

Aceitando o Contra-Natura?

O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia

Accepting what is against nature?

The process of accepting the state of health in people with stomas

Catarina Lobão*

Manuel Gaspar**

António Marques***

Pedro Sousa****

Resumo

Apresentam-se os resultados de uma investigação qualitativa com o objectivo de perceber como a pessoa com ostomia vivência o processo de aceitação do estado de saúde. Após entrevista semi-estruturada a nove indivíduos, verificou-se que este processo se estrutura em quatro fases: Fase I – Impacto da notícia, Fase II – Adaptação inicial; Fase III – Evolução da aceitação e Fase IV – Estado actual. Trata-se de um processo de construção progressivo, não rectilíneo, em que cada fase se constrói sobre a outra, mantendo características da anterior. O medo de ser repugnante, a alteração da imagem corporal, a resignação, a valorização da existência de outros casos semelhantes, o apoio recebido e a adopção de estratégias para gerir a situação, estão presentes em todas as etapas. A vontade de aceitar enquadra a limitação do estigma pela possibilidade de ocultação e o medo de repugnância pelo controlo obsessivo do saco, chegando mesmo a admitir vantagens em relação à eliminação pelo ânus. Há um indiscutível trabalho de aceitação, cujo processo se inicia precocemente, com recurso a estratégias de coping focalizadas no problema.

Palavras-chave: ostomia; aceitação pelo doente de cuidados de saúde.

* Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Família e Sistemas Sociais. Enfermeira Graduada do Serviço de Medicina I dos HUC.

** Licenciado em Enfermagem, Enfermeiro Graduated do Serviço de Cirurgia III Homens dos HUC.

*** Licenciado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Enfermeiro Supervisor dos HUC.

**** Licenciado em Enfermagem, Mestre em Psicologia Pedagógica. Enfermeiro do Serviço de Neurologia II dos HUC.

Abstract

The results of a qualitative investigation with the objective of understanding how a person with a stoma experiences the process of acceptance of the health state are presented. After semi-structured interviews with nine individuals, it was verified that this process is structured around four phases: Phase I – The impact of the news, Phase II – Initial adaptation, Phase III – Evolution of adaptation and Phase IV – Current state. This is a progressive construction process, non-linear, in which each phase builds upon the others, retaining features of the previous one. Fear of being disgusting, change of body image, resignation, highlighting the existence of other similar patients, support received and the adoption of strategies to manage the situation are present in all phases. Willingness to accept is framed by limiting stigma through the possibility of concealment, and the fear of disgust is limited by obsessive control of the bag, even as far as admitting advantages in relation to anal elimination. An undeniable work of acceptance is needed, and this process begins early using coping strategies that focus on the problem.

Keywords: ostomy; patient acceptance of health care.

Recebido para publicação em: 31.03.09

Aceite para publicação em: 11.12.09

Introdução

A situação de doença é um desafio à capacidade de adaptação da pessoa.

O impacto da doença grave sobre a pessoa, gera o que Kaplan (1997) designa por crise, sendo esta, a resposta da pessoa afectada por acontecimentos dolorosos, com o objectivo de superar essas dificuldades psicológicas, surgidas pela mobilização de poderosas reacções no sentido de aliviar o desconforto e retomar ao estado de equilíbrio emocional existente, antes do seu início.

O estado de crise pode ser ultrapassado, e normalmente, a pessoa aprende a usar as reacções adaptativas. Pode verificar-se que, após a resolução da crise, a pessoa fica com “melhor estado de espírito” que antes da crise. Mas, se encetar por reacções mal-adaptativas, a crise pode agravar-se com deterioração progressiva, que produz sintomas psiquiátricos.

As crises são caracterizadas por duas fases, uma inicial em que a ansiedade e a tensão aumentam, e uma segunda, em que são postos em movimento os mecanismos de solução de problemas.

Na opinião Simões (2002) afirma que a realização de uma ostomia, independentemente da sua função, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua auto-estima e à sua imagem corporal. Serrano e Pires (2005) concordam com esta afirmação designando a situação como “mutilante e traumatizante” para o doente. O que se constata é que perante a doença oncológica, a pessoa direcciona a sua atenção para o tumor e sua evolução e acaba por ver a ostomia como uma causa inevitável no tratamento da doença oncológica.

As repercussões psicológicas variam de doente para doente consoante a idade, o tipo de ostomia, o sexo, a estabilidade emocional, ou profissional e o nível intelectual. A síndrome depressiva é frequente depois da intervenção mas, este *handicap* é muitas vezes superado depois de certo tempo (Montloin, 1990). O impacto da ostomia ao nível da sexualidade é forte e a necessidade dos pacientes disporem de tempo para discutirem este assunto tem sido referida em vários estudos, particularmente nos pacientes mais jovens (Persson, 2005).

Como asseguram Bastos *et. al* (2005) a pessoa confrontada com uma situação que ameaça o seu equilíbrio, tende a implementar comportamentos que visem a redução da percepção da situação, ou que

actuem directamente sobre o problema, alterando o seu progresso. A capacidade de adaptação, é o que torna a vida possível a todos os níveis de complexidade.

A aceitação é um processo mais ou menos longo, necessita de algum tempo para se concretizar, dependendo das particularidades da personalidade. A partir de uma situação de crise, reconstrói-se uma nova identidade. Na desconstrução e reconstrução da mesma, intervêm factores como a força interior e a sociedade. Esta tem que ser testemunha do processo, reconhecê-lo e colaborar com ele. A vivência com os outros (família e grupo de amigos) produz inevitavelmente mudança (Gentil, 2005).

As questões conceptuais relativas à aceitação/adaptação não são consensuais para os diversos autores. Para o nosso estudo, optámos por utilizar como referência, os conceitos segundo a CIPE/ ICNP (versão Beta 2, p.78). Assim, adaptação implica que o doente tenha “*disposição para gerir novas situações e desafios*”, o que se insere bem no objectivo do nosso estudo. O conceito de aceitação implica uma “*reconciliação com as circunstâncias de saúde*”.

O indivíduo que se aceita, apesar das alterações ocorridas, está evoluindo para o nível desejado de vida. Fadiman citado por Castro (2001), afirma que aceitar-se como se é na realidade, e não como se quer ser, é um sinal de saúde mental.

