



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM
ESTOMIA INTESTINAL: CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO
DOS ENFERMEIROS**

ROBERTA ARAUJO MONGE

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Maria do Carmo Querido Avelar

GUARULHOS
2008

ROBERTA ARAUJO MONGE

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM
ESTOMIA INTESTINAL: CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Enfermagem para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo
Querido Avelar

GUARULHOS
2008

M743a Monge, Roberta Araújo
A assistência de enfermagem ao pacientes com estomia intestinal: conhecimento e percepção dos enfermeiros / Roberta Araujo Monge. Guarulhos, 2008.
71 f. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2008.
Orientadora: Profª. Drª. Maria do Carmo Querido Avelar
Bibliografia: f. 60-64.

1. Enfermagem. 2. Colostomia. I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD 21st 610.73



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL: CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS”, em sessão pública realizada em 29 de fevereiro de 2008, considerou a candidata ROBERTA ARAÚJO MONGE aprovada.

1. Profa. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar

2. Profa. Dra. Leila Blanes

3. Profa. Dra. Ana Llonch Sabatés

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedicatória

A Deus, pela sabedoria que dispensa a todos.

Aos meus pais que me ensinaram a felicidade nos gestos mais simples.

À Silvana pelo incentivo e apoio na minha jornada acreditando na concretização do meu sonho.

Ao meu irmão Douglas, que sempre confiou no meu potencial.

Aos meus familiares, pela compreensão.

Aos meus pacientes que confiam no meu cuidado.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar sinceros agradecimentos pela orientação do estudo demonstrando sempre disponibilidade, interesse e apoio. Meu profundo respeito e admiração pelo seu trabalho e da dedicação pessoal

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelos ensinamentos transmitidos, pelo exemplo profissional e pela amizade constante.

À funcionária Jane Cleide que sempre favoreceu-nos, com a sua competência, no direcionamento das tarefas acadêmicas.

Aos colegas mestrandos/ enfermeiros, participantes deste estudo, pela disposição em contribuir com suas percepções possibilitando sua realização.

À Universidade Guarulhos, instituição onde tive a oportunidade de dar um importante passo rumo ao crescimento científico e profissional.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

*“Quem pode contar os grãos de areia do mar,
as gotas de chuva, os dias do templo?
Quem pode medir a altura do céu,
a extensão da terra, a profundidade do abismo?
Quem pode penetrar a sabedoria divina, anterior a
tudo?
A sabedoria foi criada antes de todas as coisas,
a inteligência prudente existe antes dos séculos!”*

(Livro do Eclesiástico 1, 2-4)

Monge RA. A assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: conhecimento e percepção dos enfermeiros [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2008.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2007 com 23 enfermeiros, mestrandos do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de uma Universidade particular da Grande São Paulo. Utilizou-se um questionário com 3 partes: perfil sócio-demográfico; aspectos formativos e profissionais e uma questão norteadora: “a percepção dos enfermeiros frente à assistência de enfermagem aos paciente com estomia intestinal”. Os dados da 1ª e 2ª partes foram explicitados de forma quantitativa e na 3ª parte foi utilizada a análise temática de Minayo, tendo como referencial teórico o Modelo Conceitual de Adaptação de Sor Callista Roy. Emergiram os modos de adaptação dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal, nas categorias de “comportamento de enfrentamento individual; de enfrentamento dos aspectos familiares, sociais e do trabalho e de enfrentamento das atitudes e experiências anteriores”. O material obtido foi classificado e analisado identificando e relacionando estímulos que constituem o processo de enfrentamento. Os modos adaptativos foram gerados utilizando mecanismos cognatos, que possibilitaram apontar as dificuldades que afetam as respostas adaptativas dos enfermeiros. Foram determinados os estados de adaptação dos enfermeiros bem como o estabelecimento de metas que favoreceram a elaboração de propostas de intervenção de enfermagem. O estudo possibilitou conhecer os modos adaptativos segundo os comportamentos de enfrentamento dos enfermeiros em relação à assistência aos pacientes com estomia intestinal. Espera-se que as propostas de intervenção sejam visualizadas ante a possibilidade de serem inseridas em conteúdo formal e informal do processo de ensino do futuro profissional ou do enfermeiro no sentido de atingir a competência exigida para essa assistência.

Palavras-chaves: colostomia; enfermagem; adaptação.

Monge RA. Nursing care of patients with intestinal stoma: nurses' knowledge and perceptions [dissertation]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2008.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate nurses' knowledge and perceptions concerning nursing care for the patient with intestinal stoma. It is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out in 2007 with 23 nurses, students of the Post Graduate Course in Nursing of a private University in Greater São Paulo. It uses a three-part questionnaire: 1st socio-demographic profile of the nurses; 2nd training and professional aspects and (3rd) a guiding question: "nurses' perceptions of nursing care for the patient with intestinal stoma". The data from the 1st and 2nd parts were explained in a qualitative way, and in the 3rd part, the data were organized according to Minayo's thematic analysis, based on the theoretical framework of Sister Callista Roy's Conceptual Adaptation Model. The nurses' adaptation models on nursing care for patients with intestinal stoma emerged in the categories of individual coping behavior; coping with family, social and work aspects, and coping with attitudes and previous experience. The data obtained was classified and analyzed, identifying and reporting the stimuli that constitute the process of coping, generated by the modes of adaptation, using cognitive mechanisms that enable the difficulties affecting the nurses' adaptation responses to be identified. The nurses' states of adaptation were determined, as well as the establishment of goals which favor the elaboration of proposals for nursing intervention. The study enabled us to determine the adaptation models, according to the nurses' coping behaviors for the care of patients with intestinal stoma. It is hoped that the proposed interventions be considered with a view to inserting them in the formal and informal content of the teaching process of the future professional, or the nurse, with the aim of achieving the competence required for this type of care.

Key words: colostomy; nursing; adaptation.

Monge RA. La asistencia de enfermería a los pacientes con estoma intestinal: conocimiento y percepción de los enfermeros [disertación]. Guarulhos (SP): Universidad Guarulhos; 2008.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue el de verificar el conocimiento y la percepción de los enfermeros sobre la asistencia de enfermería al paciente con estoma intestinal. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en 2007 con 23 enfermeros, alumnos del Curso de Post Graduación en Enfermería de una Universidad particular de la Gran São Paulo. Se utilizó un cuestionario con 3 partes: 1ª perfil socio-demográfico de los enfermeros; 2ª aspectos formativos y profesionales y una cuestión orientadora: “la percepción de los enfermeros ante la asistencia de enfermería a los pacientes con estoma intestinal”. Los datos de la 1ª y 2ª partes fueron explicados de manera cuantitativa; en la 3ª parte fueron organizados de acuerdo con el análisis temático de Minayo, teniendo como referencial teórico el Modelo Conceptual de la Adaptación de Sor Callista Roy. Emergieron los modos de adaptación de los enfermeros sobre la asistencia de enfermería a los pacientes con estoma intestinal en las categorías de comportamiento de enfrentamiento individual; de enfrentamiento de los aspectos familiares, sociales y del trabajo y de enfrentamiento de las actitudes y experiencias anteriores. El material recabado se clasificó y analizó identificando y relacionando estímulos que constituyen el proceso del enfrentamiento, generados de los modos adaptativos, utilizando mecanismos cognados que hicieron posible apuntar las dificultades que afectan las respuestas adaptativas de los enfermeros. Se determinaron los estados de adaptación de los enfermeros, así como el establecimiento de metas que favorecieron la elaboración de propuestas de intervención de enfermería. El estudio hizo posible conocer los modos adaptativos según los comportamientos de enfrentamiento de los enfermeros con relación a la asistencia a los pacientes con estoma intestinal. Se espera que las propuestas de intervención sean visualizadas ante la posibilidad de ser inseridas en contenido formal e informal del proceso de enseñanza del futuro profesional o del enfermero en el sentido de llegar a la competencia exigida para esa asistencia.

Palabras claves: colostomía; enfermería; adaptación.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O contexto do estudo	1
1.2. Noções básicas anatomofisiológicas do aparelho digestório	3
1.3. O paciente com estomia intestinal	4
1.4. O enfermeiro no cenário do paciente com estomia intestinal	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. Modelo Conceitual de Adaptação de Sor Callista Roy	14
3. OBJETIVO	25
4. MÉTODO	26
4.1. Tipo do estudo	26
4.2. Local do estudo	26
4.3. População do estudo	27
4.4. Coleta de dados	27
4.4.1. Instrumento de coleta de dados	28
4.4.2. Procedimentos de coleta de dados	28
4.4.3. Procedimentos éticos de estudo	29
4.5. Procedimentos de análise	30
5. ANÁLISE DE DADOS	34
6. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65

1. INTRODUÇÃO

1.1. O contexto do estudo

A assistência ao paciente tem sido uma preocupação constante dos serviços de enfermagem das instituições hospitalares e dos órgãos de formação acadêmica, no sentido de preparo dos profissionais para o desempenho de uma prática voltada à atenção integral.

Diferentes enfoques vêm sendo discutidos pelos enfermeiros sobre maneiras de cuidar, visando à melhoria contínua da assistência ao paciente e o desenvolvimento profissional, propondo estratégias que buscam a qualidade, credibilidade e eficácia no atendimento^{1, 2, 3}.

O conhecimento de Enfermagem tem-se expandindo envolvendo tanto os aspectos que abrangem grandes áreas com conceitos amplos sobre cliente, saúde, ambiente e enfermagem como a sistematização da assistência de enfermagem e as bases tecnológicas que permeiam o cuidado^{2,3}.

Existem muitos estudos sobre a assistência de enfermagem, porém enquanto cuidar específico, no que se refere aos cuidados com pacientes possuidores de estomia intestinal, há uma lacuna a ser preenchida pelos profissionais de enfermagem, expressa em indagações da vivência prática do seu cotidiano⁴. Assim, apesar de haver uma gama de trabalhos desenvolvidos sobre a assistência aos pacientes com estomia intestinal tem-se a intenção de conhecer como o enfermeiro percebe este cuidado^{4, 5}.

Minha trajetória na formação profissional baseou-se no modelo predominantemente biomédico, o qual não permitiu desenvolver as dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais da assistência de enfermagem. Houve a necessidade de buscar, durante seis anos de atuação em uma unidade de clínica cirúrgica, a capacitação para atender aos pacientes de maneira mais centrada nas suas necessidades básicas humanas.

Como enfermeira assistencial, nos últimos anos, tenho vivenciado grande preocupação com a qualidade do cuidado aos pacientes em fase perioperatória de cirurgias para confecção da estomia intestinal.

Com esta preocupação, enfermeiros de um hospital privado, dentre os quais me encontrava incluída, tomaram a iniciativa de criarem em 2005, um “Grupo de Orientação ao Paciente Estomizado”, com o objetivo de estabelecer padrões de atendimento específico, por meio de discussões de casos, propostas de ações e implementação de programas.

Como membro integrante desse “Grupo de Orientação ao Paciente Estomizado”, venho desenvolvendo um plano de atividades voltadas ao preparo do cliente para lidar com os materiais especiais da estomia intestinal. Geralmente a participação enfermeiro/paciente nesse programa, inicia-se no pós-operatório imediato, tendo o seu desfecho no retorno do paciente ao seu domicílio. Em minhas participações como membro efetivo do grupo de orientação ao estomizado no hospital, tenho focalizado como prioritário o seu preparo para alta hospitalar.

No desenvolvimento das atividades do grupo tem-se observado, de um lado, os pacientes que se caracterizam por possuírem uma diversidade de níveis de entendimento da sua condição de estomizado, exigindo uma abordagem objetiva e tempo com duração específica para cada paciente na tarefa de orientação; de outro, os enfermeiros com conhecimentos diferenciados sobre a assistência ao paciente estomizado em relação às suas necessidades, manifestando, com freqüência, a precariedade do seu preparo técnico evidenciado no cotidiano da sua assistência.

Sobrepõem-se a estas circunstâncias a falta de competência do profissional no enfrentamento desta situação, manifestado o mais das vezes por temor, insegurança e até repugnância. Soma-se a esses elementos o aumento significativo do número de pacientes submetidos às cirurgias que resultam em estomias intestinais. Esta intervenção é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas por possibilitar a sobrevida do paciente⁶.

Surgiu assim, o interesse em desenvolver um estudo sobre o conhecimento dos enfermeiros bem como a sua percepção sobre o cuidado com o paciente com estomia intestinal, tendo como fator motivador as inúmeras indagações a respeito dos aspectos técnico-científicos e do seu comportamento em relação a esta assistência.

Tomou-se como base deste estudo as seguintes questões: O enfermeiro está preparado para atender o paciente com estomia intestinal; ele possui os

conhecimentos específicos para esse tipo de atenção? Estes conhecimentos fizeram parte da sua formação profissional?

Daí a necessidade de realizar a verificação do conhecimento e da percepção do enfermeiro sobre o cuidado dos pacientes com estomia intestinal, vislumbrando a obtenção de subsídios para propostas possíveis, voltadas às necessidades de implementação de ações educativas para orientação destes profissionais.

1.2. Noções básicas anatomofisiológicas do aparelho digestório

Para se iniciar abordagem sobre a temática – estomia intestinal – é relevante apresentar o processo de digestão que se inicia na mastigação onde na cavidade oral com o auxílio dos dentes e da salivação, forma-se o bolo alimentar . Após a formação do bolo alimentar este atinge a faringe e o esôfago até alcançar a porção mediana que abrange o estômago e o intestino delgado. No estômago o alimento sofre a ação de enzimas, suco gástrico e ácido clorídrico, que modificam a estrutura química dos nutrientes, tornando-os absorvíveis pela corrente circulatória⁷.

Através de contrações peristálticas, o alimento parcialmente digerido passa para o intestino delgado (duodeno, jejuno e íleo), que possui aspecto aveludado e vilosidades, com relevos muito irrigados, para a melhor absorção dos nutrientes. É nesta etapa que se completa a digestão dos alimentos⁷.

