mais exacerbados, dada a promoção da cultura da imagem corporal (Hancock *et al.*, 2000 *apud* Brown e Randle, 2005). Deste modo, constata-se que a ostomia se apresenta como uma fonte de grande ansiedade e com significativas consequências psicológicas

– “ (...) stoma formation can result in psychological morbidity” (White e Hung, 1997, Nugent *et al.*, 1999 *apud* Brown e Randle, 2005).

Os cuidados de enfermagem devem incidir na valorização da pessoa no seu todo, focalizando as suas intervenções no âmbito das respostas humanas da pessoa às limitações provocadas pela doença, as quais exigem da pessoa a capacidade de adaptação a uma nova condição de vida. Dentro desta linha de pensamento não se pode ficar alheio às respostas humanas da pessoa que vive diária e continuamente com uma ostomia.

Por tudo isto, considera-se que muitas das informações sobre as pessoas e as situações a estudar necessitam de ser interpretadas de uma forma muito mais profunda do que a circunscrita ao simples objecto de estudo. Como tal, é objectivo geral deste relato, conhecer os aspectos centrais da realidade de uma pessoa ostomizada tendo por base as suas palavras, ou seja, especificamente pretende-se:

- Descrever os sentimentos da pessoa ostomizada;
- Compreender as suas vivências face ao facto de ser portador de uma ostomia;
- Compreender a visão que a pessoa ostomizada tem de si mesma.

Metodologia

Para a consecução dos objectivos propostos efectuou-se um estudo descritivo com recurso a uma metodologia de natureza qualitativa através de um relato biográfico.

A colheita de informação foi efectuada em 2006 com base numa entrevista semi estruturada, a partir da qual, foi elaborado um guião com o objectivo de orientar o investigador no decorrer da colheita de dados. A opção pela entrevista semi estruturada deve-se ao facto desta entrevista ser criativa, espontânea, não totalmente padronizada e estruturada mas também sem ter um formato livre facilitando a construção da história de vida o que vai ao encontro dos objectivos propostos. (Polit e Beck, 2004)

Esta entrevista depois de validada, sujeita a um pré-teste e respectivo reajuste, foi aplicada a uma doente portadora de uma ostomia, a quem se chamou Maria. A selecção deste caso em particular deve-se essencialmente ao facto de ser uma pessoa portadora de características muito particulares, pelas suas habilitações literárias, capacidade

de expressão, pela relação empática e afectuosa que estabeleceu com a equipa multidisciplinar, sendo uma informante privilegiada, melhor dizendo, uma pessoa virtuosa na essência do *domínio de si* e na pouca *falta ou perda de domínio de si*.

Este estudo inseriu-se num projecto de formação do hospital pelo que foram cumpridos todos os pressupostos éticos e legais bem como a obtenção de consentimento informado.

A entrevista realizou-se num gabinete do serviço de “Cirurgia III – Mulheres”, onde foi salvaguardada a privacidade de Maria. A duração da entrevista foi de aproximadamente 60 minutos. Esta foi gravada em suporte magnético e aquando a sua realização foram efectuadas notas de campo. De seguida, foi integralmente transcrita para formato papel e entregue à participante para a sua validação, não se tendo registado nenhuma modificação.

Durante todo o processo, a participante mostrou-se colaborante e disponível, demonstrando satisfação em partilhar a sua história de vida.

Posteriormente, a entrevista foi submetida ao processo de análise de conteúdo segundo Bardin.

Relato biográfico

Os resultados obtidos permitiram a caracterização da participante bem como compreender a sua história de vida, o percurso da doença e como estes influenciaram a sua vivência e a sua adaptação ao processo saúde/doença.

Maria é uma oostomizada de 31 anos, casada, sem filhos, bibliotecária de profissão à qual não consegue dar continuidade devido à necessidade de longos internamentos.