De acordo com Pinto (2005) a adaptação bem sucedida é o fruto de respostas adaptativas por parte do indivíduo, que têm de ser desenvolvidas, promovidas e tutoradas em direcção a um objecto delineado. A promoção de adaptação aos diferentes projectos de vida, fomentando a sua integração no projecto individual de saúde, é um dos campos abraçados pela enfermagem que se mostra mais auspicioso e no qual terão de ser empreendidos os principais esforços

Justificação do estudo

No Serviço de Cirurgia 3 Homens dos HUC, são vários os portadores de patologias que implicam a construção de um estoma, sendo esta intervenção geralmente programada.

Verifica-se que no período pré-operatório o contacto com a pessoa que vai ser ostomizada é reduzido, não havendo grande aposta na sua preparação. A intervenção dos enfermeiros é mais efectiva no pós-

operatório, em termos de ensino e treino à pessoa e família em relação aos problemas instrumentais e físicos. No que concerne ao trabalho de aceitação/adaptação ao estoma, verifica-se ainda um deficit no desenvolvimento da dimensão da pessoa e do seu acompanhamento.

A utilidade do estudo decorre da compreensão do processo vivenciado pelos doentes, nas suas diversas componentes, quanto à aceitação do estado de saúde. Sendo que, o conhecimento produzido permitirá à equipa a possibilidade de reflectir sobre as suas práticas, até então realizadas e desenvolver posteriormente novas competências (específicas) para promover essa mesma aceitação, abandonando assim uma perspectiva predominantemente instrumental.

Método

O objectivo central deste estudo foi: Conhecer a vivência do processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia.

Tendo em vista a finalidade e pertinência do estudo, optou-se por uma metodologia descritiva, de modo a proporcionar uma visão o mais fiel possível do fenómeno em estudo, a vivência da pessoa com ostomia, através da fidelidade ao seu discurso.

Dentro do tipo descritivo, pelas questões formuladas, procurou-se traçar a história de vida após a ostomia, percebendo os valores, as expectativas, as tensões e os conflitos; detendo assim uma perspectiva biográfica (Streuber e Carpenter, 2002).

Optámos por entrevistas semi-estruturadas, por ser a metodologia que melhor se adequa às características e objectivos do estudo, uma vez que, permitem tornar explícito o universo do outro e a organização e estruturação do pensamento (tendo como finalidade última a produção de um saber em situação, uma co-construção).

A elaboração do guião da entrevista ocorreu com base em diálogos informais exploratórios preliminares junto de pessoas ostomizadas, pela leitura de artigos científicos e em função dos objectivos, nomeadamente a pretensão de conhecer os percursos de aceitação.

Deu-se por concluída a recolha de dados quando foi atingida a saturação da informação.

Foram garantidos os aspectos éticos de voluntariedade e anonimato.

Apresentação e discussão dos resultados

Os achados decorrentes das entrevistas detinham uma organização pré-sugerida pela sequência temporal das questões, mas que os relatos vieram a confirmar, pois evidenciaram o peso do impacto da notícia de vir a ser ostomizado, um período inicial no processo de aceitação e o desenvolvimento desse mesmo processo, até ao momento da entrevista, conforme se apresentam.

Dimensão ou Fase 1 - Impacto da notícia

Quanto ao impacto da notícia, as pessoas com ostomia referem terem sido úteis na sua preparação as explicações dos profissionais e as conversas com outras pessoas ostomizadas. Genericamente consideram essas abordagens como construtivas no sentido de alertar, preparar e encorajar: *“tu vais ver, olha para a frente, vais-te ver muito melhor, vais deixar de ter dores, e depois ...”* (E8).

Em sentido contrário, existem menções a informação deficiente, como causadoras de falta de preparação e choque, e de incapacidade para perspectivar o que iria suceder, como se percebe pelas frases: *“Foi um choque porque falava-se de outro tipo de cirurgia que havia agora recente: anastomose ileoanal”* (E8) e *“Eu nem sequer imaginava como é que era o saco, como é que isto era aplicado. Parecia-me muito estranho, um saco, aqui?! Como é que eles iam aqui aplicar um saco? E eu até pensei que cozessem qualquer coisa”* (E7).

A procura de informação e apoio é uma competência de *coping* focalizada no problema (Jesus e Pereira, 1994), sendo a sua existência estruturante para a adaptação e a sua falta perturbadora.

Ao nível do enfoque das emoções, a maior parte das que foram relatadas são consonantes com a vivência do impacto da comunicação da ostomia, pelo que, o mais mencionado, é o choque, que resulta do inesperado e manifesta-se em pânico e paralisia, como se percebe pelas frases: *“Chegam ao pé de mim e, tens que ficar com um saco. É um choque, um choque tremendo”* (E8) e *“Uma pessoa parece que fica imobilizado, não é?”* (E5).

A menção *“não se ter sentido nada”*, pode ser compreendida no contexto de negação e pela

dificuldade em elaborar sentimentos ou reacções (Sonobe *et al.*, 2002).

Ocorrem menções reveladoras de desespero: “*Tanto fazia morrer como viver*” (E1); “*Agora estou feito ao bife para o resto da vida*” (E7), que são indiciadoras de falta de perspectiva, como se a vida tivesse acabado ou estivesse irremediavelmente comprometida.

O sentimento de revolta, muito mencionado na bibliografia, surge apenas duas vezes, e não foi identificado pelo doente: “*A minha mulher diz que fiquei revoltado*” (E3).

Menção frequente é a tristeza, que a bibliografia associa por vezes a depressão (Gil 2004), contudo, os mesmos não referem tristeza profunda ao nível do impacto inicial: “*Quando disseram que me iam pôr o saco, fiquei triste.*” (E7).

Estudos de Albuquerque *et al.* (2009) afirmam que, a realização do estoma tem uma influência negativa na qualidade de vida da pessoa. No presente estudo a possibilidade da ostomia deteriorar a qualidade de vida e provocar a rejeição pela companheira, também se verificou: “*Tinha medo de acabar com a minha namorada, era sempre aquela coisa: ela vai-me rejeitar, ela não me vai aceitar*” (E8). Este aspecto também foi mencionado por Silva e Shimizu (2006), ao considerarem que o medo de ser rejeitado pelo parceiro advém do sentir-se sujo ou repugnante.

Quanto à baixa da auto-estima é mencionada pelo mesmo doente, um jovem, outra vez pelo facto de ter namorada e considerar que a alteração da estética do seu corpo o deixava fragilizado, o que aliás é mencionado por Salter (1989) e Martins (1999), ao referirem que a auto-estima pode ficar gravemente comprometida aquando da alteração da imagem corporal, nomeadamente no que respeita ao grau de aceitação pelas pessoas significativas: “*É o choque*

porque eu tinha namorada, é um choque porque era novo e saber que era irreversível. . . e se a auto-estima na altura já estava em baixo, mais ficou” (E8).