A parte não digerida passa para a porção inferior que abrange o intestino grosso (ceco, colón, reto e ânus), que não o tem função digestiva, sendo responsável pela absorção de água, solidificando a massa fecal. O intestino grosso possui musculatura específica, formando alças que propulsionam o bolo fecal até sua eliminação através do ânus. Esse processo chama-se defecação, quando as fezes distendem o reto, os receptores de estiramento em sua parede ficam excitados, o que desencadeia um reflexo de defecação, que passa primeiro, por nervos sensoriais, até a extremidade inferior da medula espinhal e, daí, então por nervos parassimpáticos, para o reto, sigmóide e cólon descendente, produzindo fortes ondas peristálticas⁷.

A pessoa, então, escolhe se vai ou não defecar: isso é realizado pela constrição voluntária do esfíncter externo do ânus, para impedir a defecação, ou o

relaxa, para que ocorra. Quando acontecer o impedimento do ato de defecar este pode ser protelado até algumas horas depois. Por outro lado, uma pessoa pode muitas vezes, desencadear voluntariamente um reflexo de defecação pela simples contração de seus músculos abdominais, o que comprime a parede retal, ocasionando por sua vez, a estimulação do reflexo da defecação. Infelizmente, o reflexo provocado por esse mecanismo é, em geral, muito mais fraco do que o reflexo natural, de modo que a defecação é bem menos eficaz nessas condições do que quando ocorre naturalmente^{7,8}.

1.3. O paciente com estomia intestinal

Para Santos e Cesaretti⁵ o termo ostomia, estoma ou estomia é derivado do grego que significam boca ou abertura que indicam exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas e dependendo da localização anatômica assumem nomes diferenciados como: colostomias, as ileostomias e jejunostomias. No presente estudo foi abordado apenas as estomias intestinais.

A troca do termo ostomia para estomia ocorreu junto à Academia Brasileira de Letras devido à inexistência do termo “ostomia” na Língua Portuguesa⁹.

Historicamente foi Alex Litreé que idealizou a primeira colostomia, em 1710, ao realizar a autópsia de um recém-nascido com malformação retal. A primeira estomia intestinal confeccionada, no entanto, tem sua história controversa em literatura. Há relatos de que tenha sido feita em 1750, na esposa de um pescador com uma hérnia encarcerada. Atribuída a Duret ou Dubois, que teriam efetuado uma derivação na região ilíaca esquerda em um bebê de 3 dias com ânus imperfurado¹⁰.

A estomia é uma estrutura recoberta de mucosa intestinal parecida com a existente dentro da boca, sendo assim assume um aspecto úmido, vermelho vivo ou róseo. Não possui sensibilidade, portanto a pessoa não refere frio, calor e dor ao toque local, durante o cuidado diário, havendo necessidade de alerta do paciente estomizado e da equipe de enfermagem para evitar traumas e lesões, pois esta mucosa fere-se com facilidade¹¹.

Este desvio do trânsito intestinal para a parede abdominal através da estomia pode ser temporária (reversível) ou permanente (irreversível) dependendo do nível de acometimento adquirido. A estomia temporária pode ser realizada em

caráter de emergência ou eletivamente, nos casos de obstruções por tumores, volvo de sigmóide, doença diverticular, perfurações por isquemias, traumas, deiscência de anastomoses e doença de Crohn, infecções por fístulas e síndrome de Fournier; já a permanente é realizada nas situações de tumores do canal anal e 1/3 inferior do reto, retites estenosantes, assim estas intervenções leva ao uso constante de uma bolsa coletora¹².

Pela Organização das Nações Unidas (ONU) estima-se que 0,25% da população mundial possuem algum tipo de estomia. O câncer colo-retal alcança nos Estados Unidos a segunda causa de morte e no Brasil é reconhecido como a terceira causa. Pelos dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer colo-retal ocupa o 4º lugar como tumor mais freqüente para ambos os sexos, com a possibilidade de seu desenvolvimento a partir dos 40 anos. A doença quando apresenta sintomatologia avançada existe grande propensão dos pacientes adquirirem uma estomia intestinal^{13, 14,15}.

A literatura mostra que as pessoas com estomia intestinal enfrentam várias perdas que podem ser reais ou simbólicas. Uma delas é a conquista do controle esfinteriano na infância, pois tal é considerado um símbolo de integração social e de independência. Agora com a aquisição de uma estomia intestinal esta pessoa passará a ter complicações tanto de ordem psicológica como se estivesse em regressão. Neste momento é necessário o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, pautada no atendimento individualizado^{5, 15}.

O padrão de beleza é sinônimo de um corpo perfeito e atraente. Ter uma estomia intestinal é ter uma estampa diferente ao preconizado socialmente. A abertura artificial no abdome e a incontinência intestinal distanciam qualquer pessoa do padrão e marcam-na como diferente das outras¹⁵.

No que se refere aos padrões de higiene, beleza, de controle das eliminações e da preservação da vida alguns aspectos culturais importantes influenciam o indivíduo. A rotina da pessoa estomizada intestinal está vinculada à adaptação, a fim de atender às suas necessidades humanas básicas, rompidas pelo ato cirúrgico. Com o uso de um dispositivo (bolsa+placa) onde são lançadas suas excretas para o meio externo, existe o receio da bolsa de colostomia se soltar espontaneamente se não aderente como preconizada ou quando ocorrem as

eliminações gasosas, que podem exalar um odor desagradável dependendo do que é consumido¹⁵.

Quando se assiste ao paciente com estomia intestinal, deve-se sempre lembrar do tríduo: estomia – pele periestoma – dispositivo, que embasará todo o seu ajustamento bio-psico-sócio-espiritual, propício para sua adaptação^{15,16}.

O segmento do intestino a ser derivado e a localização da estomia na parede abdominal (quadrante direito, esquerdo ou inferior) é determinado pelo tipo de cirurgia. Recomenda-se que a alça intestinal seja exteriorizada, através da bainha do músculo reto abdominal com o intuito de diminuir o potencial de complicações como prolapso e hérnias periestomais¹⁷.

Quando a estomia intestinal for realizada eletivamente, o cólon deve estar preparado segundo os conceitos vigentes, de acordo com as condições do doente e com a afecção presente¹⁷.

O paciente é acompanhado pela equipe de enfermagem desde a sua fase pré operatória, quando é realizada a demarcação do local da estomia pelo enfermeiro treinado ou pelo médico. Para se fazer tal procedimento deve ser considerado o tipo de cirurgia, a dimensão da exteriorização da alça intestinal através do músculo reto abdominal, manutenção de área suficiente para adesão do dispositivo e a visualização da estomia pelo paciente^{9, 15}.

O local selecionado deve oferecer área suficiente para permitir a aderência do dispositivo coletor. Recomenda-se área de 4 a 5 cm além do local demarcado o que na prática nem sempre é possível. Para tal, são considerados os pontos anatômicos da parede anterior do abdome, cicatriz umbilical, saliências ósseas (rebordo costal e crista ilíaca antero-posterior), linha natural da cintura, prega inguinal e dobras de pele ou de gordura. O procedimento de demarcação da estomia na parede abdominal significa delimitar uma região ideal com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta de efluentes, com o mínimo de desconforto para o paciente^{15, 17}.

Nos primeiros dias após a cirurgia, a estomia intestinal estará edemaciada, o que chamamos de edema fisiológico. Isto é normal e irá regredir em aproximadamente um mês^{18, 19}.

A confecção programada de uma estomia possibilita a disposição adequada na parede abdominal; favorece a visualização pelo paciente; facilita o autocuidado; possibilita a independência e a reinserção social precoce do estomizado na sociedade²⁰.

Assim, faz-se imprescindível o estabelecimento de suporte específico como um processo de educação, liderado por enfermeiros, incluindo cuidados rotineiros ao portador de estomia intestinal, como proposto por Santos⁵:

- higiene diária do local da bolsa e do estoma – com o aprendizado o paciente estabelecerá a frequência e troca das bolsas e higienização do estoma. Recomenda-se esvaziar a bolsa sempre que o conteúdo atingir 1/3 ou, no máximo, 1/2 da capacidade da bolsa, evitando que o peso da bolsa provoque descolamento da placa.
- vestuário: poderá usar qualquer tipo de roupa, evitando apenas roupas apertadas, para que esta não faça pressão sobre a estomia.
- trabalho: o retorno ao trabalho dependerá do seu estado geral de saúde e do nível de aprendizado para manipular a estomia.
- diversão e esporte: pode-se praticar qualquer esporte dependendo do seu estado físico, porém cautela nos esportes que podem causar golpes na estomia, tais como: futebol, tênis, etc; estimular o paciente a viajar, planejando os materiais necessários para trocas eventuais.
- sexualidade: a maioria dos pacientes pode desfrutar de uma vida sexual saudável; é importante o diálogo com seu parceiro, se houver dúvida ou problema, converse com o médico/enfermeiro.
- gravidez: o fato de a paciente possuir uma estomia não interfere na possibilidade de ter filhos, porém é necessário um acompanhamento mais rigoroso com médico que confeccionou a estomia e obstetra.
- alimentação: deverá fazer uso de alimentos que oferecem elementos nutricionais preconizados até conseguir um hábito intestinal normal e adequado à condição de estomizado. Lembrar que os alimentos fermentativos propiciam a formação de gases e a distensão abdominal. Assim a

participação do nutricionista é necessária para a confecção de um cardápio individualizado atendendo às exigências nutricionais do paciente.

1.4. O enfermeiro no cenário do paciente com estomia intestinal

O enfermeiro é um dos primeiros integrantes da equipe multiprofissional a se relacionar com o paciente estomizado no seu pós-operatório imediato. Nesta fase o paciente pode surpreender o enfermeiro com várias indagações até mesmo quando este já fora alertado previamente sobre a confecção da estomia intestinal⁴.

A reabilitação do paciente com estomia intestinal é, sem dúvida alguma, um dos objetivos básicos da assistência de enfermagem, seja especializada ou não. No período da graduação em enfermagem, o aluno obtém o conhecimento da assistência ao paciente com estomia intestinal ou urinária através das disciplinas de clínica médico-cirúrgica, estágios e outras atividades curriculares ou extracurriculares. Ao assumir a condição de enfermeiro, deverá em algum momento prestar este tipo de assistência, mesmo não tendo habilidade para a troca de dispositivos (bolsa-placa), sendo necessário perceberem a dimensão do cuidar deste paciente, numa visão holística, voltada à sua adaptação ao meio social²¹.

A busca pela capacitação técnica do cuidado culmina com o conflito entre a formação do enfermeiro generalista e a enfermagem especializada para assistir o paciente com estomia intestinal. A forma fragmentada com que a assistência de enfermagem se organizou, ou seja, a divisão técnica do trabalho e o ensino fundamentado em órgãos e sistemas; o desempenho do papel burocrático – gerencial do enfermeiro nas inúmeras funções e outras atividades acumuladas, vêm exigindo adequações e readequações necessárias para transformar a sua prática²².

Essa prática marcada pelo cuidar generalista subsidia a formação do especialista para a busca de formas de desempenho, não só de novas funções como para a qualificação das antigas. Acredita-se que é com a preparação generalista que se alcança a prática básica para a especificidade²².

O paciente ao deparar-se com a mutilação da sua imagem corporal altera a sua auto-estima, surgindo sentimentos de repugnância de si mesmo. Os

estomizados julgam-se em situações de desprestígio diante da sociedade e sentem-se incapazes de enfrentar tal situação¹⁹.

Santos e Sawaia²³ desenvolveram um estudo sobre o significado da estomia, o estomizado, o cuidar em enfermagem e o depoimento dos enfermeiros que fizeram a experiência de utilizarem a bolsa coletora. Constataram que na referência dos enfermeiros a mobilização de conteúdos simbólicos e afetivos acerca do “estar ostomizado intestinal” gerou uma crise de significação do “estar profissional”, até então caracterizado por um cuidar fragmentado. Reconhecendo o cuidar como um fazer técnico, voltado principalmente para o conjunto ostomia-bolsa, os enfermeiros projetaram um cuidar futuro mais holístico do ser humano portador de uma estomia, incorporando as dimensões afetivas, simbólicas e relacionais.

Freitas e Pelá²⁴ em seus estudos sobre a sexualidade do estomizado intestinal apontaram dificuldades de orientarem os pacientes quanto à temática, pois seus parceiros manifestaram constrangimentos e somente através da formação de um grupo consolidado é que conseguiu estabelecer um plano de assistência a este grupo, de maneira a poder ajudá-los na resolução dos problemas vivenciados. Grande parte desses problemas tem sua origem na cirurgia realizada e podem causar algumas disfunções fisiológicas, a saber: no homem, a redução ou perda da libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção, alteração da ejaculação e, na mulher, a redução ou perda da libido, dores durante o ato sexual.

Para Silva e Shimizu²⁵ o enfermeiro necessita independente de saber utilizar técnicas ou não, identificar as dificuldades emocionais e as relacionadas com a sexualidade das pessoas com estomia intestinal e que decorrem das alterações da sua imagem corporal.

É preciso saber ouvir a pessoa com estomia intestinal, pois quando assistida e compreendida, percebe-se mais segura, amparada e aceita, podendo entender melhor sua nova condição, tanto nos aspectos fisiológicos quanto emocionais²⁶.

Os profissionais de saúde ao cuidarem de pacientes com estomia intestinal e seus familiares, focalizam a orientação sobre a troca e a provisão das bolsas e placas, assim como a técnica de irrigação intestinal e estimulam o autocuidado. Além desses aspectos deve-se ter como orientação que a doença e o

tratamento afetam outras dimensões da vida da pessoa, como a imagem corporal, o autoconceito, as relações familiares, sociais e trabalhistas, as quais poderão ser compreendidas se consideradas no contexto da sua cultura. A cultura é uma trama de significados construída pelo próprio homem e esses significados são compartilhados pelo grupo social e servem de orientação para a conduta dos seus membros. A estomia intestinal é uma condição que foge ao padrão de eliminação intestinal. Identificar a influência dessa situação no contexto de vida do paciente fornecerá subsídios para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde à essas pessoas e seus familiares⁶.

Para o alcance de uma atenção adequada aos pacientes com estomia intestinal, estão cada vez mais disponível no mercado de trabalho enfermeiros (as) estomaterapeutas. Esta especialidade surgiu por influência de Norma Nattingham Gill, nos Estados Unidos, em 1958. Ela apesar de não ser enfermeira e sim uma pessoa com estomia intestinal, contribuiu com seu trabalho tendo como objetivo a elaboração de programas de reabilitação. Mostrou para a equipe de saúde a importância do treinamento especial das enfermeiras para cuidarem de pessoas que vivenciam tais problemas⁴.