História da vida

Nasci em “X” onde vivi até aos sete anos. Em 1981 devido à separação dos meus pais, fui viver com a minha avó materna, para “Y”, com os meus dois irmãos. Aos dezasseis anos fui trabalhar como empregada doméstica e posteriormente tirei um curso profissional de Bibliotecas e Serviços de Documentação. Passados dois anos ingressei no quadro de pessoal da Câmara Municipal de “Y” onde, ainda hoje, sou funcionária.

História da doença

Depois de 25 anos de vida sem grandes doenças que não fossem as normais de uma criança surgem as

diarreias constantes. Entre a visita a vários médicos e a realização de um sem número de exames passei cerca de três anos sem saber o que me estava a acontecer. Em 2002, após a morte da minha avó e o adoecimento do meu irmão com Leucemia, as coisas pioraram e além de diarreias passei a ter dores abdominais e febre. Os sintomas persistiam e foi quando uma amiga me indicou o nome de um médico ao qual recorri sendo-me diagnosticada a doença de Crohn. Durante uns tempos andei como nova. De vez em quando, tinha uma crise mas com a medicação lá ia passando. Entretanto casei e o meu marido começou a ficar preocupado com a minha perda excessiva de peso. Aconselhada por amigos, consultei outro médico que me aconselhou a fazer uma cirurgia a fim de remover a parte do intestino afectado. Assim foi, fui operada a 15 de Fevereiro de 2005 e correu tudo bem no pós-operatório imediato. No entanto, cerca de um mês depois criei um abscesso, de modo que fui sujeita a nova cirurgia. O médico disse que ia operar-me e que ficaria com uma ileostomia temporária, para 2 ou 3 meses.

Após essa cirurgia surgiu uma fistula que não fechava. Então, fui internada nos HUC para fazer um tratamento. Estive internada cerca de 43 dias a fazer medicação e alimentação parentérica. A 31 de Março de 2006 fui submetida a nova cirurgia para retirar a fistula, mas a sutura infectou e voltei a ficar novamente com a fistula. Fui ao bloco operatório novamente.

Pelo recurso à análise de conteúdo do relato biográfico foi possível identificar algumas respostas humanas aos vários domínios do ser pessoa e organizá-las de forma lógica para uma melhor compreensão dos achados obtidos, dando resposta aos objectivos do estudo.

Deste modo, foram identificadas cinco categorias: *Aceitação/adaptação*, *Negação*, *Auto-imagem*, *Apoio* e *Intimidade*.

Aceitação/adaptação

As manifestações encontradas em relação a esta vertente remetem-nos para duas subcategorias:

Aceitação/adaptação do eu – Não me assustou a ideia de ter um “saquinho”, visto ser temporário e de eu já ter convivido com pessoas que, por um ou outro motivo, o usaram e que me falaram da sua vivência. Por isso nada de muito grave. Fiquei muito assustada, não tanto pela ileostomia mas pela operação em si. Fiquei também um bocadinho revoltada, porque a primeira operação tinha corrido tão bem e nem tinha

sido preciso ficar com saco. Fiquei triste, mas não foi nada que eu não suportasse. O importante para mim é que eu acordei daquela operação. Eu fiquei muito apática nesse internamento. Foram internamentos seguidos, operações seguidas, fiquei muito fraca, extremamente fraca. Eu sabia que tinha um saquinho, mas que, dali a uns tempos, ia tirá-lo. As enfermeiras iam despejando o saquinho e eu fui-me habituando a olhar e a ver que realmente tinha ali uma ..., um bocadinho de intestino cá fora e que tinha que me habituar à situação. Habituei-me, fui-me habituando e depois comecei eu a despejar o saco. No final disseram-me como é que eu tinha que fazer, e então aí, a coisa piorou outra vez um bocadinho porque já não tinha enfermeiras para me limparem, para me mudarem o saco. Agora já tinha que ser eu a fazer. Entretanto faço a minha vida normal, mais ou menos normal: saio, vou ao café, vou a casa de amigos. Como é que eu vou fazer agora se o saco se abre e eu não o consigo pôr. Mas habituei-me à situação.