Ao nível do foco das cognições, ocorrem várias formas de manifestação de negação e de esboço rápido de pensamentos de resignação.

Quanto às diversas manifestações de negação, elas envolvem a rejeição da situação (associada à esperança irreal) que se manifesta pela tentativa de negociação: “*Ob Sr. Dr., eu dou-lhe 200 cts para não ficar com o saco*” (E1), e por alheamento da situação, que parece ser uma forma de não sofrer tanto: “*Não pensei nada, não me interessou, tanto fazia viver como morrer*” (E1).

A construção de uma esperança irreal vai no sentido de não ter de enfrentar a situação como definitiva, mantendo a ilusão de, por qualquer motivo, poder voltar à situação e imagem anterior. “*Fui informado que iria ficar com saco, nós pensamos sempre que até ao dia da operação (...) quando eu acordo após a operação, pus lá a mão e estava lá o saco. Eu pus sempre a hipótese de que talvez não*” (E4), Gil (2004) designa este comportamento como ilusão prospectiva.

Ainda nesta fase muito precoce, surgem vários pensamentos no sentido da resignação associada a uma percepção imediata de inevitabilidade face à doença (é o ter de ser). Por vezes, ocorre uma perspectiva curiosa, a da existência de uma actuação de forças superiores, relativamente às quais se sentem impotentes, e se abandonam, Deus que tem poder de decidir, e o diabo causador dos seus males: “*Olha seja o que Deus quiser, o que é que eu hei-de fazer? Estou por conta do diabo*” (E1) detectámos achados semelhantes em torno das crenças religiosas e da passividade em Silva e Shimizu (2006).

QUADRO I – Categorização dos achados relativos ao Impacto da Notícia

Categoria	Indicadores	Frequência
Informação recebida/preparação	Explicou-me	2
	Pessoas com quem me informei	3
	Ninguém me disse	2
	Nem imaginava como era	2
	Não foi como me disseram	3
Foco das emoções	Choque	8
	Não senti nada	3
	Desespero	2
	Revolta	1
	Tristeza	6
	Medo	2
	Baixa auto estima	2
Foco das cognições	Alheamento	3
	Pago para não ter saco	2
	Esperança irreal	2
	Seja o que Deus quiser	2
	O que é que vou fazer?	3
	Ter de ser	1

Dimensão ou Fase 2 – Adaptação inicial

Ao tomarem consciência da sua nova condição, os doentes experienciam emoções intensas, com impacto a vários níveis da sua vida, até conseguirem adaptar-se à nova situação, ou seja é necessário que tenham disposição e tempo para a gerir.

As reacções manifestadas na fase de adaptação inicial, são diversificadas. Sendo o desespero a emoção mais referida, com impacto na vontade de viver: “*Antes queria morrer que ficar com o saco. Quantas vezes pedi a morte*” (E1). Segundo Silva e Shimizu (2006), esta emoção é comum no recém operado, alegando que preferem a morte à ostomia.

Há outros que reagem com sentimentos de desalento e tristeza: “*Chorava como uma Criança.*” (E1); “*Fui lá para baixo para o pé da janela a fumar um cigarro e comecei a chorar... (...), pensava em tudo e não pensava em nada ... (...) fui-me muito abaixo*” (E7).

A ansiedade e o medo também estão presentes: “*Ao princípio andava sempre a ver se estava tudo bem. Andava ansioso*” (E3); “*Timba medo que o saco se desapertasse*” (E2).

Nas emoções relatadas pelos pelas pessoas com ostomia percebe-se facilmente que, nesta fase, os indivíduos ainda não conseguem elaborar exactamente o significado da sua nova situação, segundo Sonobe *et al.* (2002) a pessoas com ostomia necessita de tempo e apoio para viver o seu

momento de luto, relacionado com a mutilação e perdas sofridas.

Um dos aspectos que sobressaiu no nosso estudo é a utilização de palavras substitutivas na designação de ostomia ou saco de ostomia, de modo a minimizar a condição de ostomizado ou o seu sofrimento (Sonobe [et al.], 2002): “*Eu acho que o que choca mais é o próprio termo: saco. Eu acho que bolsa... é o choque da palavra. Sacos são para ir à mercearia. É a mesma coisa que sei lá um cancro, um tumor ... um ataque epiléptico... às vezes os termos alteram realmente a questão e o problema em si*” (E8).

A utilização de palavras com conotação mais subtil para o doente é bem aceite: “*Ao princípio eu mudava o saco e ver ali qualquer coisa estranha (o estoma), como os senhores enfermeiros chamam, o botãozinho de rosa*” (E8). A bibliografia é contraditória nesta matéria, Salter (1989) defende que a utilização de palavras de substituição para designar o estoma não tem efeito terapêutico, mas, Sonobe *et al.* (2002) referem que o uso de palavras substitutivas parece ser uma tentativa de minimizar ou distanciar a sua condição de ostomizado ou o seu sofrimento.

As limitações na aceitação passam por dificuldades muito pragmáticas em lidar com o estoma, pois tudo é novo: “*Logicamente ao princípio, aquela... quando é que tenbo que despejar o saco e qual o momento certo para o despejar*” (E8).

Fugir de lidar com o estoma indicia também menor aceitação, associada à necessidade de se sentir apoiado e não a enfrentar sozinho: *“Eu só pedia é que mo despejassem. Fiquei tranquilo. Sabia que tinha a mulher em casa.”* (E3)

Verificaram-se também contradições ao longo do diálogo: *“Quando vi o saco não tive problemas nenhuns. Fiquei normal (...) Quando me começaram a ensinar e obrigaram a olhar para o espelho aí é que foi o pior”* (E3). Este relato vai de encontro ao descrito por Sonobe [et al.] (2002) sobre a ideia aparente de aceitação, e aos estudos de Albuquerque et al. (2009)

Ocorrem ainda expressões de dificuldade inicial de aceitação da doença: *“Já é complicado aceitar a situação de ter um saco, muito mais com aquela idade.”* (E8).