Muitos programas de cuidados foram desenvolvidos para que as pessoas com estomia intestinal alcançassem melhor qualidade de vida. A primeira publicação realizada a respeito destes cuidados foi em 1930 por Du Bois, no American Journal of Nursing. Até os anos 50 os cuidados ao paciente com estomia eram baseados em métodos empíricos. Esta época foi um marco na história do cuidado, com inovações das técnicas cirúrgicas, o surgimento de Associações de Ostromizados; a utilização da goma de Karaya para uso periestomal e o desenvolvimento dos dispositivos para coletores^{15. 16}.

A cada década cresce o interesse dos profissionais para o aprimoramento dos cuidados ao paciente com estomia intestinal, em diversos países, como USA, Canadá, Inglaterra e França. Apoiados pela figura de Norma Gill deu-se, a criação, em 1978 do World Council of Enterostomal Therapist (WCET), com o objetivo de promover a identidade da estomaterapia no mundo, isto é, possibilitando a comunicação dos enfermeiros, transferindo informações a respeito da sua prática, efetivando o cadastramento de cada profissional estomaterapeuta por este órgão⁴.

No Brasil uma das pioneiras na especialidade, membro da SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia) foi e continua sendo a Prof^a. Dra. Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos, estomaterapeuta formada pela Universidad Complutense, em Madri – Espanha. Ela vem desde 1990 coordenando o curso de Estomaterapia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, propagando-se pelo território nacional; preparando os enfermeiros interessados em atender a população que possui estomia, desprovida de um atendimento especializado⁶.

O estomaterapeuta é o profissional com habilidade e conhecimentos técnico-científicos adquiridos no curso para dispensar cuidados aos pacientes com estomia como também oferecer assistência às pessoas portadoras de feridas agudas e crônicas, fístulas, incontinência anal, urinários e lesados medulares. Na Associação dos Ostomizados do Pará em 2005, havia mais de dois mil pacientes ostomizados no Estado para apenas um enfermeiro habilitado para a função²⁷.

Dentre os aspectos educacionais oferecidos pelos estomaterapeutas, como parte integrante da equipe interdisciplinar, inclui-se a educação em saúde para o paciente com estomia bem como a aplicação dos seus conhecimentos para a educação continuada da equipe de serviços de saúde ²⁷.

É esperado que o enfermeiro generalista possua noções básicas, adquiridas no Curso de Graduação, sobre o funcionamento da estomia e desenvolva as habilidades no cuidado com o paciente na prática do cotidiano. Esta assistência ao paciente com estomia intestinal fundamenta-se no processo de reabilitação direcionado à sua adaptação através do levantamento de suas necessidades bio-psico-sociais, sendo paciente e famílias integrantes ativos do processo^{19, 20,28}.

A reabilitação do paciente com estomia intestinal engloba a capacitação física para o autocuidado, a reinserção social, vocacional e sexual, tendo como consequência o desenvolvimento de atitudes pessoais de ajustamento ou adaptação por parte do paciente²⁰.

Para facilitar a reinserção da pessoa com estomia intestinal na sociedade, cada vez mais é incentivada a sua participação em associações de pessoas com estomia. Houve o surgimento destas associações a partir de 1951 na Dinamarca e com a finalidade de agremiar os que possuem tais condições. Nos

Estados Unidos, a International Ostomy Association (I.O. A) representa a força que opera os mecanismos necessários como sustentáculos dos serviços de prestação da assistência à pessoa com estomia intestinal²⁷.

No Brasil, a história menciona a criação do primeiro serviço destinado à pessoa com estomia, na cidade de Fortaleza em 1975. Após esta data foram implantadas associações pelo território nacional; a premissa básica dessas organizações é a luta pela qualidade de vida melhor, sendo assistidas por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, todos com o propósito de ser uma entidade voltada para a defesa da cidadania das pessoas com estomias. Estas associações são compostas por pessoas que atuam na parte administrativa e do voluntariado. Os pacientes com estomias recebem orientações a respeito dos seus direitos e das políticas de saúde que lhes oferecem suporte^{13, 16,27}.

Para fazer parte da associação são necessários os seguintes documentos: apresentação do laudo médico legível contendo a causa da cirurgia de estomia, a condição cirúrgica (permanente ou temporário) e o diâmetro do estoma; carteira de identidade e CPF; comprovantes de renda, de residência e de alta hospitalar e duas fotos 3X4¹⁶.

A International Ostomy Association (IOA) estabelece que todas as pessoas com estomia tenham direito a uma qualidade de vida satisfatória, após suas cirurgias, e que esta declaração seja reconhecida em todos os países⁹:

- ser informado, no pré-operatório, sobre a estomia e perspectivas de qualidade de vida.
- ter a estomia apropriadamente posicionada tendo em conta a sua anatomia .
- ter uma estomia bem construída.
- ter cuidados de enfermagem especializados no pós-operatório.
- ter suporte emocional.
- ter instrução individual sobre a forma de cuidar da estomia.
- estar na unidade hospitalar o tempo suficiente para aprender a cuidar, por si próprio da estomia.

- ser informado sobre disponibilidade de equipamento de estomia.
- ter seguimento pós-hospitalar e supervisão durante o período considerado necessário.
- beneficiar-se da experiência de outros pacientes com estomias através da sua associação.
- ter acesso a co-participação na aquisição de produtos de estomia.
- ter acesso a benefícios sociais consagrados na legislação.

Conhecer o significado das percepções dos enfermeiros sobre a assistência aos pacientes com estomia intestinal, acredita-se possibilitar o alcance da melhoria da relação profissional-paciente, contribuindo para uma assistência que integre os aspectos culturais vividos pelas pessoas diante de sua alteração física²⁰,
28.

Assim, o estudo do conhecimento e da percepção dos enfermeiros na assistência aos pacientes com estomia intestinal é relevante no sentido de proporcionar uma visão voltada à busca de condições que permitam melhor adaptação enfermeiro/paciente no processo da assistência de enfermagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Modelo Conceitual de Adaptação de Sor Callista Roy

Desde os tempos de Florence Nightingale, os estudiosos têm procurado focar a enfermagem como ciência, emitindo quatro conceitos essenciais: a pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde. A partir da década de 60, houve a necessidade de ampliar os conhecimentos na Enfermagem. Trabalhos realizados revelaram que a base do cuidado é estabelecida de acordo com a diversidade da natureza de cada indivíduo²⁹.

Entre as décadas de 60 e 70 proliferaram modelos conceituais para a prática de enfermagem. Através de estudos foram estabelecidos os modelos assistenciais de enfermagem, de acordo com cada realidade vivenciada, pelos estudiosos da assistência. A prática de Enfermagem construída a partir de um referencial teórico ou de um modelo estabelecido possibilita para se entender o fenômeno no qual está inserido o objeto de estudo. É importante salientar que as teorias têm sido produto de esforços individuais com apontamentos tanto retrospectivos quanto atuais para se desenvolver o processo do conhecimento na enfermagem. Assim o interesse das enfermeiras teóricas relacionado aos modelos de assistência em enfermagem vem sustentar a sua aplicabilidade para explicação dos fenômenos através dos seus processos de assistência^{30,31}.

Para Neto e Pagliuca²⁷, os modelos de assistência de enfermagem estão baseados em suposições científicas e filosóficas e, por conseguinte, no desenvolvimento do conhecimento.

O trabalho das teóricas em enfermagem tem-se organizado de acordo com o foco, relação cliente-enfermeiro e razão de ser da enfermagem. Assim segundo Melleis, as teorias podem ser classificadas em teorias das necessidades, da interação e de resultado, com especificidades correspondentes a cada escola de pensamento³¹. São elas:

Na Escola de Pensamento das necessidades: as teorias desta escola desenvolveram-se para responder a pergunta “o que os enfermeiros fazem?”. Descrevem funções e papéis dos enfermeiros; o que leva o enfermeiro considerar o

paciente e sua hierarquia de necessidades. Nesta escola, temos: Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson e Benner³⁰.

Na Escola de Pensamento da interação tem-se a questão: “como os enfermeiros fazem o que fazem?”. Esta concepção vê a enfermagem como um processo interativo, com foco no desenvolvimento das relações entre o paciente e o enfermeiro, com base no interacionismo, fenomenologia e existencialismo filosófico e humanismo. Nesta escola de pensamento estão: King, Travelbee, Peplau e Orlando³⁰.

Na Escola de Pensamento do resultado busca-se responder à questão: “por que os enfermeiros fazem o que fazem?”. Para esta linha de pensamento, o objetivo do cuidado de enfermagem é fornecer condições para a estabilidade e prevenção da perda energética para a harmonização entre o indivíduo e o ambiente. Tem como base os conceitos de sistemas, adaptação e teorias do desenvolvimento. Nesta escola está incluída entre outras Rogers, Roy, Levine³⁰

Quando discutimos a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal inevitavelmente refletimos sobre questões que incluem desde a sua adaptação fisiológica até a sua reinserção social bem como o papel que o enfermeiro poderá desenvolver nesta trajetória.

Decidiu-se neste estudo utilizar como base referencial o Modelo Conceitual de Sor Callista Roy, teórica, expresso na Teoria da Adaptação, entendendo que este processo poderá auxiliar a análise da percepção do enfermeiro frente ao modo de adaptação que emerge em relação a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal.

Sor Callista Roy desenvolveu a teoria no modelo de adaptação e sendo possuidora de uma formação acadêmica focalizada na saúde da criança, questionava como a criança independente do ambiente ao qual fosse submetida desenvolveria mecanismos de ajustes para manter-se protegida. Incentivada em 1964 por Doroty E. Johnson e convencida da necessidade de definir a enfermagem como profissão sentiu a necessidade de desenvolver seu conceito da adaptação como uma estrutura para cuidados³⁰.

A teórica, membro da *American Academy of Nursing*, e de muitas outras organizações de enfermagem, incluindo a *Sigma Theta Tau* e o *North*

American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é autora ou co-autora de inúmeros trabalhos, como: *Introduction to nursing: an adaptation model*; *Essentials of the Roy Adaptation Model*; *Theory construction in nursing: an Adaptation Model* e *The Roy Adaptation Model: the definitive statement*. Este último apresenta experiências coletadas de vários autores colaboradores que relataram o uso do modelo de Roy nos últimos anos^{3, 30}.

Para a construção de seu modelo conceitual Roy fundamentou-se em suas crenças filosóficas nas capacidades inatas, finalidade e valor do ser humano; em seus estudos de ciências sociais; em sua experiência profissional e no trabalho de Harry Helson (psicólogo e fisiologista) sobre a adaptação e de von Bertalanffy, sobre a teoria dos sistemas. Em 1968, aplicou seu modelo no curso de graduação em enfermagem do Mount Saint Mary's College, em Los Angeles, onde era membro do corpo docente³.

A primeira publicação de seu trabalho em 1970, divulgada na Revista Outlook, com o seu modelo de adaptação, mostrou como a enfermagem vê o homem como um ser biopsicosocial, com modos de adaptação à mudança ambiental, atuando através de um processo que promove a adaptação do homem em situação de saúde e doença. Para Roy, o homem é um ser em constante interação com as mudanças do meio ambiente³².

“Ao exercer a enfermagem não se pode deixar de ver a pessoa como um ser biopsicosocial, dinâmico, interagindo com seu ambiente. Deve-se atuar para melhorar a interação da pessoa com o ambiente, isto é, promover meios que ajudem as pessoas a encontrar uma situação de equilíbrio. Desta maneira a enfermagem está promovendo a saúde, que é o estado de equilíbrio do organismo biopsicosocial com o seu meio ambiente”³².

Segundo essa teoria as respostas adaptativas estão de acordo com as respostas do ambiente. Considera a doença como uma dimensão da vida do homem, que forma com a saúde um “continuum” no qual o homem se desloca conforme seu comportamento frente aos estímulos que lhes ocorrem³³.

O enfermeiro se baseia em critérios e considerações próprias, devendo também explorar a percepção dos pacientes sobre sua adaptação²⁹.

Este modelo conceitual permite que a pessoa seja vista como um sistema composto por vertentes de ordens biopsicosociais, as quais requerem respostas para a adaptação da pessoa aos estímulos ambientais³⁴.

Roy utiliza de proposições para sustentar o Modelo de Adaptação nas abordagens científicas e filosóficas²⁹:

- Científica:
 - os sistemas da matéria e da energia progredem a níveis mais elevados da self-organização complexa;
 - a consciência do eu e do ambiente está enraizada no pensar e no sentir;
 - os seres humanos são responsáveis por suas decisões para a integração de processos criativos;
 - a integração do ser humano e do ambiente resulta na adaptação.
- Filosófico:
 - as pessoas tem relacionamentos mútuos com o mundo e o deus (força);
 - o conhecimento humano é enraizado em uma convergência do ponto Omega do universo;
 - o deus é revelado intimamente na diversidade da criação;
 - as pessoas são responsáveis para os processos de derivar, sustentar e de transformar o universo.

Para Roy os estímulos podem ser internos e externos. Os externos são estímulos ambientais³⁰.

Os estímulos internos estão ligados ao “EU” e se dividem, em:

- estímulos focais, são os que expressam que o indivíduo enfrenta de imediato. Esses estímulos chamam a atenção da pessoa, mobilizam sua energia requerendo resposta rápida. Ex.: dor, barulho, medo (oriundo de confirmação de diagnóstico), etc.

- o estímulos contextuais, são estímulos presentes em situações vivenciadas, e que contribuem para o efeito dos estímulos focais, os quais constituem o centro da atenção e da energia da pessoa; são mais facilmente referidos e mensuráveis, podem ser identificados como uma influência positiva ou negativa sobre a situação. Ex.: conhecimento ou desconhecimento da causa de uma dor; saber se uma separação do lar é temporária ou definitiva ou apresentar sinais e sintomas de uma doença, etc.
- o estímulos residuais, possuem características do indivíduo relevantes para a situação, mas difíceis de serem referidos ou conhecidos por ele e de serem avaliados ou medidos objetivamente; são considerados “possibilidades” de influir numa situação embora seus efeitos não sejam claros. Exemplos: traumas, experiências positivas ou negativas da vida passada, habilidades e conhecimentos pessoais ou suposições, etc.