Normalmente faço eu. Mudo, lavo-me, não tenho grandes problemas, quase nunca se descola o saco, tenho cuidado porque depois é muito desagradável uma situação destas. Fica um cheiro muito desagradável e eu não me sinto bem com isso.

ACEITAÇÃO/ADAPTAÇÃO DO EU EM RELAÇÃO AO OUTRO – Descolar... É a parte mais desagradável das ostomias. As pessoas sabem que eu tenho uma ileostomia, eu digo-lhes, não tenho problema algum em dizer que tenho uma ileostomia, mas é uma coisa minha. Mas acho que as pessoas se vão habituando porque há alturas em que eu me apercebo que o saco não está bem posto, ou que se passa ali qualquer coisa e eu digo às pessoas que vou à casa-de-banho e ninguém se apercebe de cheiro nenhum, nem de nada. Às vezes eu digo que isto não está bem e vou à casa de banho e as pessoas dizem: “Estás a implicar.” Eu não estou. Há realmente ali qualquer coisa que não está bem. Por isso já é uma questão de hábito.

Não passo fins-de-semana em casa de ninguém porque não gosto de ir à casa de banho e de mudar o saco na casa de banho das outras pessoas. Porque às vezes pode acontecer qualquer coisa de noite na cama, porque abre o saco e eu não me sinto à vontade com isso. Só mesmo em casa de familiares ou em minha casa.

Embora no discurso de Maria predominem manifestações de aceitação/adaptação da sua nova condição de vida/saúde, esporadicamente emergem

expressões que remetem para um outro domínio – **NEGAÇÃO**.

Nos 2 a 3 dias seguintes, eu recusei-me literalmente a olhar para o estoma, fazia-me muita confusão, olhei assim um bocadinho de canto e aquilo fazia-me confusão. Não falava com ninguém. Mas não foi a ileostomia em si que me pôs assim... Porque, volto a referir, é uma ileostomia provisória. O estoma tinha uma baguete branca e aquilo fazia-me imensa confusão e depois, não é fácil olharmos para a nossa barriga e vermos o intestino cá fora, era estranho. É talvez um bocado de repulsa. Não é agradável ver e sentir isso.

Da informação recolhida emergiu uma outra dimensão – a **AUTO-IMAGEM** em relação à aceitação do seu corpo que se subdivide em duas subcategorias:

AUTO-IMAGEM EM RELAÇÃO AO EU - Na altura, antes de sair da clínica, não me preocupei muito com o que é que iria fazer depois. Eu queria era sair de lá e queria ir para casa. Entretanto, comecei a pensar e a preocupar-me, porque agora não posso ir para a praia, agora não posso fazer isto, agora não posso vestir determinada roupa, até porque a minha ileostomia era para 2 a 3 meses, mas já lá vai um ano e tal. Posso dizer que eu uso só 2 pares de calças no Inverno porque enche um bocadinho. Aquelas calças que eu uso são largas, e também ando sempre com o mesmo casaco, porque tapa. Eu costumo dizer que vou queimar as calças e o casaco quando tirar a ileostomia. Eu vejo-me no banho, vejo-me no espelho. É como olhar para uma deformação. De repente ficamos com uma deformação qualquer. Eu olho para o espelho e vejo ali um saco pendurado, e não é agradável, mas é uma questão de hábito também.

AUTO-IMAGEM EM RELAÇÃO AO OUTRO - Claro, as pessoas sabem que eu tenho uma ileostomia, mas eu não gosto que elas se apercebam. Não me sinto bem, porque as pessoas por mais que tentem não olhar notam que realmente há qualquer coisa ali, olham, e eu não gosto que estejam a olhar para mim e que achem que tenho o saco cheio. É uma coisa que eu vejo e que mais ninguém vê. E que ninguém tem que ver. Gosto da minha casa, porque tenho a minha casa de banho no quarto e não incomodo absolutamente ninguém, incomodo-me a mim mesma, só. E ao meu marido, eventualmente, mas já está habituado. É como se também ele tivesse uma ileostomia...