Durante o período de doença, a pessoa experimenta determinadas alterações que vão influenciar a sua imagem corporal. A reacção mais relatada é a necessidade de esconder a ostomia para evitar estereótipos: *“Nós ainda conseguimos esconder isto, é uma coisa que mete uma certa impressão às pessoas, daí ter de se esconder, somos obrigados a isso.”* (E4). Silva e Shimizu (2006) declaram que as pessoas com ostomia têm dificuldade de reinserção social, evitando locais públicos devido ao medo de serem estigmatizados. Esta situação contribui muitas vezes para o isolamento social. Mendes [et al.] (2002) acreditam que o indivíduo raramente é capaz de aceitar e integrar a nova imagem corporal: *“Quando me obrigaram a olhar para o espelho aí já... aí é que é... aí é que é o pior.”* (E3).

Por vezes o saco parece ganhar uma dimensão de onnipresença, com grande impacto na vida sexual: *“A nível sexual é complicado, nós homens, quando vimos uma menina – Olha que coisa boa, ao mesmo tempo ‘aquela coisa’ trabalha logo com o saco, pelo menos na minha cabeça. Em casa a nossa parceira foi habituada ao mesmo tempo, e as coisas tentam-se melhorar, mas há sempre aquela situação ali, o saco está sempre lá presente!”* (E4). Estudos de Freitas e

Pelá (2000) com parceiros sexuais da pessoa com ostomia, reconhecem que os seus pares são pessoas mutiladas, um peso, uma pessoa difícil. O casal passa por períodos de crise, o medo e a dor afastam os desejos sexuais.

O facto de ser ostomizado representa uma mutilação sofrida com relação directa na virilidade: *“O médico disse que eu ia ser homem na mesma, mas não foi assim!”* (E6).

Se todos adoptam estratégias adaptativas, vários sujeitos revelam, desde cedo, os esforços de adaptação, no sentido do *coping* positivo. Referenciando, nomeadamente esquecimento da presença do saco: *“Nalgumas situações é que me lembra mais o saco, cada vez que se vai à casa de banho, cada vez que se está a tomar banho.”* (E4).

Na tentativa de proceder à adaptação a pessoa com ostomia manifesta sentimentos como a resignação e indiferença: *“Eu nem fiquei nem triste nem contente, nada, nada, nada... Foi uma reacção que eu tive, pronto.”* (E4). De forma mais construtiva, indiciando já resignação no caminho da aceitação, surgem frases como *“Tive que começar a ver. Vi uma, duas, três vezes, comecei a ver e depois foi tudo normal.”* (E3). A identificação com casos semelhantes parece ser também um recurso facilitador da adaptação, pois os indivíduos trocam experiências, sentimentos e procuram soluções em conjunto: *“Eu aceitei bem. Porque... já conhecia alguns casos na minha zona.”* (E5).

O apoio profissional é mencionado como capaz de promover estratégias de adaptação que possibilitem a integração das alterações e diferentes processos de vida no seu projecto individual de saúde (Silva e Shimizu, 2006): *“Eu tive a felicidade da vossa equipa aqui dar bom apoio aos doentes. Portanto o bom tratamento que se recebe aqui, uma pessoa psicologicamente começa logo a habituar-se...”* (E5). Como afirma Albuquerque et al. (2009) Enfermeiros com conhecimentos nesta área poderão efectivamente ajudar estes doentes.

QUADRO II – Categorização dos achados relativos à Adaptação Inicial

Categoria	Indicadores	Frequência
Emoções	Tristeza	2
	Ansiedade	1
	Medo	1
	Desespero	3
Não aceitação	Não aceitação	1
	Contradições	1
	Dificuldade em lidar com o estoma	4
	Forma de designar o estoma	5
Imagem corporal	Olhar	1
	Esconder	2
O saco sempre presente	Actividades de vida diária	1
	Sexualidade	3
Adaptação	Resignação	4
	Aceitação	4
	Apoio profissional	1
	Ensino precoce	1
	Identificação com outros	1

Dimensão ou Fase 3 – Evolução da aceitação

Ser portador de uma colostomia, centra as atenções do sujeito de tal modo que, mesmo numa fase avançada do processo de adaptação, ainda dá lugar a pensamentos persistentes. De tal modo assim é que se podem considerar algo obsessivas, como revelam as frases seguintes: *“Durante uns tempos era capaz de me lembrar a toda a hora que tinha aquilo” e “de Tábua para Coimbra ainda chego a parar para ir limpar o saco”* (E4). Esta persistência ou ideação obsessiva não surge documentada especificamente na bibliografia consultada, talvez devido ao facto de ter sido interpretado como medo ou ansiedade face à sua situação actual.

O medo manifestado nesta fase é muito explícito, e tem a ver com experiências vividas de forma traumatizante, como é o caso do saco abrir ou rebentar em público, com todo o impacto estigmatizante de ficar sujo e com mau cheiro: *“ainda hoje tenho esse problema, quando me sento, quando faço um pouco de esforço a levantar-me sinto medo que o saco se abra. Tenho medo!”* (E3). Já Maruyama e Zago (2005), no seu estudo, referiam que um dos aspectos estigmatizantes de ser ostomizado é o medo que envolve constantemente o indivíduo e o limita do ponto de vista bio-psico-social.

No trajecto de adaptação, os indivíduos desenvolvem estratégias de *coping* de sentido negativo e positivo.

Parece ser útil para limitar o sofrimento, considerar o problema como exterior ao próprio, é um processo de racionalização querer separar o estoma do saco, tornando a dimensão do problema menor: *“O que eu tenho em concreto, quando não tenho o saco, é uma vermelha que está ali, o saco é que dá uma dimensão maior...”* (E8); *“aquilo não é meu, não me pertence”* (E2); *“É um acessório que não é meu, nem sequer pertence ao corpo”* (E5).

Frequente também é a resignação, já evidenciada em fases anteriores, quase sempre pela confrontação com o inevitável, um azar da vida, a aceitar: *“Fui obrigado a aceitar o saco (...) Eu não podia fazer nada, não é?”* (E1) e *“Tenho de viver com isto. Olha azar o meu, - são coisas da vida que acontecem”* (E7). A resignação e o conformismo são estratégias de adaptação muito utilizadas.

Em todas as etapas surgem formas, mais ou menos evoluídas de evitamento e de recusa, limitadoras do problema (Esparbés, *et al.*, 1993) como a decisão racional e objectiva de não pensar no assunto por não haver vantagem nisso: *“Não vale a pena eu agora estar a pensar. Já me disseram que não havia viabilidade de reconstrução. Então porque é que me havia de estar a chatear?”* (E5). O recurso à leitura também se destina à ocupação do pensamento *“Refugiei-me na leitura. No princípio era um devorador de livros, era uma coisa maluca, se calhar para fugir um bocado ao problema, para deixar de pensar nele”* (E7).