A combinação dos estímulos leva à adaptação da pessoa significando a sua capacidade de enfrentamento³³.

O indivíduo processa o estímulo ou o enfrentamento através dos subsistemas: regulador (química, neuronal, e endócrino) e o cognocente, que são os canais cognitivos – emocionais. Os processos de controle do cognato são relacionados com as funções cerebrais superiores de percepção ou de processamento das informações, do julgamento e da emoção^{29, 30}.

O termo adaptação é utilizado por Roy para representar o sistema adaptativo da pessoa; este sistema tem entradas de estímulos e nível de adaptação, saídas como respostas comportamentais que servem como retroalimentação e processos de controle conhecidos como mecanismos de enfrentamento:



Este enfrentamento gera um comportamento que é observado a partir de 4 modos adaptativos, ou áreas básicas das necessidades humanas e que constituem a base dos modos de adaptação^{29,30}:

O modo adaptativo fisiológico: compreende as respostas físicas aos estímulos e as manifestações das atividades fisiológicas; contempla cinco

necessidades básicas (oxigenação, eliminação, nutrição, atividades e repouso e integridade da pele) e os processos de regulação (sentido, líquido e eletrólitos, função endócrina e função neurológica);

O modo adaptativo do autoconceito ou identidade grupal: considera os aspectos psicológicos, morais e espirituais da pessoa. É o conjunto de crenças, valores e sentimentos;

O modo adaptativo da função do papel ou desempenho de papel: é a natureza social e compreende os papéis que a pessoa desempenha na sociedade refletida pelos papéis: primário, secundário e terciário.

O papel primário determina a maioria dos comportamentos e é definido pelo sexo, idade e estágio de desenvolvimento da pessoa; o papel secundário são as tarefas exigidas pelo estágio de desenvolvimento e o papel primário, já o terciário são temporários, escolhidos livremente e podem incluir atividades relacionadas com hobbies. Os comportamentos, nesse modo, são manifestados por meio de condutas instrumentais ou expressivas; a primeira, instrumental, definida pela manifestação física que enfoca o domínio de papéis, já a expressiva representa atitude, sentimento e a busca de uma resposta imediata³⁰.

O modo adaptativo da interdependência: enfoca interações relacionadas a dar e receber afeto, respeito e valor. A necessidade básica deste modo é a afetiva, ou seja, o sentimento de segurança que permeia as relações.

Roy cita os seguintes problemas de adaptação mais comuns³⁰:

“Modo Fisiológico”

Oxigenação: hipóxia, choque, sobrecarga.

Nutrição: Má nutrição, náuseas, vômito.

Eliminação: Constipação, diarreia, flatulência, incontinência, retenção urinária.

Atividade e repouso: Atividade física inadequada, conseqüência de desuso, repouso inadequado, insônia, privação de sono, repouso excessivo.

Integridade cutânea: Pele seca, coceira, úlcera por pressão

“Modo de Autoconceito”

Eu físico: deficiência de autoconceito sexual, comportamento sexual agressivo, perdas físicas.

Eu pessoal: ansiedade, decréscimo de poder (ineficiência), culpa baixa auto-estima.

“Modo de desempenho de papel”

Transição, afastamento, conflito e falhas no desempenho dos papéis.

“Modo de Interdependência”

Separação e ansiedade, solidão.

A adaptação da pessoa pode ser observada e intuitivamente percebida pelo enfermeiro. O conceito de adaptação clarifica que, em essência, o processo de adaptação é iniciado pelo estímulo focal (estressor) que ativa os mecanismos dos subsistemas regulador e reconhecedor da pessoa a funcionarem, criando uma necessidade nos modos de adaptação para que dêem uma resposta adaptadora. Os comportamentos adaptativos refletem o estado final de sua adaptação, isto é, o estado de equilíbrio. A interação como instrumento primário na utilização dos elementos do sistema de adaptação, evidentemente conduz os enfermeiros para soluções adaptativas^{34, 35}.

Em 1971, Roy considerou que há um "continuum" saúde-doença, observados com frequência na vida do homem, quer sadio ou doente, são os comportamentos adaptativos na busca do equilíbrio biopsicosocial com o seu ambiente. Comportamentos de adaptação e adaptativos com respostas ineficientes e em fases de transição podem ser observados e registrados desde a concepção até a morte do homem³⁵.

Ao promover a adaptação, o enfermeiro contribui para a saúde, a melhoria da qualidade de vida ou morte com dignidade. Na utilização deste referencial o enfermeiro faz uma avaliação inicial ou de primeiro nível. Ela avalia os

comportamentos do cliente, em cada um dos modos adaptativos, categorizando-os em adaptativos, inefetivos e adaptativos necessitando de reforço. A seguir, seleciona as áreas de interesse e realiza uma segunda avaliação dos comportamentos inefetivos e dos que necessitam de esforço, para identificar os estímulos focal, contextual e residual responsáveis por esses comportamentos. Dessa avaliação é determinado o nível de adaptação³⁵.

O nível de adaptação indica que o processo de vida encontra-se integrado, compensatório ou comprometido, levando a diagnosticar a situação. Na conformidade desse modelo, a pessoa é vista como um sistema que tem a capacidade de criar mudanças para se adaptar ao ambiente. A habilidade e a capacidade de criar mudanças vêm a ser o nível de adaptação da pessoa³⁰.

Nesta teoria, o enfermeiro tem como função, promover a adaptação positiva do indivíduo e para isso deverá desenvolver duas ações: avaliação e intervenção. Na avaliação, o enfermeiro identifica as situações problemas e seus respectivos estímulos; na intervenção ele manipula estes estímulos a fim de que sejam eliminados ou que caiam dentro da zona de adaptação da pessoa. Pode – se afirmar que o Processo de Enfermagem desenvolvido pela teórica Roy compreende as seguintes fases: Avaliação do Comportamento, Avaliação de estímulos, Diagnóstico de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção e Avaliação^{30, 35}.

1. a avaliação comportamental ou a coleta de dados dever ser realizada através da observação, medição cuidadosa e técnicas habilidosas de entrevista sobre o comportamento da pessoa, procurando identificar sua adaptação nos quatro modos;

2. a avaliação dos estímulos descreve a identificação das respostas ineficientes ou adaptativas que exigem o apoio. Caso haja comportamentos ineficientes o enfermeiro faz uma investigação dos estímulos (focais, contextuais e residuais) que podem estar afetando a adaptação. Os estímulos comumente influentes identificados pela teórica: cultura, família, estágio de desenvolvimento, integridade dos modos adaptativos, eficácia do cognato e considerações ambientais;

3. o diagnóstico de enfermagem resulta de 3 métodos, o primeiro é o uso de uma tipologia relacionada aos modos adaptativos que apresenta os problemas de adaptação comumente recorrentes. O segundo método pode-se fazer um diagnóstico relatando a resposta observada de modo conjunto aos estímulos mais influentes, não obedecendo a uma padronização e o terceiro método resume as respostas em um ou mais modos adaptativos relacionados com o mesmo estímulo. Utilizando qualquer um desses métodos o enfermeiro consegue traçar um plano de cuidado para a pessoa;

4. o estabelecimento de metas é o comportamento final que a pessoa deve atingir. Inclui mudança esperada e a estrutura de tempo pode ser a longo ou a curto prazo;

5. a intervenção de enfermagem é planejada com a finalidade de alterar ou controlar os estímulos focais ou contextuais;

6. a avaliação, quando o processo de enfermagem se completa com a readaptação às metas e às intervenções.

Esses passos compõem o processo de enfermagem nesta abordagem teórica³⁵.

A ação de enfermagem é dirigida à manipulação dos estímulos que estão originando as respostas, isto é, os comportamentos da pessoa. Essa manipulação pode ser de alteração, aumento, diminuição, remoção ou manutenção dos estímulos. Na escolha do tipo de abordagem o enfermeiro tem que considerar alternativas e implementar as que tiverem maiores possibilidades de êxito, sempre avaliando os resultados das medidas tomadas³⁵.

Para Maruyama e Costa¹⁹ a proposta de adaptação desenvolvida pelo enfermeiro deve visar à continuidade do tratamento; desenvolver a capacidade de aprendizado para o autocuidado; contribuir para o retorno da pessoa às suas atividades; incentivar o ajuste ao novo estilo de vida e assegurar o empenho da família e da comunidade no processo de adaptação.

Tendo como um dos objetivos identificar a percepção do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal à luz do referencial teórico de Callista Roy, a opção desta teoria permitiu realizar a abordagem com o sujeito do estudo – o Enfermeiro e o fenômeno que permeia a sua vivência do cotidiano.

A decisão em utilizar o presente referencial para analisar as percepções dos enfermeiros advém do seguinte questionamento: Como os enfermeiros poderiam intervir junto aos pacientes, com o objetivo de auxiliá-los na adaptação à sua realidade “ser – estar estomizado”; qual a sua percepção, em termos de processamento das informações, do julgamento e das emoções no enfrentamento dos estímulos que possam emergir de situações imediatas (focais), relacionadas ao contexto ou de experiências anteriores (residuais).

Segundo o referencial de Roy, os mecanismos de enfrentamento são herdados ou genéticos; outros são aprendidos, considerando os mecanismos de enfrentamento como um sistema adaptativo da pessoa, incluindo os subsistemas regulador e cognato³⁰.

No estudo da percepção do enfermeiro sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal foi enfatizado apenas o subsistema cognato porquanto este processo permite o processamento das informações, do julgamento e das emoções. Este processamento é relativo à atenção seletiva e à memória³⁰.

Aqui, o aprendizado relaciona-se com os processos de imitação, reforço e discernimento; com isso, os enfermeiros, no enfrentamento dos estímulos da situação de assistência ao paciente buscam solução de problemas e tomada de decisões com base em processos internos relativos ao julgamento associado às emoções, cujos processos de defesa buscam alívio, elogio e vínculo³⁰.

O nível de adaptação do enfermeiro é influenciado pelo seu desenvolvimento no uso dos mecanismos de enfrentamento. A intensificação do processo de adaptação, com a ampliação dos seus mecanismos, conduz ao modo adaptativo positivo, predispondo o enfermeiro ao atendimento efetivo dos pacientes com estomia intestinal.

Assim o presente estudo tem como finalidade a obtenção de subsídios que permitam a elaboração de propostas que possibilitem ampliar os conhecimentos dos enfermeiros quanto à temática.

3. OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo:

- verificar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Dada a natureza do objetivo, trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa é a que reúne o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, buscando trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores, satisfações, desapontamentos e atitudes, na tentativa de compreender a perspectiva dos sujeitos em relação ao objeto de estudo³⁶.

Os estudiosos que utilizam essa abordagem têm uma construção científica alicerçada na subjetividade, uma vez que a realidade vai além dos nossos sentidos. Deve-se levar em conta que para buscar a interação com os atores sociais não é possível julgar-se o único conhecedor do assunto, pois isso impossibilita o entendimento das falas dos sujeitos³⁷.

4.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado numa Instituição Universitária particular da Grande São Paulo. Essa Instituição tem como missão e visão, respectivamente: ser reconhecida como instituição de ensino, pesquisa e extensão que provê educação de excelência, preparando profissionais competentes, éticos e socialmente comprometidos com o real exercício da cidadania [...] com referência na educação, pesquisa e extensão, formados com capacidade para responderem às exigências do mercado de trabalho". A Universidade possui: *Campus Dutra*, *Campus São Paulo*, *Campus Jabaquara*, *Campus Itaquaquecetuba* e o *Campus Centro* no qual se realizou o estudo. O mesmo conta com uma área total de aproximadamente 46.000m², dos quais 10.724 m² são ocupados por salas de aula e 7.156 m² referem-se a laboratórios didáticos e de pesquisa³⁸.

A Universidade vem desenvolvendo atividades sociais, culturais e de pesquisa, e na busca da elevação da qualidade, conseguiu o credenciamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para três cursos de Mestrado: Odontologia, Enfermagem e Análise Geoambiental³⁸.

O Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem desta Universidade foi recomendado em maio de 2004, sendo o primeiro a ser criado em instituição privada no país, proposto com a finalidade de responder às necessidades sociais em relação à formação e desenvolvimento de enfermeiros para a docência e a pesquisa³⁸.

O Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem oferecido pela Universidade tem como eixo condutor e aglutinador o Processo de Cuidar em enfermagem, na família, na instituição e na comunidade³⁸.

4.3. População do estudo

Foi constituída por 23 enfermeiros, alunos do mestrado acadêmico em enfermagem das turmas de 2006 e 2007, 11 e 12 alunos, respectivamente.

Os 11 enfermeiros, alunos da turma de 2006 encontravam-se em fase final do Curso, desenvolvendo os projetos de pesquisa já em sua finalização enquanto que os da turma de 2007 estavam em fase de elaboração do projeto e cumprindo os créditos exigidos, cursando as disciplinas obrigatórias e eletivas.

Foram incluídos os enfermeiros, mestrandos que concordaram em participar, após terem sido informados sobre o objetivo da pesquisa, sendo-lhes dada a garantia de anonimato e de que sua participação não representaria ganhos ou prejuízos (oficializada através de sua assinatura no termo de consentimento livre esclarecido – Anexo 1), conforme Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde³⁹.

4.4. Coleta de Dados

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário aplicado com o propósito de coletar informações dos sujeitos da pesquisa. Os questionários são instrumentos escritos e planejados para reunir dados de indivíduos a respeito de seus conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos. O investigador determina o conteúdo do questionário a partir da revisão de literatura e da natureza da investigação. A aplicação de questionários permite total anonimato, o que pode ser importante quando se trata de perguntas delicadas e de um grupo diferenciado. O

fato de nenhum entrevistador estar presente garante ao sujeito que não haverá interferência nas afirmações/respostas⁴⁰.

4.4.1. Instrumento de coleta de dados

Os dados foram obtidos utilizando como instrumento de coleta um questionário, composto de 3 partes. A 1ª parte foi formada por questões que determinaram o perfil sócio-demográfico dos enfermeiros, mestrandos, sujeitos da pesquisa, destacando a idade, o sexo, estado civil, tempo de formação profissional, Instituição de formação, local, setores de atuação (assistencial, gerência e ensino), tempo de atuação, procedência, ano de ingresso no mestrado e trabalho atual (Anexo 2 - Parte I).