Outra dimensão identificada nesta história de vida, relativamente às vivências e sentimentos face à

ostomia, foi o APOIO, nomeadamente, o apoio familiar, dos profissionais de saúde e social:

APOIO FAMILIAR – Na altura em que me disseram que ia ficar com uma ileostomia, aquilo foi uma coisa muito rápida e, as únicas pessoas que me apoiaram nessa altura, foram o meu marido e a minha mãe. Falavam e apoiavam no sentido de, é por pouco tempo, não te preocupes. Nos primeiros dias depois da alta era o meu marido que me substituí o saco.

É muito importante que a família aja normalmente connosco, porque eu sou casada e, claro, isso também me transtornou um bocadinho. Adaptei-me facilmente à ileostomia, claro está com a ajuda importantíssima do meu marido, que me apoiou desde sempre e me deixou sempre à vontade.

APOIO PROFISSIONAL – A equipa de enfermagem preocupou-se em tratar-me naquele dia, acalmar-me um bocado. No dia seguinte eu fui logo operada de manhã e não tive muito a oportunidade de falar com a equipa. Mas após a cirurgia eles iam-me explicando como é que eu tinha que fazer. Aquilo é tipo “tupperware”, tem que se fazer força, e eu não conseguia pô-los.

APOIO SOCIAL – Eu já tinha algumas dicas de amigos a quem lhes aconteceu a mesma situação e que eu vivenciei, principalmente de um, a quem também foi colocado o saco. Também estive uma data de meses com o saco e eu sabia mais ou menos o que me poderia acontecer porque tinha falado com ele e sabia o que ele tinha passado. Era a única fonte que eu tinha mesmo. Essa experiência ajudou-me a compreender melhor a situação porque nós estávamos no café e ele ia a casa, ou porque ele falava normalmente, dizia “olha, agora está o meu intestino a trabalhar” e a gente achava até piada àquilo. Sempre levou aquilo um bocado na brincadeira. Acho que é uma maneira de levarmos... de termos a situação controlada. Brincar um bocado com isto principalmente com os nossos amigos (...).

Também durante a experiência relatada a participante fez referência a um outro domínio – INTIMIDADE/SEXUALIDADE.

A presença de uma ostomia afecta a relação do casal, mas depende da relação que as pessoas tenham, quer dizer, não afecta assim, como é que hei-de explicar. É mais o à vontade, às vezes, o à vontade que nós, os colostomizados, sentimos em relação ao marido ou à esposa. Desde que eles não tenham atitudes que a gente (risos) ... é muito mau uma pessoa sentir que

está a ser olhada assim de canto, isso é muito mau para um ostomizado. Eu felizmente não me posso queixar de nada disso. O meu marido nunca, nunca teve uma atitude menos normal comigo, antes pelo contrário, faz-me sentir normal ...

Discussão dos resultados

A cirurgia e subsequente ostomia resultam numa mutilação/agressão à identidade de qualquer indivíduo (Simões, 2002). Este aspecto é realçado, de forma evidente no presente relato biográfico, onde a participante manifesta vivências ameaçadoras em relação: à sua integridade física “O estoma (...) fazia-me imensa confusão (...) não é fácil olharmos para a nossa barriga e vermos o intestino cá fora, era estranho”; à sua auto-estima “Comecei a pensar e a preocupar-me, porque agora não posso ir para a praia”, “(...) agora não posso vestir determinada roupa”, “Aqueles calças que eu uso são largas, e também ando sempre com o mesmo casaco, porque tapa”; à sua imagem corporal “Eu vejo-me no banho, vejo-me no espelho. É como olhar para uma deformação”, “(...) as pessoas olham, e eu não gosto que estejam a olhar para mim (...)” e, ainda, a alterações inerentes à sexualidade “ (...) uma ostomia afecta a relação do casal, mas depende da relação que as pessoas tenham”, “É mais o à vontade, às vezes, o à vontade que nós, os colostomizados, sentimos em relação ao marido ou à esposa”.