No processo de adaptação é fundamental encontrar estratégias específicas que permitam gerir a situação de forma aceitável, limitando-a e enfrentando-a, é o *coping* centrado no problema (Sonobe *et al.* 2002). Um exemplo que parece surtir efeito é o cuidar da ostomia com rigor, quer por promover o controlo, quer pelo alívio psicológico gerado pelo aspecto limpo do estoma: *“Para mim no momento da limpeza do saco é o momento em que me sinto mais à vontade, é uma sensação de leveza”* (E4).

Ainda existe a estratégia de brincar com a situação, o que manifesta capacidade para falar dela e relativizá-la: *“Eu faço disto às vezes uma brincadeira”* (E9). Bastos *et al.* (2005) aponta o *coping* de reavaliação positiva como o conjunto de esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal e a adaptação ao estado de saúde.

De forma mais concreta, a reconciliação com a situação de doença, modo como a CIPE₂ (2002) define aceitação, depende do processo de habituação à doença e às suas consequências, no qual o tempo para reflectir e enquadrar a nova situação, joga papel decisivo. *“O tempo cura tudo (...) é a própria adaptação que vamos tendo à situação. Até o ir despejar o saco torna-se uma coisa rotineira”* (E4). Intimamente ligada à habituação está a mentalização, que evoluindo da resignação, parece ser vista como forma de se preparar para aceitar: *“Depois com a evolução do tempo vi que não havia outra hipótese e tive de mentalizar que era mesmo assim e pronto, tenho de me mentalizar que isto é para o resto da vida, já me convenci ...”* (E7). As pessoas com ostomia atravessam um período marcado pela consciencialização e pela aceitação.

No sentido de diminuir valor relativo à situação vivida, a pessoa com ostomia efectua desvalorização por comparação com o tumor que tinham, com a quimioterapia que já suportaram, ou ainda com a possibilidade de um desfecho mortal, ocorrido com outros conhecidos ou mesmo familiares. *“O facto é que não ligo muito ao saco, porque o problema porque eu fui operado – Um Tumor Intestinal, acho que é mais grave que o saco, é mais fácil andar cheio de sacos que com um tumor”* (E4).

De entre os factores facilitadores do processo de aceitação, destaca-se, pela frequência, a identificação com outros, parecendo funcionar como fonte de conforto, útil para vencer resistências psicológicas, o elevado número de pessoas com dificuldades

semelhantes transmite a noção de normalidade na adversidade. As verbalizações são muito semelhantes à que se apresenta: *“Infelizmente hoje, há tanta gentinha com acessórios que nem sequer pertencem ao corpo e têm que viver, não é? Não sou o único. Há tanta gente assim”* (E2).

Na evolução da aceitação do estado de saúde, existem outros factores facilitadores como o apoio de terceiros e mesmo a não visibilidade do problema.

De facto, o apoio recebido é estruturante para os doentes, seja oriundo da família, seja dos profissionais, sendo considerando importante o seu início precoce, a sua continuidade e o empenho: *“Correu bem, trataram-me todos muito bem”* (E9). O apoio e o estímulo dados pelas pessoas significativas podem ajudar o paciente a superar os seus sentimentos de insegurança, ansiedade, perda, negação, revolta e falta de esperança” (Sonobe *et al.* 2002, Costa e Maruyama, 2004). Por sua vez, Pinto (2005) descrevia a relação de ajuda prestada pelos profissionais de enfermagem como um dos aspectos essenciais no processo de adaptação da pessoa com ostomia.

O facto do estoma não ser visível às outras pessoas, permite desvalorizar o problema, pois sendo algo que visualmente é normal é incapaz de perturbar o seu contexto de vida: *“anda escondido (...) Não estou minimamente preocupado”* (E5).

Todavia, para a maioria, parece incontornável o facto de a presença do estoma interferir na qualidade de vida. Entre as repercussões apontadas podem referir-se a incapacidade para fazer esforços, traduzindo-se numa limitação da funcionalidade física do indivíduo: *“Saber por exemplo que já não posso fazer esforços ...”* (E7). A literatura é concordante (ibid), ao referir, na vivência da pessoa com ostomia, o medo de não poder praticar exercícios físicos.

Ainda no âmbito da funcionalidade física, mas com repercussões na vida social do portador de ostomia, encontra-se a limitação na escolha do vestuário e da própria actividade laboral, sendo marcos estigmatizantes e perturbadores para o indivíduo. *“não poder usar calças com cinto, tudo isto mexe cá por dentro”* (E7); *“Posso andar, mas não posso trabalhar”* (E9). Em estudos existentes (Ibid) surgem referências ao impacto na vida profissional, chegando a ser frequente o abandono definitivo do trabalho.

De facto, a pessoa com ostomia parece experienciar uma acentuada limitação da interacção social, manifestando-se pelas dificuldades sentidas em

passar/viajar “Não posso ir para a praia” (E7); “Eu não saía, refugiava-me, depois era a depressão, era querer estar sozinho, não querer sair; as pessoas que me querem bem, a querem-me levar para todo o lado e eu não ir (...)” (E5), muitas vezes devido ao próprio medo que as outras pessoas se sentissem incomodadas com o seu odor: “Ainda, ontem saí com o meu irmão e com um amigo, e eu dizia: - *Eh pá, não cheira mal a vocês? Eu estou todo podre, cheira-me tão mal*” (E7). Diversos autores referiram que a condição de ostomizado pode gerar medo da ocorrência de algumas situações constrangedoras no seu quotidiano, como o medo de sujar a roupa e de eliminar gases em público, podendo conduzir à marginalização social (Furlani e Ceolim, 2002; Sonobe *et al.* 2002; Costa e Maruyama, 2004, Silva e Shimizu, 2006).

Um outro factor importante, destacado pelos sujeitos do estudo, refere-se à perda financeira associada à limitação da actividade laboral: “*Quer dizer não posso ter um trabalho forçado, um empregozeco, para entreter o tempo, essas coisas assim e para*

ganhar mais algum, porque a reforma que dão é muito pouco e eu tenho de comprar os sacos e andar com o dinheiro à frente e isso tudo” (E7). Segundo Martins (1999), a pessoa com ostomia pode vivenciar uma limitação vocacional e económica.