A 2ª parte incluiu as questões sobre os aspectos formativos e profissionais dos mestrandos, como o conhecimento sobre os aspectos relativos a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal; orientação/treinamento/cursos e experiência na assistência aos pacientes estomizados e opinião sobre o seu preparo para assistí-los (Anexo 2 – Parte II).

A 3ª parte do estudo foi desenvolvida utilizando-se como questão norteadora: “qual a sua percepção frente à assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal” (Anexo 2 – Parte III).

4.4.2. Procedimentos de coleta de dados

Com o Parecer favorável da Coordenadora do Programa de Pós-graduação da Instituição (Anexo 3) e do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 4), foram realizados contatos para o agendamento dos encontros com os enfermeiros, sujeitos do estudo, na Universidade ou em seu local de trabalho para o preenchimento do instrumento. Após esclarecimentos e sua concordância quanto à participação neste estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), assegurando-lhe o sigilo das informações; sendo-lhes reservado o direito de interromper a participação a qualquer momento sem sofrer nenhuma penalização ou prejuízo e acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios sempre que tiver dúvidas.

A garantia do anonimato dos sujeitos participantes do estudo, assegura o desvelar dos sentimentos, das percepções, crenças, valores e comportamentos, conforme proposta de Minayo³⁷.

Para avaliar a clareza e a viabilidade do instrumento de coleta de dados foi aplicado um pré-teste em 3 enfermeiros não incluídos no estudo, sendo mantido a proposta inicial.

Os dados foram coletados no mês de Setembro/07, após aprovação do CEP (Anexo 4), e o Consentimento dos sujeitos do estudo (Anexo 1).

A coleta de dados na abordagem qualitativa é um processo de interação entre sujeitos em relação às suas experiências, mas sem perder as suas qualidades a serem estudadas, essas qualidades aparecem ao desenvolverem-se perspectivas em relação ao que se pretende fazer⁴⁰.

4.4.3. Procedimentos éticos de estudo

Esta etapa foi antecedida pela solicitação (Anexo 3) da autorização da realização do estudo à Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Instituição. Após, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº. 112/2007) da instituição de ensino, cenário do estudo.

A Ética permeou a total realização deste estudo que não se restringiu apenas às normas, mas preocupou-se com o respeito ao sujeito como cidadão e como ser social. Respeitou-se a individualidade, a integridade e a dignidade do mestrando/enfermeiro como ser humano. Este estudo embasou-se nos princípios de autonomia, beneficência e justiça ou equidade³⁹.

O Princípio de Autonomia refere-se ao respeito ao sujeito quanto a liberdade e a ação de escolha consciente e a autodeterminação em participar do estudo/pesquisa. O Princípio de Beneficência prevê a maximização dos benefícios e a redução de riscos atuais e potenciais. O Princípio de Justiça determina tratamento igual para todos os sujeitos durante o estudo/pesquisa, devido à diferença entre o poder do estudioso/pesquisador que conhece o tema e o sujeito que o desconhece³⁹.

4.5. Procedimentos de análise

Os dados relativos ao perfil sócio-demográfico e conhecimento do enfermeiro sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal (parte I e II) foram compilados e organizados permitindo colocar em relevo as informações pertinentes.

O material relativo à parte III do instrumento foi analisado utilizando-se à técnica de análise de conteúdo, a partir dos núcleos de sentido, estabelecendo a categorização temática, advinda da verificação do conteúdo obtido com a questão norteadora que abordou a “percepção do enfermeiro frente à assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal”, tendo como premissa de que tudo o que é dito ou escrito é possível de ser submetido à análise de conteúdo³⁷.

Richardson⁴¹ diz que o interesse pela análise de conteúdo é muito antiga, pois tem-se notícia de investigação deste tipo na Suécia, desde 1640, em que o autor analisou os hinos religiosos para verificar sua autenticidade. A definição dos símbolos, sinais e “mensagens de Deus”, marca a primeira tentativa de responder à questão “o que essa mensagem significa?”, que teve como foco a exegese dos textos bíblicos para que fosse possível compreender e interpretar as metáforas e as parábolas.

Na abordagem qualitativa, a análise vai além da descrição do conteúdo expresso na mensagem, atinge uma interpretação mais profunda, uma auto-compreensão, mediante a inferência, mas acima de tudo busca um sentido que se encontra em segundo plano, ou seja, busca outros significados. A análise de conteúdo analisa textos de maneira sistemática por meio de um sistema de categorias, desenvolvido a partir do material e guiado por teoria⁴².

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula os conteúdos dos textos descritos e analisa os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da informação³⁷.

Existem várias técnicas de análise de conteúdo, cada qual representa que tipo de significado poderá ser estabelecido pelo pesquisador. Utilizaremos neste estudo a Análise Temática. Operacionalizar este tipo de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa em relação ao objetivo. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para as unidades de significação como definidoras do caráter do discurso⁴³.

A Análise Temática está vinculada à noção de tema, segundo Bardin. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia⁴².

Na análise qualitativa a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. O método da organização da análise desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração de material e interpretação de dados³⁷.

A Pré - Análise consiste na organização do material a ser analisado, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Compõe-se de duas fases: Leitura Flutuante que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando impregnar-se pelo seu conteúdo; e a outra fase é a construção do Corpus: organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados); representatividade (que contem a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedece aos critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados são adequados ao objetivo do trabalho)³⁷.

Nesta fase determinou-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) e os recortes, a forma de categorização, modalidade de codificação que orienta a análise³⁷.

A etapa de exploração do Material conduziu à transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão do texto. A análise temática tradicional trabalha esta fase, primeiro com o recorte do texto em “**unidades de registro**” que

podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise. Seguidamente foi realizada a classificação e agregação dos dados em unidade de contexto e o estabelecimento das categorias que emergiram dos temas.

A etapa de Interpretação dos Dados consistiu na análise dos dados apoiada nos pressupostos metodológicos da teoria de Adaptação de Roy, segundo os estímulos: focal, contextual e residual em relação ao modo adaptativo, indicadores de adaptação positiva/negativa e fatores influentes, como explicitados nos seus resultados (Quadros A,B,C,D e E)

Assim, depois de repetidas leituras do conteúdo do questionário, foram sendo destacados os temas que se sobressaíam, sendo aprofundada a análise para desvendar conteúdos latentes dos dados, buscando apreender as estruturas de relevância e as idéias centrais que os sujeitos do estudo referiram. No momento em que pela análise de conteúdo codificou-se o material, produziu –se um sistema de categorias³⁷.

A categorização é a operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns de seus elementos³⁷.

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas⁴³:

1ª etapa: isolar os elementos;

2ª etapa: repartir os elementos, e, portanto procurar impor certa organização às mensagens.

Neste estudo emergiram das informações coletadas e analisadas as seguintes categorias de comportamentos:

- “Categoria de Comportamento de Enfrentamento Individual”;
- “Categoria de Comportamento de Enfrentamento dos aspectos familiares, sociais e do trabalho”;
- “Categoria de Comportamento de Enfrentamento das atividades e experiências anteriores”.

A Teoria da Adaptação de Roy inclui dois subsistemas: o regulador e o cognato. O presente estudo está focalizado no subsistema cognato que refere-se às funções de percepção ou de processamento das informações, do julgamento e da emoção, o qual identifica e relaciona estímulos que constituem o processo de enfrentamento, gerando os modos adaptativos³⁰.

O subsistema cognato atua para manter a adaptação em quatro modos adaptativos: fisiológicos; autoconceito; função de papel e interdependência³⁰.

Roy estabelece a adaptação como um processo que inclui o estímulo proveniente do indivíduo e do ambiente e o nível de adaptação determinado pelo efeito combinado dos estímulos focais, contextuais e residuais^{3, 30}.

O Estímulo focal identifica o problema em si, em confronto à própria pessoa, produzindo impacto no nível de adaptação do indivíduo, apresentado na categoria “comportamento de enfrentamento individual”.

O Estímulo contextual engloba os fatores relativos ao contexto familiar, social e do trabalho, presentes em todas as situações que emergiram dos discursos dos enfermeiros, expressos na categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiares, sociais e do trabalho”..

O Estímulo residual inclui o fator ambiental dentro ou fora do sistema humano e que tem um determinado efeito no comportamento de adaptação, revelado na categoria “comportamento de enfrentamento das atitudes e experiências anteriores”, que ajudam ou interferem na tomada de decisão dos enfermeiros.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo estão apresentados os resultados relativos á análise realizada num cenário de interpretações e discussões, abaixo explicitadas.

Parte I - Caracterização dos sujeitos da pesquisa, segundo seu perfil sócio-demográfico.

Conforme os critérios de inclusão determinados pelo estudo, a população foi composta por vinte e três enfermeiros, mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, que no momento desenvolviam funções assistenciais nas instituições de saúde; ocupavam cargos de gerenciamento em unidades hospitalares e exerciam a docência em diversas instituições de ensino de Enfermagem da capital; do Estado de São Paulo e de cidades do Estado de Minas Gerais.

A síntese descritiva correspondeu ao que foi referido pelos enfermeiros no instrumento de coleta de dados. Quanto à faixa etária, doze enfermeiros possuíam entre 25 a 35 anos, seguidos por dez entre 36 e 46 anos e apenas um com 47 anos. Na questão sobre estado civil obteve-se um total de dez enfermeiros solteiros; dez casados e três divorciados. Procediam, em sua maioria, da cidade de São Paulo (onze enfermeiros); interior do Estado de São Paulo (sete); da cidade Rio de Janeiro (dois), Uberaba (MG); Recife (PE) e Salvador (BA) com um cada.

A população foi predominantemente feminina, composta por vinte e uma enfermeiras e dois enfermeiros.

Sobre o tempo de formados, constatou-se que dez enfermeiros tinham entre 5 e 10 anos; três enfermeiros entre 11 e 16 anos; nove entre 17 e 22 e um enfermeiro com 28 anos de conclusão da graduação. Quanto à Instituição de formação profissional vinte enfermeiros procediam de instituições privadas e três públicas. Sobre cursos de pós-graduação, vinte e três enfermeiros responderam possuir especialização em áreas diversificadas, sendo elas: UTI, Gerontologia, Cardiologia, Administração Hospitalar, Saúde Pública, Emergência, Pediatria, Enfermagem do Trabalho, Obstetrícia e Oncologia.

Dos vinte e três mestrandos, onze ingressaram no Curso de Mestrado no ano de 2006 e doze em 2007.

Sobre a experiência profissional, apresentaram, em média, oito anos em atividades de assistência; quatro anos em atividades gerenciais e seis anos no ensino. Em relação ao trabalho atual, desenvolviam atividades assistenciais (dois enfermeiros); atividades gerenciais de serviços de enfermagem (dois enfermeiros), e atividades de docência (dezenove enfermeiros).

Diante desse perfil dos sujeitos, foi possível verificar a diversidade das informações coletadas.

Parte II - Conhecimento do enfermeiro sobre assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal. Esta parte resumiu-se nas informações fornecidas como seguem:

Sobre o “conhecimento adquirido na graduação relativo à assistência ao paciente estomizados”: vinte e dois enfermeiros responderam positivamente sendo que sete deles especificaram ter sido em conteúdo teórico e quinze em teórico-prático. Quatorze enfermeiros relataram ter sido insuficiente o conteúdo, tanto do ensino teórico quanto do prático.

Como enfermeiros, treze deles informaram ter obtido “orientação/treinamento sobre a assistência ao paciente estomizado na sua prática profissional”, realizada informalmente junto aos demais enfermeiros da mesma equipe, desenvolvendo treinamento em serviço frente às necessidades de cuidados exigidas em situações de trabalho.

Dezenove enfermeiros referiram terem “experiência anterior no cuidado ao paciente com estomia intestinal”, relatando como resultado a constatação da falta de conhecimentos específicos próprios para melhor desempenho, ocorrendo sempre como imposição da necessidade do momento, somada à inabilidade nas intervenções práticas (esvaziamento e troca da bolsa, cuidado com a pele e orientações dietéticas); à freqüente indisponibilidade dos colegas para o cuidado; à constante tendência dos elementos da equipe em esquivar-se do cuidado por insegurança e rejeição.

Quanto à opinião do enfermeiro “sobre a sua competência para assistir o paciente estomizado”, onze referiram faltar-lhes conhecimentos teórico-práticos e

experiência prática; doze relataram possuir certa competência devido ao tempo de experiência e a aquisição de conhecimentos básicos pela busca contínua do seu desenvolvimento profissional.

Embora divididos, os enfermeiros expressaram uma tendência positiva para aquisição e necessidade de domínio de conhecimento específico para a assistência ao paciente com estomia.

A III parte do estudo, focalizada na questão norteadora: “percepção dos enfermeiros sobre assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal”, utilizou-se a análise de conteúdo sobre o material obtido. Após leituras repetidas o referido material foi organizado, determinando as unidades de registro e delimitando-se o contexto de compreensão. Os dados foram transformados, após classificação e agregação, em unidades de contexto dos temas analisados, apreendendo as estruturas de relevância e idéias centrais, que codificadas, produziram as categorias.

A partir da interpretação do material expresso pelos enfermeiros em relação à percepção da assistência de enfermagem frente ao paciente com estomia intestinal, tendo como base o referencial teórico de Callista Roy, emergiram 3(três)categorias:

- Comportamento de enfrentamento individual;
- Comportamento de enfrentamento dos aspectos familiares, sociais e do trabalho;
- Comportamento de enfrentamento das atitudes e experiências anteriores.

A análise dessas categorias desenvolveu-se utilizando as fases do processo de enfermagem (1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª) proposto na Teoria da Adaptação de Roy, com exceção da 6ª fase, a avaliação, como colocadas a seguir³⁰:

- 1ª Fase - Investigação dos estímulos (focal, residual e contextual), extraídos das referências dos enfermeiros;
- 2ª Fase - Investigação comportamental (modo adaptativo) expresso pelos enfermeiros;

- 3ª Fase - Diagnóstico de enfermagem, estabelecidos a partir dos indicadores de adaptação negativa e positiva;
- 4ª Fase - Metas de comportamento - propostas conforme indicadores de adaptação dos enfermeiros e os fatores que influenciam o seu modo adaptativo;
- 5ª Fase - Propostas (intervenção) para consecução da meta formulada.