Também Persson *et al.*, (2005) conduziram um estudo fenomenológico, que envolveu 9 participantes submetidos a uma cirurgia da qual resultou a formação de um ostoma. Sete destes participantes entrevistados manifestaram sentimentos de alienação do seu corpo e alteração da imagem corporal, bem como a sua influência na vida sexual, social, e na participação em desportos ou outras actividades de lazer. Referem ainda, problemas físicos relacionados com a presença de estoma. Todos os participantes afirmaram que o estoma tem uma influência negativa na sua qualidade de vida, pois a sua formação surge normalmente acompanhada de sentimentos de desgosto e choque, associados a perda de auto-confiança.

Apesar de vários autores referirem que a mutilação do seu corpo conduz a pessoa a percorrer vários estádios de expressão emocional – negação da gravidade da situação, a revolta contra a doença, negociação,

depressão após consciencialização da doença e finalmente a aceitação e resposta à sua nova condição de vida – constatou-se que a participante não fez este percurso linearmente. Isto, porque no seu discurso notou-se alguma ambivalência relativamente à aceitação e negação: “(...) *recusei-me literalmente a olhar para o estoma (...)*”, “(...) *não é fácil olharmos para a nossa barriga e vermos o intestino cá fora (...)*”, contrapondo com “*Não me assustou a ideia de ter um “saquinho”, visto ser temporário e dali a uns dias ia tirá-lo. Por isso nada de muito grave*” e “*É talvez um bocado de repulsa (...) olho para o espelho e vejo um saco pendurado, não é agradável, mas é uma questão de hábito*”

Lacueva (1989) refere que a capacidade de adaptação e o modo de reagir do doente ostomizado é influenciada pela sua personalidade e pelo “status” social. De facto, Maria era uma pessoa extrovertida e informada devido a sua actividade profissional. Por outro lado era visível que tinha uma boa rede de apoio familiar, como ela própria expressa: “ (...) *as únicas pessoas que me apoiaram nessa altura, foram o meu marido e a minha mãe*”; “ *Nos primeiros dias depois da alta era o meu marido que me substituiu o saco*”; “ (...) *a ajuda importantíssima do meu marido, que me apoiou desde sempre e me deixou sempre à vontade*” e “*O meu marido nunca, nunca teve uma atitude menos normal comigo, antes pelo contrário, faz-me sentir normal ...*”.

Outro aspecto muito importante, não tão evidenciado na pesquisa bibliográfica efectuada, mas referenciado pela participante como factor facilitador na vivência do ostomizado, é a experiência prévia pelo contacto com situações similares na sua rede social: “*Eu já tinha algumas dicas de amigos a quem lbes aconteceu a mesma situação e que eu vivenciei (...)*”; “(...) *tinha falado com ele e sabia o que ele tinha passado (...)*” e “*Essa experiência ajudou-me a compreender melhor a situação (...) e a gente achava até piada àquilo*”.

Não menos importante em todo este processo, é o apoio dos profissionais de saúde através da compreensão da perspectiva emocional do doente em cada uma das etapas do processo de aceitação da doença (Smeltzer e Bare, 1994).

Para tal é necessário, como afirma Martins (2004) que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham um papel significativo não só nos cuidados técnicos a prestar aos utentes, como no

ensino a efectuar. Isto, porque, na opinião do autor, mais do que acumular conhecimentos teóricos, a pessoa tem necessidade de adquirir “Saber-saber” para desenvolver um “saber-fazer”. Sendo este “saber-fazer”, aqui entendido, como objectivo fulcral de toda a actividade educacional proporcionada que jamais deverá ser menosprezada ou negligenciada pelos enfermeiros, enquanto técnicos de saúde.