Ao nível da qualidade de vida, surgem também incidências de cariz positivo. Quando o sujeito se aproxima do estado de aceitação do seu processo de saúde, são as pessoas mais próximas as primeiras a aperceberem-se da melhoria do seu nível de bem-estar e do humor, sem que o próprio indivíduo se aperceba da transformação ocorrida: “... *e eu mudei sem me aperceber, mas quem está à volta é que se apercebe, como eu reagia a certas situações e como reajo agora... , estou sempre com um sorriso nos lábios, coisa que eu não tinha*” (E8).

Não é portanto generalizada a perda de qualidade de vida, alguns doentes mencionam ganhos, sobretudo quando a sua situação de saúde apresentava degradação particular; incluem-se nestes casos os doentes com doença de Crohn.

QUADRO III – Categorização dos achados relativos à Evolução da aceitação

Categoria	Indicadores	Frequência
Sentimentos/pensamentos	Obsessão	2
	Medo	1
Trajecto de adaptação	Não é meu	4
	Tinha que ser	4
	Não pensar	4
	Leitura	1
	Cuidar da ostomia	3
	Brincar	2
	Habituação	3
Aspectos facilitadores	Mentalização	3
	Desvalorização por comparação	3
	Identificação com outros	4
	Apoio	2
Qualidade de vida	Não visibilidade	1
	Esforços	2
	Vestuário	1
	Trabalhar	1
	Sair/passear	4
	Medo do Cheiro	1
	Perda financeira	1
	Melhor humor	2

Dimensão ou Fase 4 – Estado Actual da Aceitação

As pessoas ostomizadas são influenciadas pelos estigmas e pelo modo como cada uma entende

esses estigmas (Salter, 1989). Um dos sentimentos mais evidentes no estudo em causa, é o medo de estabelecer um relacionamento amoroso, no sentido de ser uma incógnita se o outro aceitará ou não, sendo mencionado de forma enfática pelo mesmo

entrevistado. Considera que, mesmo recorrendo às estratégias que acha apropriadas: como seja a explicação prévia e mesmo a pessoa gostando dele, ainda existe um receio grande de não ser aceite: *“O que me mete mais receio, neste momento é o único, (...) se me aparecer uma pessoa, se calhar até há alguma atracção, e eu ... eu aí é que tenbo consciência realmente que tenbo o saco (...) é um receio, um receio grande”* (E8).

É importante esclarecer que, apesar destes sentimentos, os doentes reconhecem que a cirurgia lhes ofereceu benefícios, confessando que se sentem contentes com a situação vivida actualmente, nomeadamente quando a anterior era de maior degradação, como no caso da doença de Crohn: *“Mas, estou muito contente mesmo. Muito contente”* (E8).

A segunda categoria estudada diz respeito à adaptação do doente à sua nova condição de vida e ao ambiente que o rodeia. Tendo em consideração que a adaptação exige que o indivíduo compile os mecanismos disponíveis para dominar o seu novo modo de vida, é compreensível que, mesmo num estágio mais avançado da vivência com ostomia, ainda se revelem algumas dificuldades de adaptação.

Verificam-se ainda casos de negação, percebidos pelas contradições no discurso, afirmando que está tudo bem, com uma clara intenção de lidar com a situação, mas revelando não ser bem assim: *“Eu não cuido disto (...), assim não tenbo que me olhar ao espelho (...). Eu não tenbo problemas de ver isto ao espelho”* (E3).

A possibilidade de manter algum afastamento da situação está por vezes associada ao facto de possuírem apoio familiar, no qual aproveitam para delegar o autocuidado, tornando-se dependentes: *“Eu não pensava em nada, mas sabia que tinha a mulher em casa...”* (E3).

Nos doentes em estudo a resignação estava persistentemente presente, talvez, como uma fase necessária para a adaptação. Os entrevistados relatam que a ostomia foi uma imposição que não ofereceu alternativas, um mal menor: *“Tinha que ser senão já tinha morrido, o que é que hei-de dizer?”* (E6).

Segundo Castro (2001) aceitar-se não é resignar-se ou abdicar de si mesmo: é uma forma de estar perto da realidade, sendo assim, o indivíduo acaba por se conformar com a situação, numa perspectiva realista: *“Estou à vontade com a situação. Tenbo que estar convencido, tem que ser assim. Eu sei que tenbo que*

andar com isto, o resto da vida (Cabisbaixo). Mas eu sinto-me bem. Então havia de me sentir mal? (...). Estou conformado com a situação” (E2); *“O meu pensamento sempre foi, tem que ser, e foi assim”* (E3).

Numa análise muito racional, pesando vantagens e desvantagens, os respondentes chegam mesmo a concluir que o mais importante é estar vivo, trata-se claramente de perceber que aquele é um mal menor, para resolução do seu problema de saúde (Sonobe et al. 2002): *“Basta estar vivo, já é bom, ...?”* (E6).

Cada doente adopta estratégias específicas, muito intencionais, para se adaptar à condição de ostomizado e enfrentar as adversidades e o stress correspondente. Uns tentam esquecer e ter um pensamento positivo, o que está de acordo com o preconizado para gerir as situações penosas (Bastos, et al., 2005), evidenciando autocontrolo dos pensamentos, sentimentos e acções: *“Eu faço por pensar sempre positivo. Tentamos levar esta situação o melhor possível, tento esquecer o que se passou, esquecer a dor quer me deu ontem, hoje não me dói, não me preocupou, acabou”* (E4), outros lidam pormenorizadamente com a situação (coping centrado no problema), encontrando-se permanentemente atentos a novos materiais que permitam encobrir a sua situação e lhes ofereçam segurança, revelando resolução planeada do problema e procura de suporte (Ibid): *“Hoje tenbo lá sacos que vêm de Barcelona. A minha preocupação é estas novidadezinhas. Logo que saia uma coisita, o farmacêutico avisa logo”* (E5). Exemplo mais claro de alguma obsessão, é passar do aprender a educar o intestino, ao rigor escrupuloso em ter o saco sempre limpo, mesmo em pequenas viagens: *“Tenbo tudo controlado, eu é de manhã ao acordar, depois de almoço, depois do lanche, depois do jantar e antes de me deitar”* (E8); *“Tenbo uma estratégia que é manter sempre o saco limpo, para não me causar problemas. Mesmo que vá de viagem paro no caminho para ir ao WC para limpar ou mudar o saco, para andar sempre limpinho. Assim sinto-me bem, conforto físico e psicológico”* (E4).