Em relação ao passo seguinte do processo, a 6ª fase, de avaliação, não foi considerada por não ser pertinente a este estudo.

Nos quadros A, B, C, D e E foram consideradas as 3 categorias que emergiram do conteúdo explicitado pelos enfermeiros; o modo adaptativo; indicadores de adaptação (positivos e negativos) e os fatores influentes.

1ª Fase – Investigação dos estímulos (focal, contextual e residual), extraídas das referências dos enfermeiros:

- Estímulo focal
 - focal positiva (Quadro A)
 - focal negativo (Quadro B)
- Estímulo contextual
 - contextual positivo (Quadro C)
 - contextual negativo (Quadro D)
- Estímulo residual negativo (Quadro E)

No Quadro A, observando os passos do processo de análise, identificaram-se na categoria “comportamento de enfrentamento individual”, considerando o material obtido, os indicadores de “adaptação positiva” dos enfermeiros; os modos de adaptação em relação ao estímulo focal, os fatores que influenciam a sua adaptação estabelecendo-se suas metas e propostas de intervenção.

Quadro A – Processo de adaptação na categoria “Comportamento de enfrentamento individual”, segundo o “*estímulo focal*”, em relação ao modo adaptativo; indicadores de adaptação “*positiva*” e fatores que afetam a adaptação.

Unidade de Registro	Modo adaptativo	Indicadores de adaptação Positiva (diagnóstico)	Fatores influentes
Assistência específica; exige conhecimento diferenciado, especializado	Auto conceito(a)	Padrão estável de autocoerência (precisa aprender/ter conhecimento)	Conhecimento
Necessidade de profissionais preparados e especializados	Função de Papel (b)	Processos efetivos de enfrentamento das modificações de papéis	Eficácia do cognato-percepção
Disponibilidade de informações sobre estomia para pacientes/enfermeiros	Função de Papel (c)	Padrão estável de domínio de papel	Eficácia do cognato-percepção e conhecimento

O processo de análise desenvolvido nesta Categoria: “Comportamento de enfrentamento individual” revelou a adaptação como decorrente do enfrentamento dos enfermeiros, com predomínio do estímulo focal “assistência específica, exige conhecimento diferenciado e especializado”, expressando como modo adaptativo o “Autoconceito ^(a)”. Este apresenta como Indicador de adaptação positiva o “Padrão estável de autocoerência”, sendo o “conhecimento” o fator influente do processo que determina a adaptação.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: “**alcance de conhecimento básico sobre o cuidado do paciente com estomia**”. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: “**integrar conhecimento básico sobre a assistência ao paciente com estomia, em**

disciplina ou conteúdo específico no processo curricular de formação do enfermeiro”.

Também nesta Categoria de “comportamento de enfrentamento individual”, sobressaiu outro estímulo focal: “a necessidade de profissionais preparados e especializados”, com predomínio do estímulo focal, tendo como modo adaptativo a “Função de Papel^(b)”. O Indicador de adaptação positiva apresenta-se como, “processos efetivos de enfrentamento das modificações de papéis”, sendo o fator influente que afeta a adaptação a “eficácia do cognato-perceptivo”.

Aqui, estabeleceu-se como meta de comportamento: ***“estimulação de profissionais de serviços de saúde para o preparo especializado, voltado à assistência geral do estomizado, nas fases que antecedem, durante e após a confecção da estomia intestinal”.*** Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“Propor desenvolvimento de cursos de curta duração para profissionais em serviços de saúde”.***

Ainda o processo de adaptação nesta Categoria, considerou-se como estímulo focal predominante a “disponibilidade de informações sobre estomia para pacientes/enfermeiros”; estabeleceu-se como modo adaptativo a “Função de papel^(c)” que apresenta como Indicador de adaptação positiva o “padrão estável de domínio de papel”, sendo o fator influente que afeta adaptação a “eficácia do cognato-perceptivo e o conhecimento”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: ***“incentivo à busca e ao consumo de resultados de estudos/pesquisas atualizadas sobre o assunto”.*** Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“formar grupos de estudos de interesse, nos locais de trabalho, integrando elementos da equipe multiprofissional”.***

Observando-se no quadro B os passos do processo estabelecido, identificou-se na mesma categoria, a partir da análise do material obtido, incluindo o estímulo focal; os indicadores de “adaptação negativa” dos enfermeiros; os modos de adaptação bem como seus fatores influentes, estabelecendo-se suas metas e propostas de intervenção.

Quadro B – Processo de adaptação na categoria “Comportamento de enfrentamento individual”, segundo o “*estímulo focal*”, em relação ao modo adaptativo; indicadores de adaptação “*negativa*” e fatores que afetam a adaptação.

Unidade de Registro	Modo adaptativo	Indicadores de adaptação Negativa (diagnóstico)	Fatores influentes
Despreparo profissional para a prática	Função de Papel ^(a)	Aprendizado ineficiente	Distância do papel
Atuação acentuada no procedimento técnico; postura mecanicista	Função de Papel ^(b)	Fracasso de papel	Aprendizado ineficiente
Inexperiência e inabilidade profissional com estomia, dificuldade de manuseio; falta de treinamento	Função de Papel ^(c)	Distância do papel	Eficácia do cognato-percepção (conhecimento e habilidade)

No processo de adaptação expresso nesta categoria; “comportamento de enfrentamento individual” decorrente do enfrentamento dos enfermeiros, identificou-se como estímulo focal “o despreparo do profissional para a prática”, tendo como modo adaptativo a “Função de papel ^(a)” - apresentando como Indicador de adaptação negativa o “aprendizado ineficiente”, sendo o fator influente que afeta a adaptação a “distância do papel”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: “*integração dos papéis instrumentais e expressivos no desempenho das ações dos enfermeiros*”. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: “*fortalecer a capacidade de enfrentamento do enfermeiro em relação às ações instrumentais (prática) e às ações expressivas (comunicação)*”.

Outro estímulo focal desta categoria: “comportamento de enfrentamento individual”, foi expresso como “atuação acentuada no

procedimento técnico; postura mecanicista”, ficando estabelecido na abordagem do modo adaptativo como “Função de papel^(b)”, apresentando o Indicador de adaptação negativa “fracasso de papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro o “aprendizado ineficiente”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“desenvolvimento do processo perceptivo-informativo, utilizando recursos para o alcance da eficiência no aprendizado sobre a assistência ao paciente com estomia intestinal”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“Inserir na assistência ao paciente com estomia intestinal a visão holística, utilizando a análise crítico-reflexiva sobre o seu fazer no desenvolvimento da prática profissional”**.

Na seqüência, também nesta categoria, tendo como estímulo focal “inexperiência e inabilidade profissional com estomia; dificuldade de manuseio; falta de treinamento”, o modo adaptativo emergiu como “Função de papel^(c)”, apresentando como Indicador de adaptação negativa a “distância do papel”, sendo o fator influente que afeta adaptação do enfermeiro a “eficácia do cognato-perceptivo”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“alcance da eficácia no processo integrativo entre o conhecimento e habilidades do profissional na assistência ao paciente com estomia intestinal”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“desenvolver processos efetivos de enfrentamento para modificação do papel, integrando conhecimento e habilidade no cuidar do paciente com estomia intestinal, utilizando: estudo de casos, demonstração de procedimentos/equipamentos/materiais inovadores”**.

No Quadro C observando-se os passos do processo de análise, identificou-se a categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”. A partir da análise do material, considerando o estímulo contextual, estabeleceram-se os indicadores de adaptação positiva dos enfermeiros;

os modos de adaptação em relação ao estímulo contextual; os fatores que afetam a sua adaptação; suas metas e propostas de intervenção.

Quadro C – Processo de adaptação na categoria “Comportamentos de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho”, segundo “*estímulo contextual*”, em relação ao modo adaptativo; indicadores de adaptação “*positiva*” e os fatores que afetam a adaptação.

Unidade de Registro	Modo adaptativo	Indicadores de adaptação positiva (diagnóstico)	Fatores influentes
Desmistificação	Autoconceito^(a)	Estratégias de enfrentamento efetivas para ameaças	Eficácia do cognato/auto-percepção
Benefício para o paciente	Autoconceito^(b)	Estratégias de enfrentamento efetivas para ameaças	Integridade dos modos adaptativos
Conhecimento técnico/prático/participação do especialista	Função de papel^(c)	Padrão estável do domínio de papel	Eficácia do cognato
Habilidade no cuidado e sua relação com o problema (aprende-se com o passar do tempo)	Função de papel^(d)	Processo efetivo de enfrentamento das modificações do papel	Eficácia do cognato (percepção/conhecimento/habilidade)
Informações e atualização do enfermeiro/paciente	Função de papel^(e)	Integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo	Eficácia do cognato-conhecimento
Percepção holística (além da técnica)	Função de papel^(f)	Integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo	Eficácia do cognato-percepção
Integração social	Interdependência^(g)	Padrão efetivo de relacionamento	Integridade dos modos adaptativos
Visão holística do relacionamento	Interdependência^(h)	Integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo	Integridade dos modos adaptativos

Nesta categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho” a adaptação que emergiu do enfrentamento do enfermeiro, enfatizado no estímulo contextual “desmistificação”, expressou-se no modo adaptativo “Autoconceito ^(a)” que apresenta como Indicador de adaptação positiva as “Estratégias de enfrentamento efetivas para ameaças”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “eficácia do cognato - auto-percepção”.

Determinou-se como meta de comportamento: **“estabelecimento de estratégias de enfrentamento efetivo reforçando o papel expressivo do enfermeiro”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“desenvolver um processo de educação contínua com abordagem de aspectos moral-ético-estético utilizando: reuniões científicas; debates e discussões; palestras e conferências de profissionais”**

Na mesma categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”, sendo o estímulo contextual expresso como “benefício para o paciente”, o modo adaptativo foi enfatizado como “Autoconceito ^(b)” apresentando seu Indicador de adaptação positiva “estratégias de enfrentamento efetivas para ameaças”, tendo como fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “integridade dos modos adaptativos”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“fortalecimento das percepções sobre compensação adequada para as modificações que decorrem de tratamentos nos pacientes”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“apoiar os comportamentos de enfrentamento efetivo, identificados como significativos e as estratégias de participação em eventos e/ou associações específicas”**.

Aqui, também emerge, como decorrência, o estímulo contextual “conhecimento técnico/prático/participação do especialista”, o modo adaptativo “Função de papel ^(c)”, que apresenta como Indicador de adaptação positiva o “padrão estável do domínio de papel”, tendo como fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “eficácia do cognato”.

Estabeleceu-se neste enfoque como meta de comportamento: **“reforço dos aspectos efetivos do processo perceptivo-cognato”**. Como proposta de compensação desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“manter o padrão de domínio de papéis (instrumental/expressivo), utilizando estratégias voltadas ao reforço das funções do profissional, como incentivo a estudo individual e coletivo; disponibilizar produção científica sobre a especialidade: periódicos/teses/livros”**.

Também considerando o processo de análise de adaptação desta categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”, no estímulo contextual expresso como “habilidade do cuidado e sua relação como o problema (aprende-se com o passar do tempo)”, incluindo o modo adaptativo como sendo a “Função de papel^(d)”, apresenta como Indicador de adaptação positiva o “processo efetivo de enfrentamento das modificações do papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro “eficácia do cognato (percepção/conhecimento/habilidade)”.

Aqui ficou instituído como meta de comportamento: **“valorização da experiência profissional articulada ao conhecimento/habilidade do enfermeiro na assistência ao paciente com estomia intestinal”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“aprofundar o conhecimento utilizando processos de integração teoria/prática, por meio de: rodízios freqüentes entre enfermeiros nos locais de internação do paciente com estomia intestinal; estabelecer padrão mínimo de experiência para os enfermeiros da instituição e possibilitar momentos/reuniões para trocas de experiências”**.

Continuando, no Quadro C, a adaptação expressa nesta categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”, tendo como estímulo contextual “informações e atualização do enfermeiro/paciente”, revelada no modo adaptativo - “Função de papel^(e)” conduziu como Indicador de adaptação positiva a “integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “eficácia do cognato-conhecimento”.

Para a situação descrita como parte do processo, estabeleceu-se como meta de comportamento: ***“atualizações sobre a assistência ao paciente com estomia intestinal nas situações de desempenho do papel instrumental/expressivo do enfermeiro”***. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“ênfatisar a comunicação freqüente/objetiva/atualizada entre enfermeiros/pacientes; confecção de manuais de orientação; estudos de caso e relatos de experiência”***.

Na seqüência, focalizando o Quadro C, a interpretação nesta categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”, considerando o estímulo contextual “percepção holística (além da técnica)”, permitiu visualizar como modo adaptativo a “Função de papel^(f)”, tendo como Indicador de adaptação positiva a “integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “eficácia do cognato-percepção”.

A meta de comportamento proposta para esta sub-categoria foi: ***“preservação da visão holística do enfermeiro no desempenho do relacionamento interpessoal, em nível individual/grupal”***. Para a consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“possibilitar o desenvolvimento de comportamentos com base em valores humanos, por meio de propostas de dinâmicas de relacionamento interpessoal; depoimentos dos profissionais enfermeiros, da equipe multiprofissional e dos pacientes”***.

Ainda nesta categoria “comportamento de enfrentamento dos aspectos familiar, social e do trabalho”, o modo de adaptação expressa em relação ao estímulo contextual “integração social” é a “Interdependência^(g)”, de onde surge como Indicador de adaptação positiva o “padrão efetivo de relacionamento”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “integridade dos modos adaptativos”.

Neste processo ficou estabelecido como meta de comportamento: ***“identificação dos valores humanos através dos relacionamentos interpessoais, tanto individuais como em grupo”***. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“facilitar o desenvolvimento de processos de relacionamento interpessoal, enfatizando padrões de valores***

humanos, afeição, amor, afirmação e respeito, caracterizados por formas de condutas receptivas e contributivas, expressos pela empatia”.