Do relato de Maria evidenciou-se, também como factor adjuvante em todo este processo, os mecanismos de “coping” individuais. O “coping” é um processo desenvolvido pelo indivíduo com a finalidade de gerir um problema e modular a resposta emocional ao mesmo (Sonobe *et al.*, 2002): “(...) *eu uso só 2 pares de calças no Inverno porque enche um bocadinho. Aquelas calças que eu uso são largas, e também ando sempre com o mesmo casaco, porque tapa. Eu costumo dizer que vou queimar as calças e o casaco quando tirar a ileostomia*”; “(...) *faço a minha vida normal, mais ou menos normal: saio, vou ao café, vou a casa de amigos*” e “*Ele sempre levou aquilo um bocado na brincadeira. Acho que é uma maneira de levarmos... de termos a situação controlada. Brincar um bocado com isto, principalmente com os nossos amigos (...)*”.

Estas estratégias de “coping” adoptadas por Maria vão ao encontro do que defende Thelan *et al.*, (1996) quando diz que existe uma variedade de mecanismos de “coping” tais como mecanismos de defesa, estratégias interpessoais como a partilha de preocupações e mecanismos conscientes de “coping” como distrair-se ou rir-se de um problema. A chave para a eficácia do “coping” resulta do recurso da melhor estratégia ou da mistura de estratégias numa dada situação como se verificou neste relato.

Conclusão

As respostas humanas da pessoa à doença e às incapacidades são alvos de cuidados dos enfermeiros. A pessoa ostomizada apresenta respostas específicas face à sua nova condição de vida. Enfermeiros habilitados, com um corpo de conhecimentos específicos neste domínio, poderão ajudar efectivamente este tipo de doente. Neste sentido, considera-se este Relato biográfico uma mais-valia para todos os que querem compreender como vive e como se sente um portador de uma ostomia.

Pelo relato da Maria compreendemos melhor as suas vivências e sentimentos que poderão, certamente, ser reportados para outros doentes. Aprendemos também que a adaptação da doença depende, em muito, do *background* familiar, cultural e social da pessoa e da experiência com situações semelhantes e das estratégias de coping adoptadas. Dado este facto, considera-se que a exploração das crenças, valores pessoais e religiosos, bem como o apoio familiar e social são aspectos que, na prática clínica, devem ser bem analisados, com o objectivo de se traçar a melhor estratégia terapêutica. Estes elementos serão certamente uma ferramenta muito adequada para um Cuidar efectivo, que facilitará a promoção do bem-estar, do auto-cuidado e a aceitação do estado de saúde.

Bibliografia

- BALLONE, Geraldo J. (2002) - **Afectividade** [Em linha]. [Consult. 12 Fev. 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.psiqweb.med.br/afeto.html>>.
- BARDIN, Laurence (1997) - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BECHARA, Raimundo Nonato [et al.] (2005) - **Abordagem multidisciplinar do ostomizado** [Em linha]. [Consult. 06 Jan. 2006]. Disponível em WWW: < URL: http://www.sbcop.org/pdfs/25_2/05.pdf>.
- MANEZ LACUEVA, A. (1989) - Cambios en la imagen corporal del ostomizado. In ORTIZ HURTADO, H. ; MARTÍ RAGUÉ, Joan ; FOULKES, B. — **Indicaciones y cuidados de los estomas**. Barcelona: JIMS. Cap. 16, p. 355-359.
- MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira (2004) - Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro? In **Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, 7, Coimbra. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- PERSSON, Eva [et al.] (2005) - Ostomy patients' perceptions of quality of care. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 49, nº 1, p. 51-58.
- POLIT, Denise F. ; BECK, Cheryl T. (2003) - **Nursing research: principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SIMÕES, Isabel (2002) - Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado. **Referência**. Nº 9, p. 75-80.
- SMELTZER, Suzanne C. ; BARE, Brenda G. (1994) — **Brunner & Suddarth : tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. Vol. 2.
- SONOBE, Helena Megumi ; BARICHELLO, Elizabeth; ZAGO, Márcia Maria Fontão (2002) — A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia** [Em linha]. Vol. 3, nº 48, p. 341-348. [Consult. 12 Fev. 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.inca.gov.br/rbc/n48/v03/pdf/artigo2.pdf>>.
- THELAN, L. A. ; DAVIE, J. K. ; URDEN, L. P. (1996) — **Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta.