Os inquiridos manifestam uma normalização progressiva da situação. Alguns mencionam que a presença da ostomia já não afecta o seu quotidiano, e mesmo a capacidade de enfrentar a situação, evidenciando um trajecto de adaptação: *“Eu às vezes nem me lembro que tenbo saco. Faço uma vida normal, normalíssima.”* (E2); *“Agora estou*

plenamente à vontade com a colostomia" (E4). Particularmente revelador de adaptação, é o diálogo com os amigos sobre a ostomia: *"E eu não deixo de viver na mesma. Falo disto com alguns amigos, sem complexos. Qual é o problema?"* (E5) (Sonobe et al. 2002).

A adaptação do indivíduo implica um percurso gradual, em que o saco passa de um dispositivo estranho, mencionado noutras fases como não fazendo parte do corpo (E8), a algo que agora já faz parte: *"Mas ao fim ao cabo é uma coisa simples, que chega a uma altura e vai fazer parte de nós, como fazer a barba, como tomar banho"* (E8).

O período de adaptação é variável, envolvendo múltiplas condicionantes, contudo, o factor tempo é um grande aliado neste processo: *"Ainda é prematuro dizer que estou completamente adaptado. Eu tenho a sensação que estou... as pessoas às vezes perguntam-me: já estás completamente adaptado? Se calhar é um pouco prematuro estar a dizer isso, (...), mas eu não me vejo a adaptar melhor e aceitar é impossível"* (E8).

Recorrendo mais uma vez ao raciocínio, a pessoa com ostomia, na tentativa de aceitar mais facilmente a sua condição, compara a situação anterior à cirurgia com a actual, afirmando por exemplo, que é preferível e mais prático ser portador de uma ostomia do que correr constantemente ao WC, o que se compreende bem no caso de alguém com doença de Crohn, *"Lá está, é mais uma questão que é preferível despejar o saco 4 ou 5 vezes ou ir à casa de banho 20 a 30 vezes todos os dias?"* (E8). Mais além do que este casos, está a vontade de gerir a situação e encontrar nela vantagens, o que faz com que, mais admiravelmente, se considere melhor o uso do estoma do que do ânus: *"Uma pessoa que utiliza umas instalações sanitárias, isto até é mais prático. Uma pessoa que está normal até acaba por demorar mais tempo. Isto é extremamente rápido. É tirar um e pôr outro, e está feito"* (E5). Este esforço de aceitação, difere ligeiramente do descrito sobre coping centrado no problema e identificação de recompensas alternativas para proporcionar satisfação a curto prazo (Esparbés, et al., 1993), pois não é algo procurado para compensar, é transformar activamente o que existe e é visto como desvantajoso, numa vantagem.

O processo de aceitação envolve a auto-imagem. Os inquiridos utilizam expressamente as noções de ver-me, de estética e de auto-imagem, o que é

coincidente com a literatura. Também nesta vertente ocorre a comparação com a situação anterior. Quando a mesma era desfavorável, até pode ser considerado benéfico deter um estoma: *"A auto estima aumentou, eu olbava-me ao espelho, eu gosto mais de mim olbando-me ao espelho e ver-me mais gordo e com saco, de que ver-me mais magro, que era impressionante, e sem o saco"* (E8). Mas, mesmo nestes casos, o estoma continua a ter impacto neste domínio: *"a única coisa má, negativa que poderá estar é a parte estética, lá está..."* (E8).

Se não existia nenhum problema de auto-imagem, então a adaptação à nova situação requer o cumprimento de um trajecto de aceitação ao longo do tempo, pois os indivíduos têm de rever concepções sobre o seu corpo há muito assumidas (Mendes. et al., 2002): *"Hoje já me olbo ao espelho e não tenho problemas"* (E5).

As repercussões da ostomia são analisadas em termos do impacto na qualidade de vida da pessoa e podem separar-se nas relativas à função física e nas que concernem à vida social.

Relativamente à função física, são identificadas sobretudo desvantagens no que diz respeito a limitações da actividade de vida, na dependência do estado geral do doente: *"agora não posso fazer nadinha"* (E1). Sem a mesma carga com que era mencionada numa fase mais inicial do processo de aceitação, a sexualidade ainda é referida como um dos aspectos piores: *"Só na parte sexual é que é pior a situação, o resto não é nada de por aí além."* (E4).

Perante limitações anteriores, pode haver ganhos em qualidade de vida, como no caso de doença de Crohn, que leva a considerar o benefício ocorrido no alívio das restrições alimentares: *"Ou seja, poder comer quase tudo, que era uma coisa que eu não podia... poder comer chocolate, ... pequenas coisas"* (E8).

As dificuldades emocionais e físicas condicionam o convívio social (ibid), a pessoa sente-se diferente, tem medo da estigmatização e auto-exclui-se. Observou-se a tendência para o isolamento como algo penoso, referindo-se sentir mágoa, por não poder frequentar festas e outros convívios: *"tenho uma mágoa tremenda, habituado a lidar e ir a festas e assim, sem esta brincadeira, agora quando me faltam certas coisas..."* (E1).

De novo é possível encontrar o inverso, a manifestação de ganhos em qualidade de vida numa mesma com doença de Crohn, que sendo jovem,

informado e enfrentando o problema, consegue agora fazer o que antes lhe era impossível, como pescar e ir à praia. A mudança é tão favorável que é designada como um renascimento, uma vida nova cheia de oportunidades. “*Eu nunca me lembro de fazer tanta vez praia, como este ano, desde há 7*

anos para cá. Eu vou a todo lado sem receio, e agora é o querer viver, (emocionado) ... Eu disse assim: Mãe eu perdi... dos 19 aos 26 anos eu morri, ou dia 14 de Novembro 1999 eu morri, e renasci no dia 23 de Junho de 2006, e..., mas pronto tem sido, fantástico” (E5).

QUADRO IV – Categorização dos achados relativos ao Estado Actual da Aceitação

Categoria	Indicadores	Frequência
Sentimentos	Medo	4
	Contente	1
Adaptação/ Aceitação	Contradição	3
	Tem que ser	5
	Conformado	1
	Basta estar vivo	1
	Esquecer	4
	Pensar positivo	1
	Saco sempre limpo	2
	Rigor com materiais	3
	Controlo	1
	Expectativa de tirar o saco	2
	Normal	2
	À vontade	2
	Adaptado	4
	Falar disso sem complexos	1
	Faz parte de nós	1
	Mais prático	1
	Preferível	1
	Contrapor	1
Qualidade de vida	Ver-me	3
	Estética	1
	Auto-estima	1
	Não poder fazer	1
	Desporto- negativo	1
	Sexualidade	1
	Comer	1
	Festas - negativo	1
	Sair- negativo	1
	Pesca - positivo	1
	Praia – positivo	1

Como já tivemos a oportunidade de referir a adaptação do doente à sua nova condição de vida, depende do apoio, estímulo e reforço encontrado nas pessoas que o rodeiam e nos profissionais que fazem parte do suporte social que lhe é oferecido.