Finalizando, no Quadro C, o processo de adaptação expresso tendo como estímulo contextual a “visão holística do relacionamento”, explicita o modo adaptativo “Interdependência^(h)”, relacionado ao Indicador de adaptação positiva a “integração dos comportamentos dos papéis instrumental e expressivo” sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “integridade dos modos adaptativos”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: ***“integração dos padrões de interação social do enfermeiro, como componente de reciprocidade no relacionamento”***. Como proposta de consecução dessa meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“propiciar o desempenho de papéis(instrumental e expressivo) do enfermeiro em sua relação com o paciente, utilizando: estratégias grupais com manifestação de comportamentos e de sentimentos, atitudes, afinidades e discrepâncias, com orientação profissional especializada”***.

Observando-se os passos do processo de análise, identificaram-se na categoria “comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho”, considerando o material obtido, os indicadores de adaptação negativa dos enfermeiros; os modos de adaptação em relação ao estímulo contextual, estabelecendo-se suas metas e propostas de intervenção.

Quadro D - Processo de adaptação na categoria “Comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho” segundo o “*estímulo contextual*”, em relação ao modo adaptativo; indicadores de adaptação “*negativa*” e fatores que afetam a adaptação.

Unidade de Registro	Modo adaptativo	Indicadores de adaptação negativa (diagnóstico)	Fatores influentes
Falta de incentivo da instituição/equipe de trabalho/ Autonomia para desenvolvimento profissional	Interdependência^(a)	Padrão ineficiente de relacionamento	Processamento Perceptivo/informativo defeituoso
Relações familiares/profissionais degeneradas	Função de papel^(b)	Conflito de papel	Eficácia do cognato-percepção distanciada
Subalternidade no processo pré-operatório do paciente	Função de papel^(c)	Fracasso de papel	Processamento perceptivo, informativo defeituoso
Medo e dúvida; temores e mitos	Autoconceito^(d)	Processamento perceptivo, informativo defeituoso	Déficit auto-estima

No Quadro D, a análise deste processo de adaptação, considerando “comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho”, o estímulo contextual revelou a falta de incentivo da Instituição/equipe de trabalho e autonomia para desenvolvimento profissional, demonstrou como modo adaptativo a

“Interdependência ^(a)” e como Indicador de adaptação negativa o “padrão ineficiente de relacionamento”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro, o “processamento perceptivo/informativo defeituoso”.

Considerando o exposto, instituiu-se como meta de comportamento: **“estabelecimento de compromisso com os profissionais e instituições de ensino e saúde”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“propor vínculo junto às associações de pacientes com estomia por meio de seus líderes/coordenadores para participação periódica nas instituições a fim de estabelecerem parcerias”**.

Segundo os itens propostos no quadro D, focalizando a categoria “comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho” o estímulo contextual “relações familiar-profissionais degeneradas”, o modo adaptativo “função de papel ^(b)”, apresenta como indicador de adaptação negativa “conflito de papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a não eficácia do cognato e percepção distanciada do papel.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“desenvolvimento de relações profissionais e familiares efetivas”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“priorizar as orientações ao paciente junto à família, estabelecendo vínculo entre estes e os profissionais engajados no cuidado”**.

Prosseguindo, ficou enfatizado no estímulo contextual negativo, em foco no Quadro 4, a “subalternidade no processo pré – operatório do paciente”, o modo adaptativo desta categoria “Função de papel^(c)”, apresenta como Indicador de adaptação negativa “fracasso de papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro o “processamento perceptivo, informativo defeituoso”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“resgate da autonomia do enfermeiro no processo de preparo do paciente no pré-operatório”**. Como proposta de consecução dessa meta formulou-se a seguinte intervenção: **“realizar treinamento periódico dos enfermeiros quanto ao efetivo processo de preparo no período pré operatório, operacionalizando práticas de orientações ao paciente junto à família, fortalecendo o vínculo entre estes e os profissionais engajados neste processo”**.

Na abordagem final deste Quadro a análise do processo desta categoria “comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho”, explicita como predominante o estímulo contextual “medo e dúvida; temores e mitos”, sendo o modo adaptativo expresso como “Autoconceito^(d)”, e que evidencia como Indicador de adaptação negativa “processamento perceptivo, informativo defeituoso”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro o “déficit da auto-estima”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: ***“identificar e fortalecer a posição de líderes no desenvolvimento dos aspectos ético-moral-psicossocial dos enfermeiros”***. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: ***“propor condutas de enfrentamento para os enfermeiros líderes frente às suas posições.***

No processo de análise estabelecido, após a identificação desta categoria “comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências”, foram considerados, os indicadores de adaptação dos enfermeiros, os modos de adaptação em relação ao estímulo residual, estabelecendo-se suas metas e propostas de intervenção.

Nesta categoria evidenciou-se o Indicador de adaptação negativa identificado nos comportamentos de transição, distância, conflito e fracasso dos papéis na percepção dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento do cuidado com os pacientes com estomia intestinal.

Quadro E – Processo de adaptação na categoria “Comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências anteriores”, segundo o “*estímulo residual*”, em relação ao modo adaptativo; indicadores de adaptação “*negativa*” e fatores que afetam a adaptação.

Unidade de Registro	Modo adaptativo	Indicadores de adaptação negativa (diagnóstico)	Fatores influentes
Falta assumir que não se sabe tudo	Função de papel^(a)	Transição de papel	Integridade dos modos adaptativos
Banalização do cuidado por tratar, mexer, lidar com fezes/excretas.	Função de papel^(b)	Distância do papel	Processamento perceptivo/informativo defeituoso
Informação ineficiente e insegurança	Função de papel^(c)	Conflito de papel	Processamento perceptivo/informativo defeituoso
Percepção dos pacientes como ansiosos/temerosos	Função de papel^(d)	Fracasso do papel	Processamento perceptivo/informativo defeituoso

O modo adaptativo, enfatizado no estímulo residual “falta assumir que não se sabe tudo”, na análise desta categoria “comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências”, surgiu como “Função de papel^(a)”, resultando o Indicador

de adaptação negativa “transição do papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro a “integridade dos modos adaptativos”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“reconhecimento da limitação na função do papel do enfermeiro”**. Como proposta de consecução dessa meta formulou-se a seguinte intervenção: **“desenvolver processos que facilitam a transição de papel por meio de programas de educação continuada”**.

Na abordagem do processo de adaptação nesta categoria “comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências”, considerando o estímulo residual como predominante, tem-se “banalização do cuidado por tratar/mexer com fezes”. Estabeleceu-se como modo adaptativo a “Função de papel^(b)”, que apresenta como Indicador de adaptação negativa “distância do papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro “processamento perceptivo/informativo defeituoso”.

Também, aqui, designou-se como meta de comportamento: **“estabelecimento de estratégias de enfrentamento relativas às condições culturais/sistema de crenças/valores”**. Como proposta de consecução dessa meta formulou-se a seguinte intervenção: **“propiciar situações de aprofundamento de discussões; reflexões dos papéis primário (estágio de desenvolvimento), secundário (operacionalização do papel primário) e terciário (postura temporária de atividades livres) e busca do conhecimento do cuidado”**.

Na análise do estímulo residual “informação ineficiente e insegurança”, expressa-se o modo de adaptação “Função de papel^(c)”, apresentando como Indicador de adaptação negativa “conflito de papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro o “processamento perceptivo/informativo defeituoso”.

Estabeleceu-se como meta de comportamento: **“busca de processos efetivos de enfrentamento”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“comunicação adequada com a equipe multidisciplinar; família; equipamentos e recursos sociais; orientação de fontes disponíveis de informação”**.

E, finalizando nesta categoria, a adaptação dos enfermeiros, processou-se, com predomínio do estímulo residual “percepção dos pacientes como

ansiosos/temerosos”, tendo como modo adaptativo a “Função de papel^(d)” demonstrando como Indicador de adaptação negativa “fracasso de papel”, sendo o fator influente que afeta a adaptação do enfermeiro “processamento perceptivo/defeituoso”.

Aqui, ficou estabelecido como meta de comportamento: **“minimização da ansiedade dos enfermeiros frente ao cuidado com os pacientes com estomia intestinal”**. Como proposta de consecução desta meta formulou-se a seguinte intervenção: **“propiciar aos enfermeiros situações de exposição, debates sobre a integração dos papéis instrumentais e expressivos”**.

A explicitação desta análise pode ser sumarizada como segue:

Na primeira categoria – **comportamento de enfrentamento individual** - os enfermeiros explicitaram o que percebem de imediato diante da assistência ao paciente com estomia intestinal, apresentando tanto indicadores de adaptação positiva quanto negativa. Nos indicadores de adaptação positiva ficou evidenciada a percepção que a assistência deve ser especializada, diferenciada, necessitando de capacitação profissional e treinamento para a efetividade do cuidado.

Já nos indicadores de adaptação negativa, nesta categoria, revela o despreparo profissional para a prática, a ação mecanicista e a falta de treinamento para atuação no cuidado ao paciente estomizado.

Assim têm-se como propostas de intervenção, decorrentes das metas estabelecidas pelo pesquisador no estudo:

- Integrar conhecimento básico sobre a assistência ao paciente com estomia, em disciplina ou conteúdo específico no processo curricular de formação do enfermeiro;
- Propor desenvolvimento de cursos de curta duração para profissionais em serviços de saúde;
- Formar grupos de estudos de interesse, nos locais de trabalho, integrando elementos da equipe multiprofissional;
- Fortalecer a capacidade de enfrentamento do enfermeiro em relação às ações instrumentais (prática) e às ações expressivas (comunicação);

- Possibilitar ao enfermeiro na assistência ao paciente com estomia intestinal a visão holística, utilizando a análise crítico-reflexiva sobre o seu fazer, no desenvolvimento da sua prática profissional;
- Desenvolver processos efetivos de enfrentamento para modificação do papel, integrando conhecimento e habilidade no cuidar do paciente com estomia intestinal, utilizando: estudo de casos, demonstração de procedimentos/equipamentos/materiais inovadores.

A segunda categoria – **comportamentos de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho** – enfatiza outros estímulos das dimensões internas e externas que podem ser identificados como influência positiva ou negativa sobre a situação de contexto da sua realidade.

Os indicadores de adaptação positiva revelaram o conceito de desmistificação; percepção holística e integração social, num processo de enfrentamento de domínio de papéis, alcançado pelo enfermeiro através do desenvolvimento da integridade dos modos adaptativos.

Nesta categoria emergiram também os indicadores negativos da adaptação como conflito e fracasso de papéis em assumir a assistência, permeada pela falta de autonomia, falta de interesse das instituições em fomentar o aprendizado aos profissionais de enfermagem, e o medo/dúvidas geradas por este processo.

Incluíram-se como propostas de intervenção, decorrentes das metas estabelecidas:

- Desenvolver um processo de educação contínua com abordagem de aspectos moral-ético-estético utilizando: reuniões científicas; debates e discussões; palestras e conferências de profissionais;
- Apoiar os comportamentos de enfrentamento efetivo, identificados como significativos e as estratégias de participação em eventos e/ou associações específicas;
- Manter o padrão de domínio de papéis (instrumental/expressivo), utilizando estratégias voltadas ao reforço das funções do profissional, como incentivo

a estudo individual e coletivo; disponibilizar produção científica sobre a especialidade: periódicos/teses/livros;

- Aprofundar o conhecimento utilizando processos de integração teoria/prática, por meio de: rodízios freqüentes entre enfermeiros nos locais de internação do paciente com estomia intestinal; estabelecer padrão mínimo de experiência para todos profissionais da instituição e possibilitar momentos/reuniões para trocas de experiências;
- Enfatizar a comunicação freqüente/objetiva/atualizada entre enfermeiros/pacientes; confecção de manuais de orientação; estudos de caso e relatos de experiência;
- Possibilitar o desenvolvimento de comportamentos com base em valores humanos, por meio de: propostas de dinâmicas de relacionamento interpessoal; depoimentos dos profissionais enfermeiros, da equipe multiprofissional e dos pacientes;
- Facilitar o desenvolvimento de processos de relacionamento interpessoal, enfatizando padrões de valores humanos, afeição, amor, afirmação e respeito, caracterizados por formas de condutas receptivas e contributivas, expressos pela empatia;
- Propiciar o desempenho de papéis (instrumental e expressivo) do enfermeiro em sua relação com o paciente, utilizando: estratégias grupais com manifestação de comportamentos e de sentimentos, atitudes, afinidades e discrepâncias, com orientação profissional especializada;
- Propor vínculo junto às associações de pacientes com estomia intestinal através de seus líderes/coordenadores para participação periódica nas instituições a fim de estabelecerem parcerias;
- Realizar treinamento periódico dos enfermeiros quanto ao efetivo processo de assistência para o período peri-operatório, na prática de orientações ao paciente junto à família, fortalecendo o vínculo entre estes e os profissionais engajados neste processo;
- Propor políticas de saúde para o enfrentamento efetivo das condições do contexto de trabalho dos enfermeiros.

A terceira categoria – **comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências anteriores** – retratou os indicadores de adaptação negativa quanto à assistência desenvolvida pelos enfermeiros, demonstrado pela ansiedade, insegurança, temor e a banalização do cuidado referida por mexer, lidar com fezes. Nota-se nesta categoria que o processamento das informações são decorrentes de fatores culturais, estágio de desenvolvimento e deficiência do cognato relacionado a percepção, conhecimento e habilidade. Sendo assim não foram evidenciados indicadores de adaptação positiva nesta categoria, ou seja, o interesse em assumir uma postura efetiva está permeado por outros fatores negativos de experiências profissional-pessoais.

Desse modo têm-se as propostas de intervenção, decorrentes das metas estabelecidas:

- Desenvolver processos efetivos de transição de papel por meio de programas de educação continuada;
- Propiciar situações de aprofundamento de discussões; reflexões dos papéis primário (estágio de desenvolvimento), secundário (operacionalização do papel primário) e terciário (postura temporária de atividades livres) e busca do conhecimento do cuidado;
- Comunicação adequada com a equipe multidisciplinar; família; equipamentos e recursos sociais; orientação de fontes disponíveis de informação;
- Propiciar aos enfermeiros situações de exposição, debates sobre a integração dos papéis instrumentais e expressivos.

6. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Seguindo a dinâmica das fases do processo de enfermagem, tomado como base referencial da análise deste estudo, foram propostas as metas e intervenções, concebidas como consequência da apropriação realizada pela reflexão das tendências e contradições expressas nas percepções dos enfermeiros em seus modos de adaptação.

Um dos modos adaptativos dos enfermeiros, frente a assistência ao paciente com estomia, foi o “autoconceito”, que emergiu inserido no conjunto de suas crenças, valores e sentimentos. O “autoconceito” permeou as categorias em relação aos estímulos focais e contextuais, positivos e negativos.

No estímulo focal positivo, o modo adaptativo enfatizou a influência do fator conhecimento como exigência da atenção específica, diferenciada e especializada. Apresentou-se como meta “o alcance do conhecimento básico sobre os cuidados do paciente com estomia, propondo-se a integração do conteúdo específico em disciplinas obrigatórias desenvolvidas no plano curricular de formação do enfermeiro”.

Em relação ao estímulo contextual positivo, o autoconceito como modo adaptativo emergiu como um processo de comportamento de enfrentamento tendo como meta a busca /reforço do papel expressivo do enfermeiro, utilizando como estratégia a educação contínua e progressiva.

O autoconceito, na categoria de estímulo contextual negativo, trouxe como significativo os sentimentos de medo, dúvidas e mitos dos enfermeiros num processo perceptivo e informativo defeituoso, provocado pelo déficit da auto-estima. Estabeleceu-se como meta identificar lideranças e fortalecer suas posições ante as condições emocionais, apoiando-se em estratégias de manifestação grupal como reuniões, debates, discussões e outros.

A “função de papel”, como modo adaptativo, foi predominante nas categorias quer seja em relação aos estímulos focais, contextuais e principalmente residuais.

No estímulo focal positivo, a função de papel, como modo adaptativo, foi proposta como exigência do preparo especializado dos profissionais e da disponibilidade de informações sobre a atenção ao paciente com estomia. Emergiu como meta do comportamento de enfrentamento, o preparo adequado do enfermeiro

com cursos de curta duração e o incentivo aos estudos e pesquisas, formando grupos de interesse nos locais de trabalho, integrando elementos da equipe multidisciplinar.

No estímulo focal negativo a percepção do enfermeiro, quanto ao seu desempenho na função de papel, deixou patente o seu despreparo, sua postura mecanicista com acentuada atuação técnica. A meta estabelecida foi o alcance da integração dos seus papéis instrumental e expressivo, sendo como proposta de intervenção o desenvolvimento da competência para uma prática equilibrada entre ações técnicas e as expressivas.

No estímulo contextual positivo, a função de papel, encerra o modo do enfermeiro como conhecimento e habilidade técnica somados à visão holística do paciente, num processo de práxis integrativa. Aqui as metas voltam-se para o reforço dos aspectos efetivos do domínio de papéis, valorizando a sua experiência na assistência ao paciente com estomia, estabelecendo um padrão mínimo de desempenho para todos os profissionais.

Emergiu também o modo adaptativo de “interdependência”, nas categorias analisadas em relação ao estímulo contextual positivo, como fator efetivo das interações na integração e nos relacionamentos dos enfermeiros, permeado por sentimentos de valor, afeto e respeito.

Estabeleceu-se como meta de comportamento do enfermeiro a identificação de valores humanos inerente ao relacionamento interpessoal, individual ou grupal, tendo como proposta de intervenção um processo de desenvolvimento do relacionamento, enfatizando padrões de valores humanos, expressos em condutas receptivas e contributivas no desempenho dos profissionais enfermeiros.

A interdependência emergiu como modo adaptativo no estímulo contextual negativo, expressando a falta de incentivo do enfermeiro em relação à equipe de trabalho e de autonomia para seu desenvolvimento.

A meta proposta focalizou um compromisso entre profissionais e instituição, voltado ao estabelecimento de vínculos com associações/grupos de pacientes com estomia para participações periódicas, firmando os alicerces de uma construção conjunta.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal bem como identificar a sua percepção sobre o cuidado com este paciente.

Esta experiência possibilitou-nos levantar alguns indícios que nos induziram à reflexão sobre as intervenções propostas neste estudo, sem, contudo, apresentar uma posição definitiva e acabada sobre o mesmo.

Ficou evidente a falta de conhecimento dos enfermeiros para atuarem junto aos pacientes com estomia intestinal, por motivos diversificados, incluindo grande dificuldade de enfrentarem o seu despreparo para realizarem o cuidado, como consequência de uma formação acadêmica deficiente em conhecimento específico da área (estomaterapia).

Os enfermeiros frente aos estímulos focais “comportamento de enfrentamento individual” e estímulos contextuais “comportamento de enfrentamento do aspecto familiar, social e do trabalho”, revelaram suas dificuldades no acompanhamento da assistência ao paciente com estomia intestinal devido a insuficiência de conhecimentos no processo de aprendizado profissional.

Em relação aos estímulos residuais, o conhecimento e a percepção dos enfermeiros frente à assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal presentes na categoria – “comportamento de enfrentamento das atitudes/experiências anteriores “ - expressaram as dificuldades em exercer a assistência mediante aspectos inerentes ao desempenho de papéis.

Concluindo e tomando como apoio as metas e intervenções explicitadas, há que se refletir sobre as próprias necessidades de aprimoramento e de um permanente estado de prontidão frente às responsabilidades em assumir não só a assistência aos pacientes com estomia intestinal mas o ensino e a pesquisa, indo além do saber fazer técnico, da busca do conhecimento e de posturas em dimensões que favoreçam a adaptação do profissional frente ao paciente, garantindo a manutenção da sua dignidade de cidadão ante a sua condição na sociedade.

Referências bibliográficas

1. Waldow VR,. Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
2. Pagliuca LMF, Garcia TR. A construção do conhecimento em enfermagem. Fortaleza: Editora RENE; 1998.
3. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
4. Michelone PC, Santos VLG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com ou em ostomia. Rev. Latino-am. Enfermagem.2004; 12(6):875-83.
5. Santos VLGG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
6. Zago MMF, Gemelli LMG. A interpretação do cuidado com ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(1): 233-46.
7. Guyton AC. Fisiologia Humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
8. Beyers M, Dudas S. Enfermagem médico cirúrgica: tratado da prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1989. p. 718-22.

9. Associação Portuguesa de Ostomizados. Direitos e deveres dos ostomizados. Ceará; 2006. [on line]. [capturado em 15 abr. 2007] Disponível em: <<http://www.apostomia.com.br//>>
10. Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária; 2006.
11. Rocha JJR. Coloproctologia: princípios e práticas. São Paulo. Editora Atheneu; 2005.
12. Perugini VC, Martins ML, Silva RDM, Pereira VL, Rocha MS, Collares JV. A convivência com os ostomizados. Revista Estima. 2006; 4(1): 15.
13. Associação Brasileira de Ostomia. A participação dos colostomizados na política. Ceará; 2006. [on line]. [capturado em 20 mar. 2007]. Disponível em: <<http://www.u fpa.br/beiradorio/arquivo.htm>>
14. Ministério da Saúde. Panorama do câncer colorretal. Brasília; 2005. [on line]. [capturado em 15 abr. 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_vi_aps.htm
15. Santos VLCG, Silva MAT, Oya T, Gutierrez ECV. Previsão de equipamentos específicos para a assistência à portadores de estomas intestinais e urinários, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev. paul. enferm. 1986; 6(2): 61-7.
16. Dias SM. A importância das associações dos ostomizados. Rev. paul. enferm. 1990; 9(55): 32-6.

17. Goffi FB. Técnica Cirúrgica – Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Editora Atheneu. São Paulo; 4ª ed.;1997.
18. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação de qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;9(5): 5-9.
19. Maruyama SAT, Costa IG. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto irrigação de colostomia: estudo de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(3): 57-63.
20. Mantovani MF. O processo de interação propiciando ensino e aprendizagem na vivência com ostomia. [dissertação]. Santa Catarina (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
21. Santos VLCG. Reabilitação do ostomizado: em busca do ser saudável. Texto e Contexto - Enferm. 1992; 1(2): 180-90.
22. Santos VLCG. Cuidados avançados em estomaterapia: vislumbrando o 3º milênio. Rev Esc Enfermagem USP. 1999; 33(1):1-3.
23. Santos VLCG, Sawaia BB. A bolsa na medição “estar ostomizado” – “estar profissional”. Análise de uma estratégia pedagógica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000; 8(3): 154-9.

24. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000; 8(5): 270-6.
25. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev. Latino–Am. Enfermagem. 2006;14 (4): 523-7.
26. Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba (MG): Pinti; 1997.
27. Neto DL, Pagliuca LMF. Abordagem holística do termo pessoas em um estudo empírico: uma análise crítica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(6): 34-6.
28. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN, 3. Rio de Janeiro, 1998. Relatório Final, 1998.
29. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de Enfermagem. Florianópolis. Editora Soldasoft; 2006.
30. George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Editoras Artes Médicas; 2000.
31. Meleis AI. Theoretical nursing; development and progress. 4^a ed. Philadelphia: Rever; 1997.

32. Roy SC. The Roy Adaptation Model: Using the Adaptation Model in a Practitioner Curriculum. *Nurs. Outlook*. 1976;24(11): 682-87.
33. Souza MF, Marin HF, Miyazawa NS, Arantes SL. O modelo de adaptação de Roy – Proposta de aplicação em enfermagem obstétrica. *Acta Paul de Enf*.1989: 2(1):14-7.
34. Almeida RLM, Meirelles VC, Salimena AMO, Melo MCSC. Compreendendo os Sentimentos da Pessoa com Colostomia. *Rev Estima*, 2006; 4(3): 26-34.
35. Lopes MVO, Araujo TL, Rodrigues DP. A relação entre os modos adaptativos de Roy e a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1999; 7(4): 81-7.
36. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa social*. São Paulo: Ed. Vozes. 1996; 31-46.
37. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Hucitec; 2004.
38. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem [online]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2005 [citado 2005 out 29]. Disponível em <http://www.ung.com.br>.
39. Brasil.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996;

diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

40. Lo Biondo – Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

41. Richardson RJ. Pesquisa social – método e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

42. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa/Portugal: Editora Edição 70; 2004.

43. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 2º ed. São Paulo: Editora Liber. 2005.



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ documento de identidade nº _____ recebi a descrição oral do estudo: “A percepção dos enfermeiros frente aos pacientes com estomia intestinal”, incluindo uma explicação do seu propósito e dos procedimentos de coleta de dados.

Estou orientado (a) sobre este estudo que possui os seguintes objetivos: verificar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal.

Estou esclarecido (a) sobre a utilização dos dados por mim fornecidos e que serão coletados pela pesquisadora Roberta Araujo Monge, enfermeira e mestranda, através do preenchimento do questionário. Estou ciente que terá o tempo aproximado de vinte minutos. O estudo não trará nenhum risco pessoal e nem causará nenhum desconforto.

Assim entendido, fica-me garantido o direito de:

- liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalização ou prejuízo;
- manter confidencialidade, sigilo e privacidade sobre minha identidade;
- ter acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios deste estudo sempre que tiver dúvidas.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas e os dados coletados poderão ser divulgados em pesquisa e artigo científico, mantendo meu anonimato. Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

Guarulhos, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Pesquisadora e aluna, Roberta Araújo Monge
R.G.27023526 Coren 87782/SP
End. Av. Depto. Emílio Carlos 521
Bairro Limão – São Paulo Tel. 39653467
e-mail: silrobsp@terra.com.br

ANEXO 2
Instrumento de Coleta de Dados
Questionário

I. Parte

Perfil Sócio-Demográfico

1. Idade_____ 2.Estado civil:_____ 3. Procedência_____

.4. Sexo ()M ()F

5. Tempo de Formado_____

6. Instituição de Formação: () Pública ()Privada Local_____

7. Possui pós-graduação:

() sim , qual_____

() não

8. Ano de Ingresso no Mestrado_____

9. Experiência Profissional (assistência/gerencia/ensino)

Experiência	Tempo	Local
Assistência		
Gerência		
Ensino		

10. Trabalho atual:

II. Parte: Conhecimento do enfermeiro sobre a assistência de Enfermagem ao paciente com estomia intestinal.

1. No seu curso de graduação você obteve conhecimentos sobre os aspectos relativos à assistência ao paciente com estomia intestinal?

Não ()

Sim () - na teoria () suficientes () sim () não

-na prática () suficientes () sim () não

Observações:

2. Como enfermeiro você teve orientação ou treinamento sobre a assistência ao paciente com estomia intestinal?

Não ()

Sim ()

comente

3. Como enfermeiro você já cuidou de paciente com estomia intestinal? Caso positivo qual foi a sua experiência?-

4. Na sua opinião você possui competência para assistir o paciente com estomia intestinal? Não () Sim()

Porque? _____

III. Parte – Percepção do enfermeiro**Questão norteadora**

Qual a sua percepção frente à assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal?



ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização do estudo “A percepção dos enfermeiros frente a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal”, da aluna Roberta Araujo Monge, do Curso de Mestrado em Enfermagem da UnG.

Esse estudo tem o objetivo de verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal e identificar a sua percepção sobre esta assistência de enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa na qual utilizar-se-á um questionário constando de 3 partes. A primeira será para traçar o perfil sócio-demográfico da população, a segunda parte será para a captação dos dados acerca do conhecimento do enfermeiro quanto ao cuidado com o paciente estomizado. A terceira parte do formulário constará de uma questão norteadora “Qual a sua percepção frente à assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal?”.

A coleta de dados deste estudo será iniciada após tanto o parecer favorável do Comitê de Ética desta instituição de ensino, onde estão concentrados os sujeitos do estudo. Os enfermeiros/mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem da UnG serão contatados e agendados com dia e local determinados para as entrevistas, antecedendo as orientações necessárias para a sua concordância será solicitado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Os entrevistados estarão cientes que os resultados do estudo serão divulgados e que sua participação é voluntária, sendo garantido sigilo das informações prestadas pelos mesmos e dando-lhes a liberdade para a sua desistência a qualquer momento.

Guarulhos, 29 de maio de 2007.

Atenciosamente

Profa. Maria do Carmo Querido Avelar

Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem

ANEXO 4



Guarulhos, 22 de agosto de 2007.

Exma. Sra.
Roberta A. Monge

PARECER Nº 112/2007

Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/278 - "A percepção dos enfermeiros frente a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria: "A percepção dos enfermeiros frente a assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal" - SISNEP/278, na reunião de 07.08.2007, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **15.01.08**.

Luciene Cristina de Figueiredo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