Conclusão:

O processo de aceitação do estado de saúde observado corresponde bem à definição da CIPE, pois constata-se que, desde o início, há disposição para gerir o

stress, obtendo-se uma aproximação à reconciliação com as circunstâncias de saúde.

Descreveu-se o processo de aceitação do estado da pessoa com ostomia através de IV dimensões/fases: Impacto da Notícia, Adaptação Inicial, Evolução da Aceitação e Estado Actual da Aceitação.

Contudo, observámos que se trata de um processo de construção não rectilíneo, individualmente variável, no qual o tempo tem um papel preponderante. Cada fase, apesar de se construir sobre a outra, mantém características da anterior e ganha novas, ocorrendo também avanços e retrocessos (ver modelo, Figura 1).

Na elaboração do processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia há inicialmente um confronto com a nova situação e reconstrução de uma mais contornável, com aumento do conforto psicológico. Há um indiscutível **trabalho de aceitação**, cujo processo se inicia precocemente, com recurso a estratégias de coping focalizadas no problema e que ganham particular evidência na dimensão IV. A vontade de aceitar evolui com grande intencionalidade, chegando ao ponto de encontrar vantagens na existência do estoma, comparativamente com a função anal.

O medo de ser repugnante pelo cheiro ou incidentes, a alteração da imagem corporal (com interiorização progressiva do problema) e a resignação ao inevitável, bem assim como um conjunto de factores que facilitam o processo de aceitação do estado de saúde: a valorização da existência de outros semelhantes e do apoio recebido de profissionais e família e a adopção de estratégias para gerir a situação e o stress, estão presentes em todas as etapas.

Aquando da notícia e na fase inicial do processo, a negação, o desespero e a tristeza são notas dominantes, no entanto, já se começa a esboçar a resignação.

Na segunda e terceira fase observa-se o impacto de um saco sempre presente, sobretudo sobre na sexualidade, mas que se torna mais aceitável porque se pode esconder, eliminando assim o estigma.

Na terceira e quarta fase, quando já há tempo para tomar consciência da situação, a obsessão com o saco e mantê-lo controlado pode ter lugar, principalmente em jovens.

O estado anterior de saúde, consoante era melhor ou pior, funciona favorável ou desfavoravelmente em termos de qualidade de vida, o que condiciona a aceitação.

Apropriando-nos de um maior conhecimento do processo de aceitação pretende-se a partilha com a equipa de enfermagem do respectivo serviço, e a promoção da reflexão sobre as práticas com vista a um aperfeiçoamento do cuidar em Enfermagem.

Na continuidade deste estudo sugere-se o investimento no processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia por doença inflamatória, comparando este mesmo processo na pessoa com ostomia de etiologia tumoral, pois acredita-se que pode haver um trabalho de aceitação distinto.



FIGURA I - modelo representativo do processo de aceitação

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, M. I. N. [et al.] (2009) – O domínio de si – a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Referência*. 2ª Série, nº 9, p. 27-33.
- BASTOS, Ana [et al.] (2005) – Áreas de intervenção dos enfermeiros, na adaptação das pessoas à situação de doença. *Revista Sinais Vitais*. Nº 60, p. 49-54.
- CASTRO, Maria Euridéa (2001) – *Adaptação do ostomizado como processo de desenvolvimento humano: abordagem do modelo Callista Roy*. Fortaleza: Editora Gráfica.
- COSTA, I. G. ; MARUYAMA, S. A. T. (2004) – Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12, nº 3, p. 557-563.
- ESPARBÉS, S. [et al.] (1993) – *Présentation de l'échelle de coping*. Saint Cricq: Laboratoire «Personnalisation et Changements Sociaux».
- FURLANI, Renata ; CEOLIM, Maria F. (2002) – Conviver com um ostoma definitivo: modificações relatadas pelo ostomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 55, nº 5, p. 586-591.
- GENTIL GARCÍA, Isabel (2005) – Proceso de aceptación de la minusvalía: el discurso de personas con cojera. *Index de Enfermería*. Año 14, nº 48-49, p. 28-33.
- GIL, Fernando [et al.] (2004) – *O processo da crença*. Lisboa: Gradina.
- JESUS, S. ; PEREIRA, A. (1994) – Estudo das estratégias de coping utilizadas pelos professores. In *APPORT*. Évora: Universidade de Évora.
- KAPLAN, Harold ; SADOCK, Benjamim J. ; GREBB, Jack A. (1997) - *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- MARTINS, Catarina R. E. A. (1999) – A problemática da alteração da imagem corporal no doente oncológico. *Servir*. Vol. 47, nº 6, p. 312-319.

- MARUYAMA, S. A. T. ; ZAGO, M. M. F. (2005) – O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 13, nº 2, p. 216-222.
- MENDES, Helena Veríssimo [et al.] (2002) – O doente oncológico com alteração da imagen corporal: sentimentos de quem não é diferente. **Revista Vitae**. Ano 2I, nº 7, p. 3-5.
- MONTLOIN, Par Agnès (1990) – Colostomisés: s'adapter a une vie nouvelle. **Revue de L'Infirmiere**. Nº 11, p. 23-27.
- PERSSON, Eva [et al.] (2005) – Ostomy patients perceptions of quality of care. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 49, nº 1, p. 51-58.
- SALTER, Mave (1989) – Educação e aconselhamento no pré operatória: cuidados na ostomia – 1ª parte. **Nursing**. Ano 2, nº 13, p. 25-28.
- SERRANO, C. M. P. ; PIRES, P. M. D. F. (2005) – Enfermeiro e o doente ostomizado. **Nursing**. Ano 16, nº 203, p. 35-41.
- SILVA, Ana L. ; SHIMIZU, Helena E. (2006) - O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 14, nº 4, p. 483-490.
- SIMÕES, I. (2002) – Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado. **Referência**. Nº 9, p. 75-80.
- SONOBE, Helena M. [et al.] (2002) – A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Canceriologia**. Vol. 48, nº 3, p. 341-348.
- STREUBERT, Helen J. ; Cartenter, Dona R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência.